

MENTAL HEALTH ACT

Pursuant to section 50 of the *Mental Health Act*, the Commissioner in Executive Council orders as follows

1. The *Mental Health Regulations* are hereby repealed.
2. The annexed *Mental Health Regulation* is hereby made.

Dated at Whitehorse, Yukon, this April 29th 2005.

Commissioner of Yukon

LOI SUR LA SANTÉ MENTALE

Le commissaire en conseil exécutif, conformément à l'article 50 de la *Loi sur la santé mentale*, décrète :

1. Le *Règlement sur la santé mentale* est abrogé.
2. Est établi le *Règlement sur la santé mentale* paraissant en annexe.

Fait à Whitehorse, au Yukon, le 29 avril 2005.

Commissaire du Yukon

MENTAL HEALTH REGULATION

RÈGLEMENT SUR LA SANTÉ MENTALE

Definitions

1. In this regulation

“Act” means the *Mental Health Act*; « loi »

“director” means the director of the Yukon Health Care Insurance Plan appointed pursuant to the *Health Care Insurance Plan Act*. « directeur »

Designated mental health services facilities

2. The following facility is designated pursuant to section 2 of the Act as a facility to which persons may be involuntarily admitted under the Act for the purpose of receiving psychiatric services within Yukon

Whitehorse General Hospital.

Financial administration

3.(1) The director may authorize payments for services rendered pursuant to the Act in accordance with the Schedule of fees established under the *Health Care Insurance Plan Act* and, in respect of preparation for and attendance at proceedings in court or before the board, in accordance with such tariffs as may be negotiated between the director and the Yukon Medical Association or other relevant professional association.

(2) The director may authorize payments for drugs prescribed by a licensed medical practitioner required for the treatment of a person with a mental disorder.

(3) The director may authorize payment for travel expenses of persons with a mental disorder to provincial facilities outside of the Yukon.

(4) Payment under subsection (3) shall not exceed the cost of airfare or ground transportation from Whitehorse to a facility in the province of Alberta or the province of British Columbia unless the Medical Officer of Health certifies a clinical requirement to provide treatment elsewhere or unless the person with a mental disorder is known to be a resident of a Canadian province other than Alberta or British Columbia.

(5) The director may authorize travel expenses for such police escorts and medical or nursing escorts as may

Définitions

1. Les définitions suivantes s’appliquent au présent règlement.

« loi » La *Loi sur la santé mentale*. “Act”

« directeur » Le directeur du Régime d’assurance-santé du Yukon, nommé en application de la *Loi sur l’assurance-santé*. “director”

Établissements des services de la santé mentale désignés

2. L’établissement suivant est désigné établissement des services de santé mentale en application de l’article 2 de la loi pouvant offrir des services psychiatriques au Yukon lors de l’institutionnalisation involontaire d’une personne :

Whitehorse General Hospital

Gestion financière

3.(1) Le directeur autorise les paiements pour les services rendus en application de la loi en conformité avec le barème des droits prévu à la *Loi sur l’assurance-santé*. Il autorise les paiements pour la préparation à la présence aux audiences devant les tribunaux et devant le comité en conformité avec les barèmes négociés entre le directeur et le Yukon Medical Association ou toute autre association professionnelle reliée.

(2) Le directeur peut autoriser les paiements pour les médicaments qui sont nécessaires au traitement d’une personne qui souffre de troubles mentaux.

(3) Le directeur peut autoriser les paiements relatifs aux frais de voyage aux établissements provinciaux hors du Yukon pour les personnes souffrant de troubles mentaux.

(4) Les paiements versés en application du paragraphe (3) ne peuvent pas dépasser les frais de vol ou du transport par voie terrestre de la ville de Whitehorse à un établissement en Alberta ou en Colombie-Britannique, sauf si le médecin-hygiéniste certifie que le traitement ailleurs est une nécessité clinique ou sauf si la personne qui souffre de troubles mentaux est connue résider dans une autre province canadienne que l’Alberta ou la Colombie-Britannique.

(5) Le directeur peut autoriser le paiement pour le voyage des escortes policières et médicales qui peuvent être

**O.I.C. 2005/82
MENTAL HEALTH ACT**

**DÉCRET 2005/82
LOI SUR LA SANTÉ MENTALE**

be required to accompany a person with a mental disorder to a facility outside of the Yukon.

(6) Subject to subsection (8), a travel allowance may be paid to such escorts at the rates in force in respect of public servants on travel status.

