

## **PARTIE 1**

### **Demande de soins communautaires supervisés**

Le plan de soins communautaires supervisés doit être rempli par la personne chargée de la liaison avec les Services de santé mentale communautaires et envoyé aux Services de défense des malades psychiatriques. Numéro de télécopieur : 506-462-2230

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ DN (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **Genre – Sélectionnez UNE réponse uniquement :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Femme                      | <input type="checkbox"/> Homme                           |
| <input type="checkbox"/> Transgenre - femme à homme | <input type="checkbox"/> Transgenre - homme à femme      |
| <input type="checkbox"/> Intersexué                 | <input type="checkbox"/> Autre : Veuillez préciser _____ |
| <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre    | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas                  |

### **Ethnicité (lequel des énoncés suivants décrit le mieux le groupe racial ou ethnique du client/patient? Choisissez UNE réponse uniquement.**

- Asiatique – Est (par ex., Chinois, Japonais, Coréen)
- Asiatique – Sud (par ex., Indien, Pakistanais, Sri Lankais)
- Asiatique – Sud-Est (par ex., Malaisien, Philippin, Vietnamien)
- Noir – Africain (par ex., Ghanéen, Kényan, Somalien)
- Noir – Caraïbes (Barbadien, Jamaïcain)
- Noir – Amérique du Nord (par ex., Canadien, Américain)
- Premières Nations
- Inuit
- Métis
- Autochtone non inclus ailleurs
- Amérique latine (par ex., Argentin, Chilien, Salvadorien)
- Moyen-Orient (par ex., Égyptien, Iranien, Libanais)
- Blanc – Européen (par ex., Anglais, Italien, Russe, Portugais)
- Blanc – Amérique du Nord (par ex., Canadien, Américain)
- Origine diversifiée (par ex., Noir africain et Blanc nord-américain)
- Autre : Veuillez préciser \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

### **Statut de tuteur ou de gardien (le cas échéant) :**

- Vit avec les deux parents
- Garde partagée (les deux parents doivent être au courant et consentants)
- Garde exclusive
- Le client mène une existence autonome
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Non applicable

**Lieu d'origine de l'aiguillage :**

- Hôpital – malade hospitalisé
- Centre de santé mentale

- Salle d'urgence d'hôpital
- Autre \_\_\_\_\_

**Diagnostic primaire**

- Schizophrénie
- Trouble schizoaffectif
- Trouble bipolaire
- Autre
  - Alcoolisme et toxicomanie
  - Trouble de la personnalité
  - Dépression
  - Autre trouble psychotique : \_\_\_\_\_
  - Autre trouble : \_\_\_\_\_

**Modèle de consentement**

- La personne assujettie au plan a consenti aux soins communautaires supervisés
- Le mandataire a consenti aux soins communautaires supervisés
- Modèle psychiatrique de demande/non-consentement

**Langue préférée**

- Anglais
- Français
- Autre : Veuillez préciser \_\_\_\_\_

**Psychiatre traitant**

Nom : \_\_\_\_\_ Organisme : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Mandataire, le cas échéant**

Nom : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Personne de soutien à la personne assujettie aux soins communautaires supervisés, le cas échéant**

Nom : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Personne de soutien à la personne assujettie aux soins communautaires supervisés, le cas échéant**

Nom : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

# Plan de soins communautaires supervisés - Demande et plan de soins - *Loi sur la santé mentale, Partie II.I*



## PARTIE II

### Plan de soins communautaires supervisés

Le plan de soins communautaires supervisés doit être rempli par la personne chargée de la liaison avec les Services de santé mentale communautaires et envoyé aux Services de défense des malades psychiatriques. Numéro de télécopieur : 506-462-2230

Nom : \_\_\_\_\_

NAM : \_\_\_\_\_ DN (MM/JJ/AAAA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### Mandataire, le cas échéant

Nom : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### Personne de soutien à la personne assujettie aux soins communautaires supervisés, le cas échéant

Nom : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### Personne de soutien à la personne assujettie aux soins communautaires supervisés, le cas échéant

Nom : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### Critères/conditions d'admissibilité (34.01)

La personne souffre d'une maladie mentale grave qui : (doit répondre aux 3 critères)

- est de caractère continu,
- limite considérablement son fonctionnement dans la collectivité,
- nécessite des soins et un traitement.

\_\_\_\_\_  
(Signature du psychiatre évaluateur)

\_\_\_\_\_  
(Date)











## Logement

Les renseignements suivants concernant le logement sont requis :

--

## Professionnels de la santé participant à ce plan de soins :

Nom et poste	Coordonnées de la personne-ressource	Obligations

**Contenu supplémentaire du plan de soins particuliers non couvert précédemment, s'il y a lieu :**

**Durée du plan (34.03)**

Les conditions du présent plan de soins sont requises et seront examinées chaque année ou avant l'anniversaire de l'audience de la commission de recours, avec la possibilité d'une audience de la commission supplémentaire par année. Deux examens au total sont possibles chaque année. Si vous souhaitez apporter une modification à votre plan de soins, parlez-en à un membre de votre équipe de soins de santé.

