

# Soins communautaires supervisés - Formulaire de Demande d'examen - Loi sur la santé mentale, Partie II.I



Une copie du formulaire de demande d'examen doit être envoyée aux Services de défense des malades psychiatriques. Numéro de télécopieur : 506-462-2230

Nom : \_\_\_\_\_

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

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

Je, Dr \_\_\_\_\_ (*nom complet*), au nom de \_\_\_\_\_ (*nom de la personne*), demande une réunion de la Commission de recours dans les 30 jours à compter de la date de signature, pour examiner le plan de soins communautaires supervisés créé pour la personne susmentionnée.

Motif de l'examen :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(Signature de la personne assujettie au plan ou son mandataire, le cas échéant)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature du psychiatre traitant)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Numéro de téléphone)