

FORMULE 32

AVIS DE PROLONGEMENT
(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.40(2))

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

psychiatre traitant de _____,
(nom du malade)

malade admis à _____,
(nom de l'établissement psychiatrique)

ai examiné le malade qui est sur le point d'être libéré de l'établissement psychiatrique le
_____ 20 _____.

Je suis d'avis que le malade ne sera pas capable de gérer ses biens après sa libération.

Je notifie par les présentes le prolongement du certificat d'incapacité qui a été délivré à l'égard du
malade par _____
(nom du psychiatre qui a délivré le certificat)

le _____ 20 _____.

Les raisons pour le prolongement sont les suivantes:

Fait le _____ 20 _____.

Signature du psychiatre traitant

REMARQUE: Le présent avis de prolongement est valable jusqu'à trois mois après la libération du malade ou jusqu'à réception d'un avis d'annulation, selon l'éventualité qui survient en premier.