**Copie du plan (34.05)**

Les membres suivants de l'équipe du plan de soins de la personne précitée ont reçu une copie de ce formulaire :

**Personne visée par le plan**

Signature: \_\_\_\_\_ Date de réception : \_\_\_\_\_

**Mandataire, le cas échéant :**

Signature: \_\_\_\_\_ Date de réception : \_\_\_\_\_

**Personne(s) de soutien, le cas échéant :**

Signature: \_\_\_\_\_ Date de réception : \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date de réception : \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date de réception : \_\_\_\_\_

**Psychiatre traitant :**

Signature: \_\_\_\_\_ Date de réception : \_\_\_\_\_

**Tous les autres professionnels de la santé nommés dans le plan :**

Signature: \_\_\_\_\_ Date de réception : \_\_\_\_\_

**Toute autre personne participant au plan de soins :**

Signature: \_\_\_\_\_ Date de réception : \_\_\_\_\_

## Défaut de conformité au plan de soins (34.06)

Notes : Paragr. 34.06(1) Le psychiatre qui a des motifs valables de croire que la personne qui est assujettie au plan de soins communautaires supervisés ne remplit pas les obligations qui lui incombent :

a) fait les efforts raisonnables pour en informer cette personne ou son mandataire, le cas échéant;

b) lui fournit l'aide raisonnable pour lui permettre de remplir ses obligations.

Paragr. 34.06(2) Le psychiatre peut, s'il le juge indiqué, délivrer un certificat de non-adhésion au plan de soins communautaires supervisés.

Paragr. 34.06(3) Le certificat prévu au paragraphe (2) demeure en vigueur pendant trente jours à compter de la date de sa délivrance.

Paragr. 34.06(4) Le certificat prévu au paragraphe (2) constitue une autorisation suffisante pour qu'un agent de paix appréhende sans mandat la personne qui y est désignée et l'amène à un centre médical, à un établissement psychiatrique ou au bureau d'un médecin où elle peut être détenue pour y subir un examen médical.

Défaut de conformité au plan (34.06)

Si un psychiatre a des motifs de croire que la personne ne suit pas son plan de soins, un membre de l'équipe de soins ou le psychiatre doit faire des efforts raisonnables pour informer la personne du défaut de conformité au plan, faire des efforts raisonnables pour l'aider à suivre le plan, et expliquer les conséquences du défaut de conformité au plan. Si la personne ne respecte pas le plan, le psychiatre peut délivrer un certificat de non-adhésion qui donne à un agent de la paix l'autorité suffisante pour escorter la personne nommée dans le plan vers un établissement de santé en vue d'une évaluation médicale ultérieure. Le certificat est d'une durée de 30 jours et, si la personne n'a pas été évaluée dans les 30 jours, elle ne sera plus assujettie au plan.

En signant ci-dessous, il y a entente et compréhension des conditions susmentionnées, des obligations et du devoir de les respecter, ainsi que des conséquences du défaut de conformité du plan de soins communautaires supervisés.

\_\_\_\_\_  
(Signature de la personne assujettie au plan ou son mandataire)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature du psychiatre traitant)

\_\_\_\_\_  
(Date)

## Services de défense des malades psychiatriques pour une personne assujettie au plan de soins communautaires supervisés :

Les Services de défense des malades psychiatriques (SDMP) sont informés de toute ordonnance de soins communautaires supervisés en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Les défenseurs des malades psychiatriques rencontrent les personnes confiées aux soins communautaires supervisés, discutent avec elles, les conseillent et les aident.

Les défenseurs des malades psychiatriques aident les personnes assujetties à un plan de soins communautaires supervisés à comprendre la *Loi sur la santé mentale* et leurs droits. Ils répondent à toute demande de renseignements concernant la prestation des soins communautaires supervisés et ils aident les personnes à se préparer et à assister aux audiences de la Commission de recours.

Pour obtenir de l'information sur la *Loi sur la santé mentale*, et plus spécifiquement sur le plan de soins communautaires supervisés, ainsi que pour faire une demande de renseignements à la Commission de recours constituée en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, communiquez par téléphone avec les Services de défense des malades psychiatriques.

**Services de défense des malades psychiatriques du N.-B.=**  
**506-869-6818 ou numéro sans frais : 1-888-350-4133**  
**Numéro de télécopieur : 506-462-2230**

En signant ci-dessous, vous acceptez et comprenez le rôle des Services de défense des malades psychiatriques.

\_\_\_\_\_  
(Signature de la personne assujettie au plan ou son mandataire)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature du psychiatre traitant)

\_\_\_\_\_  
(Date)