(7) If the Medical Officer of Health has certified the clinical need for a medical escort, medical practitioners serving as escorts may receive an out-of-territory medical evacuation fee in accordance with the schedule of fees established under the Health Care Insurance Plan Act.

(8) The director may authorize payment for travel expenses of persons returning to the Yukon following discharge from a facility outside of the Yukon if the travel to that facility was done pursuant to the Mental Health Act or the Travel for Medical Treatment Act and the payment of such travel expenses does not exceed the cost of ground transportation or scheduled air fare.

(9) The director may authorize payments to approved facilities for the care, supervision, treatment, and maintenance of persons with a mental disorder in accordance with the rates approved by the jurisdiction in which the facility operates.

(10) No payments shall be made under subsections (3), (5), (6), (7), or (9) on behalf of persons with a mental disorder in respect of things for which payment has been or can be made under some other Act.

Information requirements

4.(1) The chief executive officer of a health facility shall forward to the board a copy of the following immediately on its receipt

- (a) a recommendation for psychiatric assessment of a person by a medical practitioner;
- (b) a recommendation for psychiatric assessment of a person by a nurse;
- (c) certification of an involuntary admission;
- (d) certification of the renewal of an involuntary admission;
- (e) an application to the board;
- (f) notice of the intention to transfer a patient to a mental health service facility in another

nécessaires au transport d'une personne qui souffre de troubles mentaux à un établissement hors du Yukon.

(6) Les frais de voyage pour les escortes sont payés en conformité avec le barème des droits applicables aux fonctionnaires en statut de voyage.

(7) Lors de la certification du médecin-hygiéniste du besoin médical d'une escorte médicale, un médecin qui escorte reçoit un honoraire pour une évacuation à l'extérieur du Yukon selon le barème des honoraires prévu à la Loi sur l'assurance-santé.

(8) Le directeur peut autoriser le paiement pour les frais de voyage d'une personne revenant au Yukon suite à son congé d'un établissement hors du Yukon, si son voyage à l'établissement était fait conformément à la Loi sur la santé mentale ou à la Loi sur les frais de déplacement liés à des soins médicaux et lorsque le paiement ne dépasse pas les frais de transport par voie terrestre ou d'un vol régulier.

(9) Le directeur peut autoriser les paiements aux établissements reconnus en conformité avec les tarifs prévus par la compétence territoriale de l'établissement désigné pour les soins, la surveillance, le traitement et le maintien des personnes souffrant de troubles mentaux.

(10) Un paiement tel que prévu aux paragraphes (3), (5), (6), (7) et (9) ne peut être autorisé pour une personne souffrant de troubles mentaux si le paiement peut être versé ou a déjà été versé en vertu d'une autre loi.

Documents à faire parvenir

4.(1) Le directeur général d'un établissement de santé fait parvenir au directeur une copie des documents suivants dès leur réception:

- a) une recommandation pour une évaluation psychiatrique par un médecin;
- b) une recommandation pour une évaluation psychiatrique t par une infirmière;
- c) un certificat d'admission non volontaire;
- d) un certificat de renouvellement d'admission non volontaire;
- e) une demande au comité;
- f) un avis d'intention de transférer un patient dans un établissement de santé du ressort d'une

jurisdiction; and

(g) certification of the return of a patient to a mental health service facility;

(h) certification of the change of status of a patient from an involuntary patient to a voluntary patient;

(i) authorization for the temporary release of an involuntary patient; and

(j) consent to the disclosure of a patient's record.

(2) Where a court makes an order with respect to a person with a mental disorder, the court shall, as soon as practical,

(a) deliver a copy of the order to the board; and

(b) deliver to the Public Guardian and Trustee a copy of any order respecting the property of the person.

(3) The chief executive officer of a designated mental health service facility shall forward to the director a copy of the notice of the intention to transfer an involuntary patient to a facility in another jurisdiction immediately on its receipt.

Forms

5.(1) A recommendation by a medical practitioner or nurse for involuntary psychiatric assessment under section 5 or 10 of the Act shall be in the form set out in Schedule A in the case of a recommendation by a medical practitioner or in the form set out in Schedule B in the case of a recommendation by a nurse.

(2) A Certificate of Involuntary Admission under section 13 of the Act shall be in the form set out in Schedule C.

autre compétence territoriale;

g) un certificat du retour d'un patient à un établissement de santé mentale;

h) un certificat de passage au statut de patient en cure volontaire;

i) une autorisation pour le congé temporaire d'un patient en cure obligatoire;

j) un consentement à la divulgation du dossier d'un patient.

