



Nom du ou de la malade _____
(Nom du ou de la malade)

Nom du médecin _____
(Nom du médecin)

Nom de l'établissement psychiatrique _____
(Nom de l'établissement psychiatrique)

Date de l'examen _____
(date)

J'atteste par les présentes que les trois éléments d'information suivants sont exacts :

1. J'ai personnellement examiné le ou la malade à la date précisée ci-dessus.
2. Je suis d'avis qu'il ne convient pas d'admettre le ou la malade nommé(e) ci-dessus à titre de malade en cure facultative.
3. Cocher la ou les cases appropriées.
 - Je suis d'avis que le ou la malade nommé(e) ci-dessus remplit les conditions énoncées dans la section A. (*Prière de remplir la section A ci-dessous.*)
 - Je suis d'avis que le ou la malade nommé(e) ci-dessus remplit chacune des conditions énoncées dans la section B. (*Prière de remplir la section B ci-dessous.*)

SECTION A – CRITÈRE DU PRÉJUDICE GRAVE

Remarque : Cocher la ou les cases appropriées.

Le ou la malade souffre d'un trouble mental d'une nature ou d'un caractère qui aura probablement l'une des conséquences suivantes :

- il ou elle s'infligera des lésions corporelles graves,
- il ou elle infligera des lésions corporelles graves à une autre personne,
- il ou elle subira d'un affaiblissement physique grave,
à moins qu'il ou elle ne reste sous la garde des autorités d'un établissement psychiatrique.

SECTION B – MALADES INCAPABLES DE CONSENTIR À UN TRAITEMENT ET QUI REMPLISSENT LES CONDITIONS PRÉCISÉES

Remarque : Le ou la malade *doit* remplir l'ensemble des cinq conditions suivantes.

1. Le ou la malade a été jugé(e) incapable, au sens de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, de consentir à son traitement dans un établissement psychiatrique et le consentement de son mandataire spécial a été obtenu.
2. Le ou la malade a 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 l'une ou plusieurs des conséquences suivantes : (*prière d'en indiquer une ou plusieurs*)
 - il ou elle s'infligera des lésions corporelles graves,
 - il ou elle infligera des lésions corporelles graves à une autre personne
 - il ou elle subira une détérioration mentale ou physique importante,
 - il ou elle subira un affaiblissement physique grave.

SECTION B – MALADES INCAPABLES DE CONSENTIR À UN TRAITEMENT ET QUI REMPLISSENT LES CONDITIONS PRÉCISÉES *(continue)*

3. Le ou la malade a connu une amélioration sur le plan clinique de son état par suite du traitement.
4. Le ou la malade souffre du même trouble mental que celui pour lequel il ou elle a déjà été traité(e) ou d'un trouble mental semblable.
5. Étant donné ses antécédents de troubles mentaux et son état mental ou physique actuel, le ou la malade risque probablement, selon le cas : *(prière de cocher une ou plusieurs cases)*
 - de s'infliger des lésions corporelles graves,
 - d'infliger des lésions corporelles graves à une autre personne,
 - de subir une détérioration mentale ou physique importante,
 - de subir un affaiblissement physique grave.

(Date de la signature)

(Signature du médecin traitant)

REMARQUES

- 1) Le présent certificat est valide pendant 14 jours civils, y compris le jour de sa signature.
- 2) Les mesures suivantes doivent être prises promptement après la signature de la présente formule :
 - a) Le médecin qui signe la présente formule doit donner au ou à la malade un avis dûment signé de la formule 30 et aviser un conseiller en matière de droits.
 - b) Le conseiller en matière de droits doit rencontrer le ou la malade et lui expliquer l'importance du certificat et son droit de le faire réviser par la Commission du consentement et de la capacité.