



**NEW BRUNSWICK
REGULATION 94-33**

under the

**MENTAL HEALTH ACT
(O.C. 94-173)**

Filed March 23, 1994

Under section 68 of the *Mental Health Act*, the Lieutenant-Governor in Council makes the following Regulation:

- 1 This Regulation may be cited as the *General Regulation - Mental Health Act*.
- 2 In this Regulation

“Act” means the *Mental Health Act*.

PSYCHIATRIC FACILITIES

3 For the purposes of the Act, the facilities listed in Schedules A and B are designated as psychiatric facilities.

4(1) A psychiatric facility shall offer to the public one or more of the following services:

- (a) in-patient services;
- (b) out-patient services;
- (c) day-care services;
- (d) emergency services; or
- (e) consultative and educational services to local agencies.

**RÈGLEMENT DU
NOUVEAU-BRUNSWICK 94-33**

pris en vertu de la

**LOI SUR LA SANTÉ MENTALE
(D.C. 94-173)**

Déposé le 23 mars 1994

En vertu de l'article 68 de la *Loi sur la santé mentale*, le lieutenant-gouverneur en conseil établit le règlement suivant :

- 1 Le présent règlement peut être cité sous le titre : *Règlement général - Loi sur la santé mentale*.
- 2 Dans le présent règlement

« Loi » désigne la *Loi sur la santé mentale*.

ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES

3 Pour l'application de la Loi, les établissements énumérés dans les Annexes A et B sont désignés comme étant des établissements psychiatriques.

4(1) Un établissement psychiatrique doit offrir au public un ou plusieurs des services suivants :

- a) services de consultations internes;
- b) services de consultations externes;
- c) services de soins de jour;
- d) services d'urgence; ou
- e) services consultatifs et éducatifs à l'intention des organismes locaux.

4(2) Any proposed alteration, limitation or restriction of the program of a psychiatric facility with respect to any of the services listed in subsection (1) shall be submitted to the Minister for approval.

4(3) The Shepody Healing Centre is exempted from the application of paragraphs (1)(b) and (c) and Part III of the Act.

96-57; 2001-92; 2004-107

5(1) The observation, examination, assessment, restraint, care and treatment of a patient in a psychiatric facility shall be under the supervision of a psychiatrist.

5(2) Notwithstanding subsection (1), it is not necessary for the observation, examination, assessment, restraint, care and treatment of a patient in a psychiatric facility listed in Schedule B to be under the supervision of a psychiatrist.

6 Plans and specifications for the creation, establishment, construction, alteration or renovation of a psychiatric facility shall be submitted to the Minister for approval.

96-57

7 The administrator of a psychiatric facility shall furnish such returns, reports and information to the Department as the Minister considers necessary.

TRIBUNALS

8(1) A tribunal shall consist of three members, one of whom is a member of the Law Society of New Brunswick and is entitled to practise law in the Province who shall act as chairman of the tribunal and two others who are not members of the Law Society of New Brunswick.

8(2) The member of the Law Society of New Brunswick shall have been a practising member for not less than ten years.

8(3) The Lieutenant-Governor in Council may appoint alternate members for each tribunal and if for any reason a member of the tribunal cannot act as a member, an alternate member appropriate to comply with subsection (1) shall act in place of the member.

8(4) A member of a tribunal holds office for the term, not exceeding three years, specified in the appointment

4(2) Toute modification, limitation ou restriction projetée du programme d'un établissement psychiatrique à l'égard des services énumérés au paragraphe (1) doit être soumise à l'approbation du Ministre.

4(3) Le Centre de rétablissement Shepody est exempté de l'application des alinéas (1)b) et c) et de la Partie III de la Loi.

96-57; 2001-92; 2004-107

5(1) L'observation, l'examen, l'évaluation, les restrictions, les soins et le traitement d'un malade dans un établissement psychiatrique doivent s'effectuer sous la surveillance d'un psychiatre.

5(2) Nonobstant le paragraphe (1), il n'est pas nécessaire que l'observation, l'examen, l'évaluation, les restrictions, les soins et le traitement d'un malade dans un établissement psychiatrique énuméré à l'Annexe B soient effectués sous la surveillance d'un psychiatre.

6 Les plans et devis pour la création, l'établissement, la construction, la modification ou la rénovation d'un établissement psychiatrique doivent être soumis à l'approbation du Ministre.

96-57

7 L'administrateur d'un établissement psychiatrique doit fournir au ministère les comptes rendus, rapports et renseignements que le Ministre estime nécessaires.

TRIBUNAUX

8(1) Chaque tribunal doit se composer de trois membres dont l'un qui est membre du Barreau du Nouveau-Brunswick et habilité à pratiquer le droit dans la province agit à titre de président du tribunal, et de deux autres membres qui ne sont pas membres du Barreau du Nouveau-Brunswick.

8(2) Le membre du Barreau du Nouveau-Brunswick doit avoir été un avocat praticien pendant au moins dix ans.

8(3) Le lieutenant-gouverneur en conseil peut nommer des membres suppléants pour chaque tribunal et si un membre du tribunal, pour une raison quelconque, ne peut pas agir à ce titre, un membre suppléant répondant aux conditions du paragraphe (1) doit agir à sa place.

8(4) Un membre d'un tribunal occupe son poste pour un mandat d'au plus trois ans, précisé dans sa nomina-

and is eligible for reappointment at the expiration of the term.

8(5) Repealed: 2006-29

8(6) The three members of a tribunal constitute a quorum and the decision of a majority is the decision of the tribunal.

2006-29

9(1) A tribunal shall hold a hearing which shall be *in camera* within seventy-two hours after the receipt of an application under section 8 or 12 of the Act by the chairman of the tribunal.

9(2) A hearing shall, where possible, be held at the psychiatric facility at which the person who is the subject of the application is detained or admitted as a voluntary patient.

96-108

10(1) The chairman of the tribunal shall ensure that a copy of the application received by the chairman, the accompanying examination report, any other accompanying documentation and a notice of the date, time and place of the hearing is given to

- (a) the person who is the subject of the application,
- (b) the representative of the person who is the subject of the application, if any, and
- (c) the appropriate psychiatric patient advocate.

10(2) The chairman of the tribunal shall ensure that notice of the date, time and place of the hearing is given to

- (a) the administrator,
- (b) the nearest relative of the person who is the subject of the application, and
- (c) the attending psychiatrist.

10(3) The following persons have a right to be present at the hearing:

- (a) the person who is the subject of the application;
- (b) the applicant;

tion et il peut être renommé à l'expiration de son mandat.

8(5) Abrogé : 2006-29

8(6) Trois membres d'un tribunal constituent le quorum et la décision de la majorité est la décision du tribunal.