(2) Dès qu'il rend une ordonnance concernant une personne souffrant de troubles mentaux, un tribunal doit :

a) faire parvenir une copie de l'ordonnance au comité;

b) faire parvenir au tuteur et curateur public une copie de toute ordonnance concernant les biens de la personne.

(3) Le directeur général d'un établissement désigné pour les soins de troubles mentaux doit, dès réception, faire parvenir au directeur une copie de l'avis d'intention de transférer un patient dans un établissement du ressort d'une autre compétence territoriale.

Formulaires

5.(1) Une recommandation d'évaluation psychiatrique non volontaire en application des articles 5 ou 10 de la loi est rédigée sur le formulaire à l'annexe A, lorsqu'elle est faite par un médecin, et sur le formulaire à l'annexe B lorsqu'elle est faite par une infirmière.

(2) Le certificat d'admission non volontaire en application de l'article 13 de la loi est rédigé sur le formulaire à l'Annexe C.

Schedule A

(page 1 of 3)

SCHEDULE A

**RECOMMENDATION FOR
INVOLUNTARY PSYCHIATRIC
ASSESSMENT (PHYSICIAN)**
MENTAL HEALTH ACT, SECTIONS 5 and 10

IN THE MATTER OF the *Mental Health Act* AND IN THE MATTER OF _____,
hereinafter called the patient. I, _____, a medical practitioner licensed to
practise in the Yukon Territory, personally examined the patient, whose usual place of residence is _____
_____, at _____ hours on the ___ day of _____,
in _____, Yukon.

Pursuant to section 5 and 10 of the *Mental Health Act*, I undertook careful inquiry into the facts
necessary to form a belief about the presence, nature and degree of severity of mental disorder at
the time of assessment. The results of assessment are as follows:

Describe affective, cognitive and behavioural presentation of the patient upon interview/examination such as attitude,
general appearance, motor behaviour, speech, emotional state, thought processes, thought content, perceptions,
intellectual functioning, insight, judgment and diagnosis:

Check here if appending a copy of your admitting history as evidence for your opinions; the original to
be filed on the person's medical record.

When information based on prior knowledge is used to form your opinion please complete this
section:

Describe your prior knowledge

Schedule A

(page 2 of 3)

When information not observed directly by yourself is used to form your opinion please complete this section:

The following behaviour of the patient was observed by others and communicated to me:

a) Source of information: _____
Name the source and describe relationship to the patient

b) Direct observations were made by: _____
Give name and describe relationship to the patient

c) Approximate date and time of observations: _____

d) Brief description of observations made by the source:

Describe affective, cognitive and/or behavioural observations observed

SELECT A B OR C:

A. It is my opinion, that at this time the patient is not suffering from a mental disorder and should be released.

OR

B. It is my opinion that at this time the patient is suffering from a mental disorder and further it is my opinion that the patient is **not** likely to cause bodily harm to himself or herself or any other person as a result of the mental disorder **nor** is the patient likely to suffer impending serious physical impairment as a result of the mental disorder and should be released.

C. It is my opinion the patient is suffering from a mental disorder. Further, I believe on reasonable grounds that the person as a result of a mental disorder is:

threatening or attempting to cause bodily harm to himself or herself or has recently done so **AND** is likely to cause bodily harm to himself or herself, on the grounds that:

Provide evidence in support of your opinion

OR

behaving violently towards another person or has recently done so **AND** is likely to cause bodily harm to another person, on the grounds that:

Provide evidence in support of your opinion.

Schedule A

(page 3 of 3)

OR

causing another person to fear bodily harm or has recently done so **AND** is likely to cause bodily harm to another person on the grounds that:

Provide evidence in support of your opinion

OR

showing or has recently shown a lack of ability to care for himself or herself **AND** is likely to suffer impending serious physical impairment, on the grounds that:

Provide evidence in support of your opinion

AND

Based on the information recorded on this form, I recommend that the patient be involuntarily psychiatrically assessed in

Name of designated facility

Dated: _____

Signature: _____

Witness: _____

Annexe A
(page 1 de 3)

ANNEXE A

**RECOMMANDATION D'ÉVALUATION
PSYCHIATRIQUE NON VOLONTAIRE
FAITE PAR UN MÉDECIN**
LOI SUR LA SANTÉ MENTALE, ARTICLES 5 et 10

DANS L'AFFAIRE DE LA *Loi sur la santé mentale* CONCERNANT _____,
ci-après nommé le patient. Je, _____, médecin dûment qualifié à exercer dans le
territoire du Yukon atteste avoir examiné le patient résidant habituellement à _____,
à _____ heures le _____ à _____, Yukon.

