

FORMULE 26

**DEMANDE D'ENQUÊTE AFIN DE DÉTERMINER SI UN TRAITEMENT  
PSYCHIATRIQUE SPÉCIFIÉ DEVRAIT ÊTRE ADMINISTRÉ  
SANS CONSENTEMENT**

**(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,  
chap.M-10, para.30.3(1))**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,  
(nom du psychiatre traitant) (adresse)

psychiatre traitant de \_\_\_\_\_,  
(nom du malade)

malade en placement non volontaire détenu à \_\_\_\_\_.  
(nom de l'établissement psychiatrique)

Le malade en placement non volontaire

**(Cocher l'une des cases)**

est âgé de moins de seize ans.

est âgé d'au moins seize ans mais n'est pas, à mon avis, capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement à un traitement psychiatrique spécifié.

est âgé d'au moins seize ans et est, à mon avis, capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement à un traitement psychiatrique spécifié mais refuse de le faire.

Je demande par les présentes à la commission de recours de mener une enquête afin de déterminer si un traitement psychiatrique spécifié autre qu'un traitement médical clinique de routine devrait être administré sans consentement.

Fait le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature du psychiatre traitant

REMARQUE: La présente demande doit être accompagnée

- a) du certificat du psychiatre traitant (Formule 27) si le malade est âgé d'au moins seize ans,
- b) d'une déclaration énonçant tous autres avis du psychiatre traitant et tous autres faits au soutien de la demande,
- c) d'une description du traitement éventuel, et
- d) d'une déclaration d'un autre psychiatre énonçant son avis au soutien de la demande.