2006-29

9(1) Un tribunal doit tenir une audition à huis clos dans les soixante-douze heures de la réception d'une demande en application de l'article 8 ou 12 de la Loi par le président du tribunal.

9(2) Une audition doit être tenue, si possible, à l'établissement psychiatrique où la personne faisant l'objet de la demande est détenue ou admise à titre de malade en placement volontaire.

96-108

10(1) Le président du tribunal doit s'assurer qu'une copie de la demande qu'il a reçue, le rapport d'examen et tout autre document qui y sont joints, ainsi qu'un avis des date, heure et lieu de l'audition sont donnés

- a) à la personne qui fait l'objet de la demande,
- b) au représentant de la personne qui fait l'objet de la demande, le cas échéant, et
- c) au défenseur des malades mentaux compétent.

10(2) Le président du tribunal doit s'assurer qu'un avis des date, heure et lieu de l'audition est donné

- a) à l'administrateur,
- b) au plus proche parent de la personne qui fait l'objet de la demande, et
- c) au psychiatre traitant.

10(3) Les personnes suivantes ont le droit d'être présentes à l'audition :

- a) la personne qui fait l'objet de la demande;
- b) le requérant;

(c) the representative of the person referred to in paragraph (a) and of the person referred to in paragraph (b); and

(d) any other person having an interest in the matter, as determined by the tribunal.

10(4) The person who is the subject of the application, the person's representative and the psychiatric patient advocate, if the psychiatric patient advocate is not the representative of the patient, may call witnesses, cross-examine witnesses and make submissions at the hearing.

10(5) A tribunal or any member of the tribunal may interview the person who is the subject of the application or any other person in private.

10(6) A tribunal may engage independent medical, psychiatric or other professional persons to present evidence and make submissions with regard to any matter heard by the tribunal.

96-108; 96-109; 2006-71

11(1) An examination report under section 8 of the Act or an attending psychiatrist's certificate under the Act or under this Regulation purported to be signed by the attending psychiatrist is admissible in evidence at a hearing or other proceeding before a tribunal without proof of the signature of the person purporting to have signed the report or certificate.

11(2) The evidentiary value of an examination report or an attending psychiatrist's certificate referred to in subsection (1) shall be determined by the tribunal.

12 A hearing may be adjourned from time to time by a tribunal of its own motion or where the person who is the subject of the application, the person's representative or the psychiatric patient advocate requests the adjournment in order to prepare for the hearing.

96-108; 96-109; 2000-52; 2006-71

13 A tribunal may waive the attendance of the person who is the subject of the application from the hearing where the representative of the person, if any, or the psychiatric patient advocate, where there is no representative of the person, advises the tribunal that he believes the person's presence is not required at the hearing.

2006-71

c) le représentant de la personne visée à l'alinéa a) et de la personne visée à l'alinéa b); et

d) toute autre personne ayant un intérêt dans la cause, telle que déterminée par le tribunal.

10(4) La personne qui fait l'objet de la demande, son représentant et le défenseur des malades mentaux, si le défenseur des malades mentaux n'est pas le représentant du malade, peuvent citer des témoins, les contre-interroger et présenter des mémoires à l'audition.

10(5) Un tribunal ou l'un de ses membres peut avoir une entrevue privée avec la personne qui fait l'objet de la demande ou avec toute autre personne.

10(6) Un tribunal qui entend une cause peut engager un médecin, psychiatre ou autre professionnel indépendant pour présenter la preuve et des mémoires y afférents.

96-108; 96-109; 2006-71

11(1) Un rapport d'examen en vertu de l'article 8 de la Loi ou un certificat de psychiatre traitant en vertu de la Loi ou du présent règlement présenté comme ayant été signé par le psychiatre traitant est admissible en preuve à une audition devant un tribunal sans qu'il soit nécessaire de prouver la signature de la personne censée avoir signé le rapport ou le certificat.

11(2) Il incombe au tribunal de déterminer la valeur probante d'un rapport d'examen ou d'un certificat de psychiatre traitant visé au paragraphe (1).

12 Une audition peut être ajournée de temps à autre par un tribunal de sa propre initiative ou à la demande de la personne qui fait l'objet de la demande, de son représentant ou du défenseur des malades mentaux afin de se préparer pour l'audition.

96-108; 96-109; 2000-52; 2006-71

13 Un tribunal peut renoncer à la présence de la personne qui fait l'objet de la demande à l'audition lorsque le représentant de cette personne, le cas échéant, ou le défenseur des malades mentaux lorsque la dernière n'a pas de représentant, avise le tribunal qu'à son avis, la présence de la personne à l'audition n'est pas requise.

2006-71

14 A tribunal shall compile a record of a hearing held before it and the record shall include, where applicable,

- (a) the application by which the hearing was commenced,
- (b) the notice of any hearing and to whom and how it was given,
- (c) any waivers of appearance of the person who is the subject of the application,
- (d) all documentary evidence filed with the tribunal,
- (e) the transcript, if any, of the oral evidence given at the hearing,
- (f) the written decision of the tribunal, and
- (g) any orders made by the tribunal.

15(1) A tribunal shall make a written decision and an order, if any, within seventy-two hours after the conclusion of a hearing.

15(2) The chairman of the tribunal shall prepare the written decision of the tribunal which shall contain a summary of the evidence, a summary of the representations before the tribunal, the decision of the tribunal and the reasons for the decision.

15(3) The chairman of the tribunal shall send forthwith a copy of the written decision and the order, if any, of the tribunal to the applicant, the person who is the subject of the application, the person's representative, the administrator, the psychiatric patient advocate and the Executive Director.

15(4) The chairman of the tribunal shall send the Minister a copy of all decisions and orders made by the tribunal in relation to an application under section 8 or 12 of the Act.

96-57; 96-108; 2006-71

16 Upon receipt of a copy of a decision or order, if any, of a tribunal, the administrator shall take any action required to give effect to the decision or order.

14 Il incombe à un tribunal de compiler le dossier d'une audition tenue devant lui, lequel doit comprendre, lorsque cela est applicable :

- a) la demande qui a déclenché l'audition,
- b) l'avis de toute audition, les destinataires de l'avis et la manière dont l'avis a été donné,
- c) toutes renonciations à la présence de la personne qui fait l'objet de la demande,
- d) toute preuve documentaire déposée auprès du tribunal,
- e) la transcription, le cas échéant, des dépositions faites à l'audition,
- f) la décision écrite du tribunal, et
- g) toutes ordonnances rendues par le tribunal.

15(1) Un tribunal doit rendre une décision écrite et une ordonnance, le cas échéant, dans les soixante-douze heures qui suivent la fin d'une audition.

15(2) Le président du tribunal doit préparer la décision écrite du tribunal qui doit contenir un résumé de la preuve, un résumé des représentations devant le tribunal, la décision du tribunal et les motifs de la décision.

