

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

Ce formulaire doit être rempli séparément par deux médecins dans les 24 heures suivant l'arrivée du patient à l'hôpital.

Il faut transmettre copie des deux formulaires :

- au Conseil d'examen de la capacité du consentement (télé. (867) 633-6954);
- au directeur général de l'Hôpital général de Whitehorse.

Il faut également transmettre copie des deux formulaires, avec une copie vierge du formulaire 9 (Demande au Conseil d'examen de la capacité du consentement) :

- au patient, avec une copie vierge du formulaire 8 (Renonciation au droit automatique à une audience);
- au plus proche parent, au mandataire ou tuteur du patient, s'il y a lieu.

Ce certificat est valide pour 21 jours seulement.

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 12 et 13 de la *Loi sur la santé mentale*, j'ai procédé à un examen afin de juger des besoins de traitement du patient par référence à la présence, à la nature et à 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 telles 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 de vos notes d'examen comme preuve 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 ou B

A À mon avis, le patient ne souffre pas, en ce moment, de troubles mentaux. Il devrait donc recevoir son congé.

OU **B** À mon avis, le diagnostic suivant s'impose : _____

1. Je suis d'avis que le patient n'est pas un candidat pour une admission volontaire ou non volontaire et qu'il devrait recevoir son congé de l'hôpital pour les raisons suivantes :

OU **2.** Je suis d'avis que le patient n'est pas candidat pour une admission non volontaire et sera admis en placement volontaire pour les raisons suivantes :

OU **3.** Je suis d'avis que le patient souffre de troubles mentaux qui auront probablement les conséquences suivantes à moins qu'il ne reste sous la garde des autorités dans un hôpital :

soit qu'il s'infligera des lésions corporelles graves à lui-même ou qu'il en infligera à une autre personne pour les motifs suivants :

Décrire les
fondements
de votre
opinion

OU soit qu'il subira vraisemblablement une détérioration physique ou mentale imminente et grave du fait que :

Décrire les
fondements
de votre
opinion

ET le patient ne peut être admis comme patient volontaire pour les raisons suivantes :

Décrire les
fondements
de votre
opinion

FAIT à _____,

ce _____ jour de _____ mois, _____ année.

SIGNATURE DU MÉDECIN

NOM DU MÉDECIN EN LETTRES DÉTACHÉES

SIGNATURE DU TÉMOIN