

**FORMULE 27**

**CERTIFICAT DU PSYCHIATRE TRAITANT**  
**(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,**  
**chap.M-10, al.30.3(2))a**

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)

cherche à obtenir une ordonnance autorisant l'administration sans consentement d'un traitement psychiatrique spécifié au malade qui est âgé d'au moins seize ans.

À mon avis, le malade

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

n'est pas capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement au traitement psychiatrique spécifié.

est capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement au traitement psychiatrique spécifié mais refuse de le donner.

Les raisons sur lesquelles j'ai fondé mon avis que le malade auquel le présent certificat s'applique n'est pas capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement au traitement psychiatrique spécifié sont les suivantes:

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

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