15(3) Le président du tribunal doit envoyer immédiatement une copie de la décision écrite et de l'ordonnance, le cas échéant, au requérant, à la personne qui fait l'objet de la demande, au représentant de cette personne, à l'administrateur, au défenseur des malades mentaux et au directeur exécutif.

15(4) Le président du tribunal doit envoyer au Ministre une copie de toutes les décisions et ordonnances rendues par le tribunal relativement à une demande faite en application de l'article 8 ou 12 de la Loi.

96-57; 96-108; 2006-71

16 Sur réception d'une copie de la décision ou de l'ordonnance du tribunal, le cas échéant, l'administrateur doit prendre toute mesure nécessaire pour donner effet à la décision ou à l'ordonnance.

17(1) The chairman of a tribunal may act alone with respect to an application under section 8 or 12 of the Act received by the chairman where the person who is the subject of the application or the person's representative or the psychiatric patient advocate advises the chairman that he or she will not be calling witnesses, cross-examining witnesses or making submissions.

17(2) Notwithstanding subsection (1), where the chairman is acting alone and the person who is the subject of the application, the person's representative or the psychiatric patient advocate decides to call a witness, cross-examine a witness or make a submission, the chairman shall, upon learning of the decision, cease acting alone and shall convene a hearing before the full tribunal within seventy-two hours.

17(3) The duties, authorities and powers of the chairman when acting alone are the duties, authorities and powers of the tribunal under the Act and this Regulation and any decision or order of the chairman shall be deemed to be a decision or order made by the tribunal.

96-108; 2006-71

REVIEW BOARDS

18(1) A review board shall compile a record of a hearing before it and the record shall include, where applicable,

- (a) the application, complaint or reference by which the hearing was commenced,
- (b) the notice of any hearing and to whom and how it was given,
- (c) all documentary evidence filed with the review board,
- (d) the transcript, if any, of the oral evidence given at the hearing,
- (e) the written decision of the review board, and
- (f) any orders made by the review board.

18(2) The chairman of the review board shall transmit a copy of the written report referred to in subsection 33(1) of the Act to the persons referred to in subsection 32(1.2) of the Act and the Executive Director within twenty-four hours after the conclusion of the inquiry.

17(1) Le président d'un tribunal peut agir seul relativement à une demande faite en application de l'article 8 ou 12 de la Loi qu'il a reçue, lorsque la personne qui fait l'objet de la demande ou son représentant l'avise qu'elle, son représentant ou le défenseur des malades mentaux ne citera pas de témoins, ne les contre-interrogera pas, ni ne présentera de mémoires.

17(2) Nonobstant le paragraphe (1), lorsque le président agit seul et que la personne qui fait l'objet de la demande, son représentant ou le défenseur des malades mentaux décide de citer un témoin, de le contre-interroger ou de présenter un mémoire, le président doit cesser d'agir seul et convoquer le tribunal en session plénière pour une audition dans les soixante-douze heures de l'instant où il a appris la décision.

17(3) Les pouvoirs et fonctions du président lorsqu'il agit seul sont ceux du tribunal en vertu de la Loi et du présent règlement et toute décision ou ordonnance du président est réputée être une décision ou ordonnance du tribunal.

96-108; 2006-71

COMMISSIONS DE RECOURS

18(1) Il incombe à une commission de recours de compiler le dossier d'une audition tenue devant elle, lequel doit comprendre, lorsque cela est applicable :

- a) la demande, la plainte ou le renvoi qui a déclenché l'audition,
- b) l'avis de toute audition, les destinataires de l'avis et la manière dont il a été donné,
- c) toute preuve documentaire déposée auprès de la commission de recours,
- d) la transcription, le cas échéant, des dépositions faites à l'audition,
- e) la décision écrite de la commission de recours, et
- f) toutes ordonnances rendues par la commission de recours.

18(2) Le président de la commission de recours doit transmettre une copie du rapport écrit visé au paragraphe 33(1) de la Loi au directeur exécutif et aux personnes visées au paragraphe 32(1.2) de la Loi dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de l'enquête.

19 A hearing may be adjourned from time to time by a review board of its own motion or where the person who is the subject of the application or the person's representative requests the adjournment in order to prepare for the hearing.

20 A review board may waive the attendance of the person who is the subject of an application from a hearing where the representative of the person, if any, or the psychiatric patient advocate, where there is no representative of the person, advises the review board that he believes the person's presence is not required at the hearing.

2006-71

**PSYCHIATRIC PATIENT ADVOCATE
SERVICES AND PSYCHIATRIC PATIENT
ADVOCATES**

2006-71

21 The administrator of a psychiatric facility shall provide access to office space and secretarial services in the facility to assist a psychiatric patient advocate service in carrying out its responsibilities under the Act and this Regulation.

2006-71

22(1) A psychiatric patient advocate, upon learning of an application under section 8 or 12 of the Act, shall ascertain whether the person who is the subject of the application has a representative and the name and address of the representative and shall advise the chairman of the tribunal of the name and address of the representative.

22(2) A psychiatric patient advocate shall act as the representative of a person who is detained in a psychiatric facility under an examination certificate issued under section 7.1 of the Act, who is the subject of an application under section 8 or 12 of the Act or who is an involuntary patient if the person is unable to represent himself and the person is not otherwise represented and it would be detrimental, in the opinion of the psychiatric patient advocate, to the best interests of the person if the person was not represented.

2006-71

22.1(1) Notwithstanding that a person who is the subject of an application under section 8 or 12 of the Act has a representative, a psychiatric patient advocate has full party status to act before a tribunal dealing with the

19 Une audition peut être ajournée de temps à autre par une commission de recours de sa propre initiative ou à la demande de la personne qui fait l'objet de la demande ou de son représentant afin de se préparer pour l'audition.

20 Une commission de recours peut renoncer à la présence de la personne qui fait l'objet de la demande à l'audition lorsque le représentant de cette personne, le cas échéant, ou le défenseur des malades mentaux lorsque la dernière n'a pas de représentant, avise la commission de recours qu'à son avis, la présence de la personne à l'audition n'est pas requise.

2006-71

**SERVICES DE DÉFENSEUR DES MALADES
MENTAUX ET DÉFENSEURS
DES MALADES MENTAUX**

2006-71

21 L'administration d'un établissement psychiatrique doit fournir l'espace de bureau et les services de secrétariat dans l'établissement pour aider un service de défenseur des malades mentaux dans l'exercice de ses fonctions en vertu de la Loi et du présent règlement.

2006-71

22(1) Un défenseur des malades mentaux doit, dès qu'il apprend l'existence d'une demande en application de l'article 8 ou 12 de la Loi, s'assurer que la personne qui fait l'objet de la demande a un représentant, vérifier les nom et adresse de ce représentant et en aviser le président du tribunal.

