

# Soins communautaires supervisés - Certificat de non-adhésion

## Loi sur la santé mentale, Partie II.I



Une copie du Certificat de non-adhésion au plan de soins communautaires supervisés doit être envoyée aux Services de défense des malades psychiatriques. Numéro de télécopieur : 506-462-2230

À tout agent de la paix au Nouveau-Brunswick

Personne assujettie au plan de soins communautaires supervisés : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ DN (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Compte tenu qu'un plan de soins communautaires supervisés a été créé, examiné par la Commission de recours et mis en œuvre le \_\_\_\_\_ (date) conformément à la partie II.I de la *Loi sur la santé mentale* du Nouveau-Brunswick en ce qui concerne \_\_\_\_\_ (nom de la personne),

Je, \_\_\_\_\_ (nom du psychiatre), ai des motifs raisonnables de croire que \_\_\_\_\_ (nom de la personne) n'a pas respecté les conditions et les obligations énoncées dans le plan de soins. Je suis convaincu que des efforts raisonnables ont été faits pour :

- a) informer la personne nommée dans cette ordonnance qu'elle n'a pas respecté son plan de soins communautaires supervisés,
- b) informer la personne des conditions de non-adhésion de son plan de soins communautaires supervisés,
- c) fournir une aide raisonnable pour aider la personne à respecter son plan de soins communautaires supervisés.

J'accorde par les présentes l'autorisation suffisante à la personne susmentionnée d'être escortée à \_\_\_\_\_ (nom de l'établissement médical ou psychiatrique), où une évaluation peut être effectuée conformément à la partie II.I de la *Loi sur la santé mentale*.

**REMARQUE : Cette ordonnance expire 30 jours après la date à laquelle elle a été délivrée.**

(NOTES DU / DE LA PSYCHIATRE)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

