

FORMULE 25

CERTIFICAT DU PSYCHIATRE TRAITANT
(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.30.2(2))

Je soussigné(e) _____,
(nom du psychiatre traitant)

de _____,
(adresse)

psychiatre traitant de _____,
(nom du malade)

malade en placement non volontaire détenu à _____.
(nom de l'établissement psychiatrique)

Je demande à la commission de recours de mener une enquête afin de déterminer si le traitement médical clinique de routine devrait être administré sans consentement au malade.

À mon avis, le malade

(Cocher l'une des cases)

n'est pas capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement au traitement médical clinique de routine.

est capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement au traitement médical clinique de routine mais refuse de le donner.

Les raisons sur lesquelles j'ai fondé mon avis que le malade auquel s'applique le présent certificat, n'est pas capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement au traitement médical clinique de routine sont les suivantes:

Fait le _____ 20 _____.

Signature du psychiatre traitant