22(2) Un défenseur des malades mentaux doit agir à titre de représentant d'une personne qui est détenue dans un établissement psychiatrique en vertu d'un certificat d'examen délivré en application de l'article 7.1 de la Loi ou qui fait l'objet d'une demande en application de l'article 8 ou 12 de la Loi ou qui est un malade en placement non volontaire si la personne, incapable de se représenter elle-même, n'est pas autrement représentée à l'audition et que, de l'avis du défenseur des malades mentaux, il serait préjudiciable à l'intérêt primordial de cette personne qu'elle ne soit pas représentée.

2006-71

22.1(1) Bien qu'une personne qui fait l'objet d'une demande en application de l'article 8 ou 12 de la Loi ait un représentant, un défenseur des malades mentaux a le statut intégral de partie pour agir devant le tribunal qui exa-

application and may call witnesses, cross-examine witnesses, make submissions and do such other things that he or she considers to be in the best interests of the person who is the subject of the application.

22.1(2) Nothing in subsection (1) requires a psychiatric patient advocate to act in any proceeding before a tribunal if the person referred to in subsection (1) has a representative.

96-109; 2006-71

FORMS

23(1) An examination certificate under section 7.1 of the Act shall be in Form 1.

23(2) An application to a tribunal under paragraph 8(1)(c) or subsection 12(1) of the Act shall be in Form 2.

23(3) An examination report under subsection 8(4) or subsection 12(1) of the Act shall be in Form 3.

23(4) A request to a tribunal under subsection 8.01(2) or subsection 12(1) of the Act shall be in Form 4.

23(5) A certificate of an attending psychiatrist under subsection 8.01(3) or subsection 12(1) of the Act shall be in Form 5.

23(6) A certificate under subsection 8.5(1) of the Act shall be in Form 6.

23(7) A certificate under subsection 8.5(2) of the Act shall be in Form 7.

23(8) A notice under subsection 8.5(4) of the Act shall be in Form 8.

23(9) An application under subsection 8.5(5) of the Act shall be in Form 9.

23(10) An application to a review board under subsection 8.6(5) of the Act shall be in Form 10.

23(11) An order for examination under subsection 9(1) of the Act shall be in Form 11.

mine la demande et peut citer des témoins, les contre-interroger, présenter des mémoires et faire toutes autres choses qu'il considère être dans l'intérêt primordial de la personne qui fait l'objet de la demande.

22.1(2) Aucune disposition du paragraphe (1) n'exige qu'un défenseur des malades mentaux n'agisse dans toute procédure engagée devant un tribunal, si la personne visée au paragraphe (1) a un représentant.

96-109; 2006-71

FORMULES

23(1) Le certificat d'examen visé à l'article 7.1 de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 1.

23(2) La demande à un tribunal visée à l'alinéa 8(1)c) ou au paragraphe 12(1) de la Loi doit être établie au moyen de la Formule 2.

23(3) Le rapport d'examen visé au paragraphe 8(4) ou 12(1) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 3.

23(4) La demande à un tribunal visée au paragraphe 8.01(2) ou 12(1) de la Loi doit être établie au moyen de la Formule 4.

23(5) Le certificat du psychiatre traitant visé au paragraphe 8.01(3) ou 12(1) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 5.

23(6) Le certificat visé au paragraphe 8.5(1) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 6.

23(7) Le certificat visé au paragraphe 8.5(2) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 7.

23(8) L'avis visé au paragraphe 8.5(4) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 8.

23(9) La demande visée au paragraphe 8.5(5) de la Loi doit être établie au moyen de la Formule 9.

23(10) La demande à la commission de recours visée au paragraphe 8.6(5) de la Loi doit être établie au moyen de la Formule 10.

23(11) L'ordonnance d'examen visée au paragraphe 9(1) de la Loi doit être établie au moyen de la Formule 11.

23(12) A first certificate of detention under paragraph 13(1)(a) of the Act shall be in Form 12.

23(13) A second certificate of detention under paragraph 13(1)(b) of the Act shall be in Form 13.

23(14) A third or subsequent certificate of detention under paragraph 13(1)(c) of the Act shall be in Form 14.

23(15) An application to a review board under subsection 13(3) of the Act shall be in Form 15.

23(16) A notice of change to voluntary status under subsection 13(9) of the Act shall be in Form 16.

23(17) An application to the review board under subsection 16.1(3) of the Act shall be in Form 17.

23(18) An order for return under subsection 24(2) of the Act shall be in Form 18.

23(19) A memorandum of transfer under subsection 25(1) of the Act shall be in Form 19.

23(20) An order for transfer under subsection 27(1) of the Act shall be in Form 20.

23(21) An application for approval by a review board for an order to transfer under subsection 27(3) of the Act shall be in Form 21.

23(22) An order for transfer and admission under subsection 28(1) of the Act shall be in Form 22.

23(23) An application to a review board under subsection 30.1(1) of the Act shall be in Form 23.

23(24) An application to a review board under subsection 30.2(1) of the Act shall be in Form 24.

23(12) Le premier certificat de détention visé à l'alinéa 13(1)a) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 12.

23(13) Le deuxième certificat de détention visé à l'alinéa 13(1)b) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 13.

23(14) Le troisième certificat de détention ou le certificat de détention subséquent visé à l'alinéa 13(1)c) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 14.

23(15) La demande à une commission de recours visée au paragraphe 13(3) de la Loi doit être établie au moyen de la Formule 15.

23(16) L'avis de changement en placement volontaire visé au paragraphe 13(9) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 16.

23(17) La demande à la commission de recours visée au paragraphe 16.1(3) de la Loi doit être établie au moyen de la Formule 17.

23(18) L'ordre de réintégration visé au paragraphe 24(2) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 18.

23(19) La note de transfert visée au paragraphe 25(1) de la Loi doit être établie au moyen de la Formule 19.

23(20) L'ordre de transfert visé au paragraphe 27(1) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 20.

23(21) La demande d'approbation par une commission de recours relative à un ordre de transfert visé au paragraphe 27(3) de la Loi doit être établie au moyen de la Formule 21.

23(22) L'ordre de transfert et d'admission visé au paragraphe 28(1) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 22.

23(23) La demande à une commission de recours visée au paragraphe 30.1(1) de la Loi doit être établie au moyen de la Formule 23.

23(24) La demande à une commission de recours visée au paragraphe 30.2(1) de la Loi doit être établie au moyen de la Formule 24.

23(25) A certificate of an attending psychiatrist under subsection 30.2(2) of the Act shall be in Form 25.

23(26) An application to a review board under subsection 30.3(1) of the Act shall be in Form 26.

23(27) A certificate of an attending psychiatrist under paragraph 30.3(2)(a) of the Act shall be in Form 27.

23(28) An application for review of involuntary status under subsection 31(1) of the Act shall be in Form 28.

