

I N S T R U C T I O N S

Ce formulaire doit être rempli par le médecin à la suite de l'examen du patient pour l'évaluation de son état mental.

Si l'on recommande une évaluation, il faut expédier une copie de ce formulaire :

- au directeur général de l'Hôpital général de Whitehorse;
- au patient;
- au plus proche parent, au mandataire ou tuteur, s'il y a lieu; et
- au Conseil d'examen de la capacité du consentement (téléc. (867) 633-6954).

Si le patient reçoit son congé, il faut expédier une copie de ce formulaire :

- au Conseil d'examen de la capacité du consentement (téléc. (867) 633-6954).

Si un déplacement est requis, il faut joindre au présent formulaire une Demande de déplacement pour visites médicales et la remettre à l'Hôpital général de Whitehorse.

DANS L'AFFAIRE DE LA *Loi sur la santé mentale*

CONCERNANT _____, ci-après nommé le patient.
Nom de la personne

Je, _____, médecin dûment qualifié à

exercer dans le territoire du Yukon atteste avoir examiné le patient résidant habituellement à

_____, à _____ heures le _____,
Heure Date (jour/mois/année)

à _____, Yukon.

1. Conformément aux articles 5 et 10 de la *Loi sur la santé mentale*, je me suis renseigné de façon sérieuse sur tous les faits nécessaires pour me faire une opinion sur la présence, la nature et la gravité des troubles mentaux de cette personne lors de l'évaluation. Les résultats de l'évaluation sont les suivants :

Décrire les réactions affectives, cognitives et comportementales du patient lors de l'entrevue/examen tels que l'attitude, l'apparence générale, les réponses motrices, la parole, la condition émotionnelle, le processus de la pensée, le contenu de la pensée, les perceptions, le fonctionnement intellectuel, la perspicacité, le jugement et votre diagnostic :

Cocher ici si vous joignez une copie des antécédents en matière d'admission comme information probante de vos opinions; l'original doit être inséré dans le dossier médical de la personne.

2. Lorsque le fondement de votre opinion relève de connaissances préalables, s.v.p., complétez la section suivante :

Décrivez vos connaissances préalables

3. Lorsque vous utilisez des informations rapportées par une autre source pour former votre opinion, s.v.p. complétez la section suivante :

Le comportement suivant du patient a été observé et m'a été transmis par d'autres.

a) Source de l'information _____
Nom de la source et lien avec le patient

b) Les observations directes ont été faites par _____
Nom de la source et lien avec le patient

c) Date et heures approximatives des observations _____

d) Brève description des observations telles que rapportées par la source

Décrire les réactions affectives, cognitives et comportementales observées

4. Choisir A, B ou C

<input type="checkbox"/> A	À mon avis, le patient ne souffre pas, en ce moment, de troubles mentaux. Il devrait donc recevoir son congé.
OU <input type="checkbox"/> B	À mon avis, le patient souffre de troubles mentaux en ce moment. Subséquemment, il est de mon avis que le patient n'est pas susceptible d'infliger des lésions corporelles à une autre personne ou à lui-même, ni de subir une détérioration physique imminente dues à ses troubles mentaux. Il devrait donc recevoir son congé.
OU <input type="checkbox"/> C	À mon avis, le patient souffre de troubles mentaux. J'ai des motifs raisonnables de croire qu'en raison de troubles mentaux, <input type="checkbox"/> le patient menace ou tente de s'infliger des lésions corporelles ou l'a fait ces derniers temps ET il est susceptible de s'infliger des lésions corporelles pour les motifs suivants : Décrire les fondements de votre opinion _____ _____
OU <input type="checkbox"/>	ces derniers temps, il s'est comporté ou se comporte avec violence envers une autre personne ET il est susceptible d'infliger à une autre personne des lésions corporelles pour les motifs suivants : Décrire les fondements de votre opinion _____ _____
OU <input type="checkbox"/>	il s'est comporté ou se comporte de manière à faire craindre à une autre personne qu'il lui causera des lésions corporelles ET il est susceptible d'infliger à une autre personne des lésions corporelles pour les motifs suivants : _____ Décrire les fondements de votre opinion _____ _____
OU <input type="checkbox"/>	ces derniers temps, il a fait preuve de son incapacité à prendre soin de lui-même ET je crois qu'il subira vraisemblablement une détérioration physique imminente et grave pour les motifs suivants : Décrire les fondements de votre opinion _____ _____
ET	m'appuyant sur l'information inscrite au présent formulaire, je recommande une évaluation psychiatrique non volontaire du patient à l'établissement suivant : _____ Nom de l'établissement désigné

FAIT à _____,
ce _____ jour de _____ mois, _____ année.

SIGNATURE DU MÉDECIN

NOM DU MÉDECIN EN LETTRES DÉTACHÉES

SIGNATURE DU TÉMOIN