**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 émotive, 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 antécédents en matière d'admission comme information
probante de vos opinions; l'original doit être inséré dans le dossier médical de la personne.

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

Décrivez vos connaissances préalables

Annexe A
(page 2 de 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

CHOISIR A, B OU C :

- A.** À mon avis, le patient ne souffre pas, en ce moment, de troubles mentaux. Il devrait donc être libéré.

OU

- B.** À mon avis, le patient souffre de troubles mentaux. 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 être libéré.

- C** À mon avis, le patient souffre de troubles mentaux. J'ai des motifs raisonnables de croire qu'en raison de troubles mentaux,

- le patient menace ou a tenté 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

- 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

Annexe A

(page 3 de 3)

OU

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

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 de ce formulaire, je recommande une évaluation psychiatrique non volontaire du patient.

Nom de l'établissement désigné

Date: _____

Signature: _____

Témoïn : _____

Schedule B

(page 1 of 3)

SCHEDULE B

**RECOMMENDATION FOR
INVOLUNTARY PSYCHIATRIC
ASSESSMENT (NURSE)**
MENTAL HEALTH ACT, SECTION 10

IN THE MATTER OF the *Mental Health Act* AND IN THE MATTER OF _____, hereinafter called the patient. Pursuant to Section 10.1 of the *Mental Health Act*: where a physician was not available I, _____, a nurse registered to practise in the Yukon Territory, personally examined the patient, whose usual place of residence is _____, at _____ hours on the _____ day of _____, _____ in _____, Yukon and consulted with Dr. _____, a medical practitioner licensed to practise in the Yukon Territory.

Pursuant to section 10 of the *Mental Health Act*, I undertook careful inquiry into the facts, in consultation with the aforementioned physician, necessary to form a belief about the presence, nature and degree of severity of mental disorder at the time of assessment. The results of assessment are as follows:

Describe affective, cognitive and behavioural presentation of the patient upon interview/examination such as attitude, general appearance, motor behaviour, speech, emotional state, thought processes, thought content, perceptions, intellectual functioning, insight, judgment and diagnosis:

Check here if appending a copy of your nursing history as evidence for your opinions; the original to be filed on the person's medical record.

<p>When information based on prior knowledge is used to form your opinion please complete this section:</p> <p><i>Describe your prior knowledge</i></p> <p>_____ _____ _____</p>
--

Schedule B

(page 2 of 3)

When information not observed directly by yourself is used to form your opinion please complete this section:

The following behaviour of the patient was observed by others and communicated to me:

a) Source of information: _____
Name the source and describe relationship to the patient

b) Direct observations were made by: _____
Give name and describe relationship to the patient

c) Approximate date and time of observations: _____

d) Brief description of observations made by the source:

Describe affective, cognitive and/or behavioural observations observed

SELECT AB, or C:

A. In consultation with Dr. _____ I have formed the opinion that at this time the patient is not suffering from a mental disorder and should be released.

OR

B. Based on the information recorded on this form, and in consultation with Dr. _____ it is my opinion that the patient at this time is suffering from a mental disorder and, further, it is my opinion that the patient is **not** likely to cause bodily harm to himself or herself or any other person as a result of the mental disorder **nor** is the patient likely to suffer impending serious physical impairment as a result of the mental disorder and should be released.

OR

C. In consultation with Dr. _____, I have formed the opinion that the patient is suffering from a mental disorder. Further, in consultation with Dr. _____, I believe on reasonable grounds that the person, as a result of a mental disorder, is:

threatening or attempting to cause bodily harm to himself or herself or has recently done so **AND** is likely to cause bodily harm to himself or herself, on the grounds that:

Provide evidence in support of your opinion

OR

behaving violently towards another person or has recently done so **AND** is likely to cause bodily harm to another person, on the grounds that:

Provide evidence in support of your opinion.