23(29) An application to a review board under subsection 31.1(1) of the Act shall be in Form 29.

23(30) A certificate of incompetence under subsection 36(3) of the Act shall be in Form 30.

23(31) A notice of cancellation under section 39 of the Act shall be in Form 31.

23(32) A notice of continuance under subsection 40(2) of the Act shall be in Form 32.

23(33) An application for review under subsection 42(1) of the Act shall be in Form 33.

24 Where an attending psychiatrist makes a request for an order authorizing the giving of routine clinical medical treatment without consent, the attending psychiatrist shall prepare and attach to the request an attending psychiatrist's certificate in Form 34.

25 Where the Public Trustee becomes a committee of the estate of a patient in a psychiatric facility, the administrator of the psychiatric facility shall obtain and forward a completed financial statement in Form 35 to the Public Trustee.

2008-61

GENERAL

26 Where the administrator of a psychiatric facility has issued an order under subsection 24(2) of the Act and has notified peace officers or other persons of the order,

23(25) Le certificat d'un psychiatre traitant visé au paragraphe 30.2(2) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 25.

23(26) La demande à une commission de recours visée au paragraphe 30.3(1) de la Loi doit être établie au moyen de la Formule 26.

23(27) Le certificat d'un psychiatre traitant visé à l'alinéa 30.3(2)a) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 27.

23(28) La demande d'enquête sur le placement non volontaire visée au paragraphe 31(1) de la Loi doit être établie au moyen de la Formule 28.

23(29) La demande à une commission de recours visée au paragraphe 31.1(1) de la Loi doit être établie au moyen de la Formule 29.

23(30) Le certificat d'incapacité visé au paragraphe 36(3) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 30.

23(31) L'avis d'annulation visé à l'article 39 de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 31.

23(32) L'avis de prolongement visé au paragraphe 40(2) de la Loi doit être établi au moyen de la Formule 32.

23(33) La demande d'enquête visée au paragraphe 42(1) de la Loi doit être établie au moyen de la Formule 33.

24 Lorsqu'un psychiatre traitant fait une demande d'ordonnance autorisant l'administration sans consentement d'un traitement médical clinique de routine, il doit préparer un certificat du psychiatre traitant selon la Formule 34 et le joindre à la demande.

25 Lorsque le curateur public devient un curateur aux biens d'un malade dans un établissement psychiatrique, l'administrateur de l'établissement psychiatrique obtient un état financier complet préparé selon la formule 35 qu'il envoie au curateur public.

2008-61

GÉNÉRALITÉS

26 L'administrateur d'un établissement psychiatrique qui a délivré un ordre en application du paragraphe 24(2) de la Loi et qui l'a notifié aux agents de la paix ou autres

the administrator shall advise such peace officers or other persons when the patient returns or is returned.

26.1 Repealed: 2008-61
94-106; 2008-61

27 The administrator of a psychiatric facility shall provide forms for applications under the Act with envelopes pre-addressed to the chairman of the review board having jurisdiction to any person who wishes to make an application to the review board under the Act and who requests a form.

REPEAL

28 *New Brunswick Regulation 84-284 under the Mental Health Act is repealed.*

COMMENCEMENT

29 *This Regulation comes into force on May 1, 1994.*

personnes doit les aviser du retour ou de la réintégration du malade.

26.1 Abrogé : 2008-61
94-106; 2008-61

27 L'administrateur d'un établissement psychiatrique doit fournir les formules de demande en application de la Loi avec des enveloppes préadressées au président de la commission de recours compétente à toute personne qui veut faire une demande à la commission de recours en application de la Loi et qui demande une formule.

ABROGATION

28 *Le Règlement du Nouveau-Brunswick 84-284 établi en vertu de la Loi sur la santé mentale est abrogé.*

ENTRÉE EN VIGUEUR

29 *Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} mai 1994.*

SCHEDULE A

Centracare Saint John, Saint John
 Restigouche Hospital Center, Campbellton
 Campbellton Regional Hospital, Campbellton
 Dr. Everett Chalmers Hospital, Fredericton
 Dr. Georges L. Dumont Hospital, Moncton
 The Moncton Hospital, Moncton
 Saint John Regional Hospital, Saint John
 Chaleur Regional Hospital, Bathurst
 Edmundston Regional Hospital, Edmundston
 Shepody Healing Centre, Dorchester
 Miramichi Regional Hospital, Miramichi
 St. Joseph's Hospital, Saint John
 94-69; 97-30; 2000-53; 2001-92; 2004-107

ANNEXE A

Centracare Saint John, Saint John
 Centre hospitalier Restigouche, Campbellton
 Hôpital régional de Campbellton, Campbellton
 Hôpital Dr Everett Chalmers, Fredericton
 Hôpital Dr Georges L. Dumont, Moncton
 The Moncton Hospital, Moncton
 Hôpital régional de Saint-Jean, Saint John
 Hôpital régional Chaleur, Bathurst
 Hôpital régional d'Edmundston, Edmundston
 Centre de rétablissement Shepody, Dorchester
 Hôpital régional de Miramichi, Miramichi
 St. Joseph's Hospital, Saint John
 94-69; 97-30; 2000-53; 2001-92; 2004-107

SCHEDULE B

Community Mental Health Centre, Bathurst
 Community Mental Health Centre, Campbellton
 Community Mental Health Centre, Caraquet
 Community Mental Health Centre, Chatham
 Community Mental Health Centre, Edmundston
 Community Mental Health Centre, Fredericton
 Community Mental Health Centre, Grand Falls
 Community Mental Health Centre, Moncton
 Community Mental Health Centre, Kent
 Community Mental Health Centre, Saint John
 Community Mental Health Centre, St. Stephen
 Community Mental Health Centre, Sussex
 Community Mental Health Centre, Woodstock
 96-108

ANNEXE B

Centre de santé mentale communautaire, Bathurst
 Centre de santé mentale communautaire, Campbellton
 Centre de santé mentale communautaire, Caraquet
 Centre de santé mentale communautaire, Chatham
 Centre de santé mentale communautaire, Edmundston
 Centre de santé mentale communautaire, Fredericton
 Centre de santé mentale communautaire, Grand-Sault
 Centre de santé mentale communautaire, Moncton
 Centre de santé mentale communautaire, Kent
 Centre de santé mentale communautaire, Saint-Jean
 Centre de santé mentale communautaire, Saint Stephen
 Centre de santé mentale communautaire, Sussex
 Centre de santé mentale communautaire, Woodstock
 96-108

FORM 1**EXAMINATION CERTIFICATE**

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.7.1)

I, _____ of _____,
(Name of Physician) (Address)
being a physician practising in the Province of New
Brunswick, state that I personally examined
_____ of _____ on the
(Name of Person Examined) (Address)
____ day of _____, 19____, and made careful
inquiry into all of the facts necessary to form an
opinion as to the nature or degree of the mental dis-
order of the person examined.

