



Partie I (À ne remplir que dans les cas appropriés)

À : _____
(nom de la personne)

de/du _____
(adresse personnelle)

Vous êtes informé(e) par les présentes que _____
(nom du médecin)

vous a examiné(e) le _____ et a demandé que vous fassiez l'objet d'une
(date de l'examen) (jour / mois / année)

évaluation psychiatrique.

Les parties A et/ou B doivent être remplies

Partie A

Ce médecin a certifié qu'il/elle a des motifs valables de croire que :

Cocher la
ou les
cases

- vous avez menacé ou tenté de vous infliger des lésions corporelles ou vous menacez ou tentez de le faire;
- vous vous êtes comporté(e) ou vous vous comportez avec violence envers une autre personne ou de manière à lui faire craindre que vous lui causerez des lésions corporelles;
- vous avez fait ou vous faites preuve de votre incapacité de prendre soin de vous-même,

et que vous souffrez d'un trouble mental d'une nature ou d'un caractère qui aura probablement l'une des conséquences suivantes :

Cocher la
ou les
cases

- vous vous infligerez des lésions corporelles graves;
- vous infligerez des lésions corporelles graves à une autre personne;
- ou que vous subirez un affaiblissement physique grave.

Partie B

Ce médecin a certifié qu'il/elle a des motifs valables de croire que vous :

- a) avez déjà reçu un traitement pour des troubles mentaux continus ou récidivants qui, lorsqu'ils ne sont pas traités, sont d'une nature ou d'un caractère qui aura probablement comme conséquence :
 - que vous vous infligerez des lésions corporelles graves;
 - que vous infligerez à une autre personne des lésions corporelles graves;
 - que vous subirez une détérioration mentale ou physique importante;
 - ou que vous subirez un affaiblissement physique grave;
- b) avez connu une amélioration sur le plan clinique de votre état par suite du traitement;
- c) souffrez du même trouble mental que celui pour lequel vous avez déjà été traité(e) ou d'un trouble mental semblable;

Partie B (suite)

- d) étant donné vos antécédents de troubles mentaux et votre état mental ou physique actuel, vous risquez probablement :
- de vous infliger des lésions corporelles graves;
 - d'infliger à une autre personne des lésions corporelles graves;
 - de subir une détérioration mentale ou physique importante;
 - ou de subir un affaiblissement physique grave;
- e) avez été jugé(e) incapable, au sens de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, de consentir à votre traitement dans un établissement psychiatrique et le consentement de votre mandataire spécial(e) a été obtenu;
- f) il ne convient pas de vous admettre à titre de malade en cure facultative ou volontaire ni de vous maintenir en cure facultative ou volontaire.

La demande d'évaluation constitue une autorisation suffisante pour vous détenir dans cet hôpital pendant une période pouvant atteindre 72 heures.

Vous avez le droit d'avoir recours sans délai à l'assistance d'un avocat.

(date)

(signature du médecin traitant)

Partie II (À ne remplir que dans les cas appropriés)

À : _____

(nom de la personne)

de/du _____

(adresse personnelle)

Vous êtes informé(e) par les présentes _____ que

(nom du/de la ministre de La Santé et des Soins de longue durée)

ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, a des motifs valables de croire que vous souffrez d'un trouble mental dont la nature ou le caractère aura probablement comme conséquence :

Cocher la
ou les
cases

- vous vous infligerez des lésions corporelles graves;
- vous infligerez des lésions corporelles graves à une autre personne,

à moins que vous ne soyez placé(e) sous la garde des autorités d'un établissement psychiatrique.

Par arrêté date du _____ ,

(date de l'arrêté) (jour / mois / année)

Le ministre a autorisé votre détention dans un établissement psychiatrique pendant une période pouvant atteindre 72 heures.

Vous avez le droit d'avoir recours sans délai à l'assistance d'un avocat.

(date)

(signature du médecin traitant)