Schedule B

(page 3 of 3)

OR

causing another person to fear bodily harm or has recently done so **AND** is likely to cause bodily harm to another person, on the grounds that:

Provide evidence in support of your opinion

OR

showing or has recently shown a lack of ability to care for himself or herself **AND** is likely to suffer impending serious physical impairment, on the grounds that:

Provide evidence in support of your opinion

AND

Based on the information recorded on this form and in consultation with Dr. _____, I recommend that the patient be involuntarily psychiatrically assessed in

Name of designated facility

Dated: _____, _____

Signature: _____

Witness: _____

Annexe B
(page 1 de 3)

ANNEXE B

**RECOMMANDATION D'ÉVALUATION
PSYCHIATRIQUE NON VOLONTAIRE
FAITE PAR UNE INFIRMIÈRE**
LOI SUR LA SANTÉ MENTALE, ARTICLE 10

DANS L'AFFAIRE DE LA *Loi sur la santé mentale* CONCERNANT _____, ci-après nommée le patient. Conformément à l'article 10.1 de la *Loi sur la santé mentale*; lorsqu'un médecin n'était pas disponible, je, _____, membre du personnel infirmier dûment qualifié à exercer dans le territoire du Yukon, atteste avoir personnellement examiné le patient résidant habituellement à _____, à _____ heures le _____, _____ 2 à _____, Yukon et avoir consulté le Dr. _____, médecin dûment qualifié à exercer dans le territoire du Yukon.

Conformément à l'article 10 de la *Loi sur la santé mentale*, je me suis renseigné de façon sérieuse, en collaboration avec le médecin mentionné ci-dessus, 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 de vos antécédents professionnels comme information probante de vos opinions. L'original doit être inséré dans le dossier médical de la personne.

<p>Lorsque le fondement de votre opinion relève de connaissances préalables, s.v.p. complétez la section suivante :</p> <p><i>Décrivez vos connaissances préalables</i></p> <p>_____ _____ _____</p>

Annexe B

(page 2 de 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

CHOISIR A, B OU C :

A. En collaboration avec le Dr. _____ il est de mon avis que le patient ne souffre de troubles mentaux et qu'il devrait être libéré.

OU

B. En collaboration avec le Dr. _____ il est de mon avis que le patient souffre de troubles mentaux. 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 être libéré.

OU

C En collaboration avec le Dr. _____ je suis d'avis que le patient souffre de troubles mentaux. Subséquemment, et en collaboration avec le Dr. _____, j'ai des motifs raisonnables de croire qu'en raison de troubles mentaux,

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

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 :

Annexe B
(page 3 de 3)

Décrire les fondements de votre opinion

OU

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

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 de ce formulaire et en collaboration avec le Dr. _____, je recommande une évaluation psychiatrique non volontaire du patient.

Nom de l'établissement désigné

DATE : _____, _____

SIGNATURE : _____

Témoïn : _____

Schedule C
(page 2 of 3)

When information based on prior knowledge is used to form your opinion please complete this section:

Describe your prior knowledge

When information not observed directly by yourself is used to form your opinion please complete this section:

The following behavior of the patient was observed by others and communicated to me:

a) Source of information: _____
Name the source and describe relationship to the patient

b) Direct observations were made by : _____
Give name and describe relationship to the patient

c) Approximate date and time of observations: _____

d) Brief description of observations made by the source:
Describe affective, cognitive and/or behavioral observations

SELECT A OR B:

A. In my opinion the person is not suffering from a mental disorder and should be released.

OR

B. In my opinion there is evidence to support a diagnosis of _____

Schedule C

(page 3 of 3)

1. It is my opinion that the patient is not a candidate for voluntary or involuntary admission and should be released from the hospital, on the grounds that:

OR

2. It is my opinion that the patient is not a candidate for involuntary admission and will be admitted as a voluntary patient, on the grounds that:

OR

3. It is my opinion that the severity of the mental disorder suffered by the patient at this time is such that unless the patient remains in the custody of a hospital, is likely to result in:

serious bodily harm to himself or herself or to another person on the grounds that:

Provide evidence in support of your opinion

OR

the patient's impending serious mental or physical impairment on the grounds that:

Provide evidence in support of your opinion

AND

the patient is not suitable for admission as a voluntary patient on the grounds that:

Provide evidence in support of your opinion

DATE: _____, _____

SIGNATURE: _____

witness: _____

Annexe C
(page 2 de 3)

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

Décrivez vos connaissances préalables

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 heure approximatives des observations : _____

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

Décrire les réactions affectives, cognitives et comportementales observées

CHOISIR A OU B :

A À mon avis, le patient ne souffre pas, en ce moment, de troubles mentaux.
Il devrait donc être libéré. _____

OU

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

Annexe C

(page 3 de 3)

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

2. Je suis d'avis que le patient n'est pas candidat pour une admission non volontaire et sera admis sur une base 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 à une autre personne pour les motifs suivants : _____

Décrire les fondements de votre opinions

OU

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

Décrire les fondements de votre opinions

ET

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

Décrire les fondements de votre opinions

DATE : _____, _____

SIGNATURE : _____

Témoïn : _____