I am of the opinion the person examined may be suf-
fering from a mental disorder of a nature or degree
so as to require hospitalization in the interests of the
person's own safety or the safety of others and is not
suitable for admission as a voluntary patient.

The facts upon which I formed my opinion as to the
nature or degree of the mental disorder are as fol-
lows:

A. Facts observed by me

B. Facts communicated to me by others (provide
names and addresses)

Signed this ____ day of _____, 19____.

Signature of Physician

NOTE: This examination certificate is not effective
unless it is signed and issued by the physician
within seven days after the physician examined the
person who is the subject of the examination certifi-
cate.

FORMULE 1**CERTIFICAT D'EXAMEN**

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, art.7.1)

Je soussigné(e) _____ de _____,
(nom du médecin) (adresse)
médecin pratiquant dans la province du Nouveau-
Brunswick, déclare que j'ai personnellement examiné
_____ de _____
(nom de la personne examinée) (adresse)
le _____ 19____, et j'ai soigneusement enquêté
sur tous les faits que j'ai dû considérer pour fonder
mon avis quant à la nature ou au degré de gravité du
trouble mental de la personne examinée.

Je suis d'avis que celle-ci peut être atteinte d'un
trouble mental dont la nature ou le degré de gravité
sont tels qu'ils rendent nécessaire son hospitalisa-
tion dans l'intérêt de sa propre sécurité ou de la sé-
curité d'autrui, et qu'elle n'est pas justiciable d'ad-
mission à titre de malade en placement volontaire.

Les faits sur lesquels j'ai fondé mon avis quant à la
nature et au degré de gravité du trouble mental sont
les suivants :

A. Faits que j'ai observés

B. Faits qui m'ont été communiqués par d'autres
personnes (donner les noms et adresses)

Signé le _____ 19____.

Signature du médecin

REMARQUE : Le présent certificat d'examen est
sans effet s'il n'est pas signé et délivré par le méde-
cin dans les sept jours qui suivent l'examen par le
médecin de la personne qui en fait l'objet.

FORM 2

APPLICATION FOR ADMISSION OF A PERSON AS AN INVOLUNTARY PATIENT

(*Mental Health Act*, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.8(1)(c), s.12(1))

I, _____ of _____ ,
(Name of (Address)
Attending Psychiatrist)

being a psychiatrist practising in the Province of New Brunswick, state that I have observed, examined and assessed _____ who is
(Name of Person)

(Check one)

- the subject of an examination certificate under section 7.1 of the *Mental Health Act*.
- the subject of an order for examination made by a judge under the *Mental Health Act*.
- presently a voluntary patient in a psychiatric facility.

I hereby apply for an order that the person be admitted to a psychiatric facility as an involuntary patient as I am of the opinion that

- (a) the person suffers from a mental disorder,
- (b) the person's recent behaviour presents a substantial risk of imminent physical or psychological harm to the person or to others,
- (c) the person is not suitable for admission as a voluntary patient or to be continued as a voluntary patient, as the case may be, and
- (d) less restrictive alternatives would be inappropriate.

FORMULE 2

DEMANDE D'ADMISSION D'UNE PERSONNE À TITRE DE MALADE EN PLACEMENT NON VOLONTAIRE

(*Loi sur la santé mentale*, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, al.8(1)c), para.12(1))

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

psychiatre pratiquant dans la province du Nouveau-Brunswick, déclare que j'ai observé, examiné et évalué _____ qui
(nom de la personne)

(Cocher l'une des cases)

- fait l'objet d'un certificat d'examen visé à l'article 7.1 de la *Loi sur la santé mentale*.
- fait l'objet d'une ordonnance d'examen rendue par un juge en application de la *Loi sur la santé mentale*.
- est actuellement un malade en placement volontaire dans un établissement psychiatrique.

Je demande par les présentes une ordonnance d'admission de cette personne dans un établissement psychiatrique à titre de malade en placement non volontaire puisque je suis d'avis

- a) que cette personne est atteinte d'un trouble mental,
- b) que le comportement récent de cette personne risque sérieusement de causer un tort physique ou psychologique imminent à elle-même ou à autrui,
- c) que la personne n'est pas justiciable d'une admission ou d'une continuation, selon le cas, à titre de malade en placement volontaire, et
- d) que des mesures moins contraignantes seraient inappropriées.

Dated this ____ day of _____, 19 ____.

Fait le _____ 19 ____.

Signature of Attending Psychiatrist_____
Signature du psychiatre traitant

NOTE: Where a person is detained by the administrator under the authority of an examination certificate issued under section 7.1 of the Act or of an order for examination made by a judge under the Act, this application must be filed with the chairman of the tribunal having jurisdiction within 72 hours after the detention.

This application must be accompanied by an Examination Report (Form 3) signed by the attending psychiatrist.

REMARQUE : Lorsqu'une personne est détenue par l'administrateur en application d'un certificat d'examen délivré en application de l'article 7.1 de la Loi ou d'une ordonnance d'examen rendue par un juge en application de la Loi, la présente demande doit être déposée auprès du président du tribunal compétent dans les 72 heures qui suivent la détention.

La présente demande doit être accompagnée d'un rapport d'examen (Formule 3) signé par le psychiatre traitant.

FORM 3**EXAMINATION REPORT**

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.8(4), s.12(1))

I, _____ of _____ ,
(Name of
Attending Psychiatrist) (Address)
 being a psychiatrist practising in the Province of
 New Brunswick, state that I personally examined
 _____ of _____ on the
(Name of Person Examined) (Address)
 ____ day of _____, 19 ____ , who is subject of
 the attached application for an order that the person
 be admitted to a psychiatric facility as an involun-
 tary patient.

I have made careful inquiry into all the facts neces-
 sary for me to form the opinion that

- (a) the person suffers from a mental disorder,
- (b) the person's recent behavior presents a sub-
 stantial risk of imminent physical or psychologi-
 cal harm to the person or to others,
- (c) the person is not suitable for admission as a
 voluntary patient or to be continued as a volun-
 tary patient, as the case may be, and
- (d) less restrictive alternatives would be inap-
 propriate.

The facts on which my opinion was formed are as
 follows:

- A. Facts observed by me

- B. Facts communicated to me by others (provide
 names and addresses)

FORMULE 3**RAPPORT D'EXAMEN**

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.8(4), 12(1))

Je soussigné(e) _____ de _____ ,
(nom du
psychiatre traitant) (adresse)
 psychiatre pratiquant dans la province du Nouveau-
 Brunswick, déclare que j'ai personnellement
 examiné _____ de _____
(nom de la personne examinée) (adresse)
 le _____ 19 ____ qui fait l'objet de la
 demande ci-jointe d'une ordonnance d'admission
 de cette personne dans un établissement psychiatri-
 que à titre de malade en placement non volontaire.

