



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)

La personne possède le statut suivant dans l'établissement psychiatrique :

malade en cure obligatoire admis aux termes d'un certificat d'admission en cure obligatoire expirant le  
\_\_\_\_\_ (date) ou

malade en cure obligatoire admis aux termes d'un certificat de renouvellement existant expirant le  
\_\_\_\_\_ (date)

**Pour assurer la validité de la présente formule, vous devez remplir la SECTION A ou la SECTION B, ou les deux.**

### SECTION A

**Vous devez être convaincu(e) que les deux conditions suivantes sont remplies.**

Je suis d'avis que :

1. le ou la malade souffre d'un trouble mental d'une nature ou d'un caractère qui aura probablement l'une ou plusieurs des conséquences suivantes : *(cocher une ou plusieurs cases)*

- 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 un affaiblissement physique grave,

*à moins qu'il ou elle ne reste sous la garde des autorités d'un établissement psychiatrique;*

2. il ne convient pas de maintenir le ou la malade en cure facultative ou volontaire.

## SECTION B

**Vous devez être convaincu(e) que les six conditions suivantes sont toutes remplies.**

Je suis d'avis que :

1. d'une part, 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 que le consentement de son mandataire spécial a été obtenu;

ET

2. d'autre part, 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 : (*cocher une ou plusieurs cases*)

- 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;

ET

3. le ou la malade a connu une amélioration sur le plan clinique de son état par suite du traitement;

ET

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;

ET

5. étant donné ses antécédents de troubles mentaux et son état mental ou physique actuel, le ou la malade risque probablement, selon le cas : (*cocher une ou plusieurs des cases suivantes*)

- 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;

ET

6. il ne convient pas de maintenir le ou la malade en cure facultative ou volontaire.

Le présent certificat est le \_\_\_\_\_ certificat de renouvellement.

Le présent certificat entre en vigueur à la date de sa signature et expire le \_\_\_\_\_  
(Date) (jour / mois / année)

\_\_\_\_\_  
(Date de la signature)

\_\_\_\_\_  
(Signature du médecin traitant)