J'ai soigneusement enquêté sur tous les faits néces-
 saires pour fonder l'avis

- a) que cette personne est atteinte d'un trouble
 mental,
- b) que le comportement récent de cette per-
 sonne risque sérieusement de causer un tort phy-
 sique ou psychologique imminent à elle-même
 ou à autrui,
- c) que la personne n'est pas justiciable d'une
 admission ou d'une continuation, selon le cas, à
 titre de malade en placement volontaire, et
- d) que des mesures moins contraignantes se-
 raient inappropriées.

Les faits sur lesquels j'ai fondé mon avis sont les
 suivants :

- A. Faits que j'ai observés

- B. Faits qui m'ont été communiqués par d'autres
 personnes (donner les noms et adresses)

The nature or degree of the mental disorder suffered by the person is as follows (describe):

La nature ou le degré du trouble mental dont la personne est atteinte est comme suit : (décrire)

The reason(s) on which I rely in forming my opinion and making the diagnosis is(are) as follows:

Les raisons sur lesquelles j'ai fondé mon avis et mon diagnostic sont comme suit :

Dated this ____ day of _____, 19____.

Fait le _____ 19____.

Signature of Attending Psychiatrist

Signature du psychiatre traitant

FORM 4

**REQUEST FOR ORDER AUTHORIZING
THE GIVING OF ROUTINE CLINICAL
MEDICAL TREATMENT WITHOUT
CONSENT**

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.8.01(2), s.12(1))

I, _____ of _____ ,
(Name of (Address)
Attending Psychiatrist)
being the attending psychiatrist of _____
(Name of Person)
of _____ , a person who is the subject of
(Address)
an application under [] section 8 of the Act or []
section 12 of the Act, request an order authorizing
the giving of routine clinical medical treatment
without consent because the person

(Check one)

- [] has not reached the age of sixteen years.
- [] has reached the age of sixteen years but is not,
in my opinion, mentally competent to give or
refuse to give consent in relation to routine
clinical medical treatment.
- [] has reached the age of sixteen years and is, in
my opinion, mentally competent to give or
refuse to give consent in relation to routine
clinical medical treatment, but refuses to give
consent in relation to such treatment.

Dated this ___ day of _____, 19__.

Signature of Attending Psychiatrist

NOTE: This request must be accompanied by a
Certificate of Attending Psychiatrist (Form 5) if the
attending psychiatrist is requesting an order autho-
rizing the giving of routine clinical medical treat-
ment without consent to a person who has reached
the age of sixteen years.

This request must also be accompanied by an At-
tending Psychiatrist's Certificate (Form 34).

FORMULE 4

**DEMANDE D'ORDONNANCE
AUTORISANT L'ADMINISTRATION SANS
CONSENTEMENT D'UN TRAITEMENT
MÉDICAL CLINIQUE DE ROUTINE**

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.8.01(2), 12(1))

Je soussigné(e) _____ de _____ ,
(nom du (adresse)
psychiatre traitant)
psychiatre traitant de _____ de
(nom de la personne)
_____ , faisant l'objet d'une demande visée
(adresse)
à [] l'article 8 de la Loi ou à [] l'article 12 de la
Loi, demande une ordonnance autorisant l'adminis-
tration sans consentement d'un traitement médical
clinique de routine parce que cette personne

(Cocher l'une des cases)

- [] est âgée de moins de seize ans.
- [] est âgée d'au moins seize ans mais n'est pas, à
mon avis, capable mentalement de donner ou
de refuser de donner son consentement au trai-
tement médical clinique de routine.
- [] est âgée d'au moins seize ans et est, à mon avis,
capable mentalement de donner ou de refuser
de donner son consentement au traitement mé-
dical clinique de routine, mais refuse de donner
son consentement à un tel traitement.

Fait le _____ 19__.

Signature du psychiatre traitant

REMARQUE : La présente demande doit être ac-
compagnée d'un certificat du psychiatre traitant
(Formule 5), si celui-ci introduit une demande d'or-
donnance l'autorisant à administrer sans consente-
ment un traitement médical clinique de routine à
une personne âgée d'au moins seize ans.

Cette demande doit également être accompagnée
d'un certificat du psychiatre traitant (Formule 34).

FORM 5

**CERTIFICATE OF ATTENDING
PSYCHIATRIST**

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.8.01(3), s.12(1))

I, _____ of _____ ,
(Name of
Attending Psychiatrist) (Address)
 am the attending psychiatrist of _____
(Name of Person)
 who is the subject of an application under [] section
 8 of the Act or [] section 12 of the Act.

I am requesting an order authorizing the giving of
 routine clinical medical treatment without consent
 to the person who has reached the age of sixteen
 years.

In my opinion, the person

(Check one)

- [] is not mentally competent to give or refuse to
 give consent in relation to routine clinical med-
 ical treatment.
- [] is mentally competent to give or refuse to give
 consent in relation to routine clinical medical
 treatment but refuses to give such consent.

The reasons for my opinion that the person to whom
 this certificate relates is not mentally competent to
 give or refuse to give consent in relation to routine
 clinical medical treatment are as follows:

Dated this ___ day of _____, 19__.

 Signature of Attending Psychiatrist

FORMULE 5

CERTIFICAT DU PSYCHIATRE TRAITANT

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.8.01(3), 12(1))

Je soussigné(e) _____ de _____ ,
(nom du
psychiatre traitant) (adresse)
 psychiatre traitant de _____
(nom de la personne)
 faisant l'objet d'une demande visée à [] l'article 8
 de la Loi ou à [] l'article 12 de la Loi.

Je demande une ordonnance autorisant l'adminis-
 tration sans consentement d'un traitement médical
 clinique de routine à cette personne âgée d'au moins
 seize ans.

À mon avis, la personne

(Cocher l'une des cases)

- [] n'est pas capable mentalement de donner ou de
 refuser de donner son consentement à un traite-
 ment médical clinique de routine.
- [] est capable mentalement de donner ou de refu-
 ser de donner son consentement à un traitement
 médical clinique de routine mais refuse de le
 donner.

Les raisons sur lesquelles j'ai fondé mon avis que la
 personne visée au présent certificat n'est pas capa-
 ble mentalement de donner ou de refuser de donner
 son consentement à un traitement médical clinique
 de routine sont les suivantes :

Fait le _____ 19__.

 Signature du psychiatre traitant

FORM 6

**CERTIFICATE OF MENTAL
INCOMPETENCE OF INVOLUNTARY
PATIENT TO GIVE OR REFUSE TO GIVE
CONSENT FOR VARIOUS PURPOSES**

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.8.5(1))*

To: The Administrator, _____
(Name of Psychiatric Facility)

I, _____ of _____,
(Name of Attending Psychiatrist) (Address)

am the attending psychiatrist of _____
(Name of Patient)

an involuntary patient who has reached the age of sixteen years.

I am of the opinion that the involuntary patient is not mentally competent to give or refuse to give consent for the purposes of

(Check one)

medical treatment that is not routine clinical medical treatment or other psychiatric treatment.

disclosure of information under section 17 of the Act.

a leave of absence under section 20 of the Act.

a transfer to and detention in a psychiatric facility in another jurisdiction under section 27 of the Act.

The reasons for my opinion that the person to whom the certificate relates is not mentally competent to give or refuse to give consent are as follows:

Dated this ____ day of _____, 19__.

Signature of Attending Psychiatrist

FORMULE 6

**CERTIFICAT D'INCAPACITÉ MENTALE
D'UN MALADE EN PLACEMENT NON
VOLONTAIRE POUR DONNER OU
REFUSER DE DONNER SON**

CONSENTEMENT À DES FINS DIVERSES
*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.8.5(1))*

Destinataire : L'administrateur _____
(nom de l'établissement
psychiatrique)

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

psychiatre traitant de _____,
(nom du malade)

malade en placement non volontaire âgé d'au moins seize ans.

Je suis d'avis que le malade en placement non volontaire n'est pas capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement aux fins

(Cocher l'une des cases)

d'un traitement médical autre qu'un traitement médical clinique de routine ou d'un autre traitement psychiatrique.

de divulgation de renseignements en application de l'article 17 de la Loi.

d'une autorisation d'absence en application de l'article 20 de la Loi.

de transfert et détention dans un établissement psychiatrique sous une autre autorité législative en application de l'article 27 de la Loi.

Les raisons sur lesquelles j'ai fondé mon avis que la personne visée au présent certificat n'est pas capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement sont les suivantes :

Fait le _____ 19__.

Signature du psychiatre traitant

FORM 7

**CERTIFICATE OF MENTAL
INCOMPETENCE OF PERSON WHO MAY
GIVE OR REFUSE TO GIVE CONSENT FOR
VARIOUS PURPOSES ON BEHALF OF AN
INVOLUNTARY PATIENT**

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.8.5(2))*

To: The Administrator, _____
(Name of Psychiatric Facility)

I, _____ of _____ ,
(Name of Attending Psychiatrist) (Address)
am the attending psychiatrist of _____ , an
(Name of Patient)
involuntary patient detained in _____ .
(Name of Psychiatric Facility)

I am of the opinion that _____ , of
(Name of Person)
_____, being a person who may give or
(Address of Person)

refuse to give consent in accordance with section 8.6 of the Act on behalf of the involuntary patient is not mentally competent to give or refuse to give consent on behalf of the involuntary patient for the purposes of

(Check one)

- [] medical treatment that is not routine clinical medical treatment or other psychiatric treatment under section 8.4 of the Act.
- [] disclosure of information under section 17 of the Act.
- [] a leave of absence under section 20 of the Act.
- [] transfer to and detention in a psychiatric facility in another jurisdiction under section 27 of the Act.

FORMULE 7

**CERTIFICAT D'INCAPACITÉ MENTALE
D'UNE PERSONNE QUI PEUT DONNER OU
REFUSER DE DONNER SON
CONSENTEMENT AU NOM D'UN MALADE
EN PLACEMENT NON VOLONTAIRE À DES
FINS DIVERSES**

*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.8.5(2))*

Destinataire : L'administrateur _____
(nom de l'établissement
psychiatrique)

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)
je suis d'avis que _____ de
(nom de la personne)
_____ qui peut donner ou
(adresse de la personne)

refuser de donner son consentement conformément à l'article 8.6 de la Loi au nom du malade en placement non volontaire, n'est pas capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement au nom du malade en placement non volontaire aux fins

(Cocher l'une des cases)

- [] d'un traitement médical autre qu'un traitement médical clinique de routine ou d'un autre traitement psychiatrique en application de l'article 8.4 de la Loi.
- [] de divulgation de renseignements en application de l'article 17 de la Loi.
- [] d'une autorisation d'absence en application de l'article 20 de la Loi.
- [] de transfert et détention dans un établissement psychiatrique sous une autre autorité législative en application de l'article 27 de la Loi.

The reasons for my opinion that the person to whom the certificate relates is not mentally competent to give or refuse to give consent are as follows:

Les raisons sur lesquelles j'ai fondé mon avis que la personne visée au certificat n'est pas capable mentalement de donner ou refuser de donner son consentement sont les suivantes :

Dated this ____ day of _____, 19____.

Fait le _____ 19____.

Signature of Attending Psychiatrist

Signature du psychiatre traitant

FORM 8

NOTICE

(*Mental Health Act*, R.S.N.B. 1973, c.M-10, s.8.5(4))

To: _____
(Name of Involuntary Patient or Person)

Attached to this notice please find a certificate of mental incompetence with respect to your mental incompetence in relation to the giving or refusing to give consent for various purposes under section 8.5 of the *Mental Health Act* [] on your own behalf or [] on behalf of _____

(Name of Involuntary Patient)

You are entitled to file an application in the prescribed form with _____

(Name and address of chairman of review board having jurisdiction)

for an inquiry into whether you are mentally competent to give or refuse to give consent under section 8.5 of the *Mental Health Act*.

Dated this ____ day of _____, 19__.

Signature of Administrator

Address of Administrator

FORMULE 8

AVIS

(*Loi sur la santé mentale*, L.R.N.-B. de 1973, chap.M-10, para.8.5(4))

Destinataire : _____
(nom du malade en placement non volontaire ou de la personne)

Joint au présent avis, veuillez trouver un certificat d'incapacité mentale relativement à votre incapacité mentale pour donner ou refuser de donner votre consentement à des fins diverses en application de l'article 8.5 de la *Loi sur la santé mentale* [] en votre propre nom ou [] au nom de _____

(nom du malade en placement non volontaire)

Vous avez le droit de déposer une demande établie selon la formule prescrite auprès de _____

(nom et adresse du président de la commission de recours compétente)

afin de déterminer si vous êtes capable mentalement de donner ou de refuser de donner votre consentement en application de l'article 8.5 de la *Loi sur la santé mentale*.

Fait le _____ 19__.

Signature de l'administrateur

Adresse de l'administrateur

FORM 9**APPLICATION TO REVIEW BOARD FOR
INQUIRY AS TO MENTAL COMPETENCE***(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.8.5(5))*

I, _____
(Name of Involuntary Patient or Person)
of _____,
(Address)

apply to the chairman of the review board for an inquiry as to whether I am mentally competent to give or refuse to give consent [] on my own behalf or [] on behalf of _____
(Name of Involuntary Patient)

for the purposes of

(Check one)

- [] medical treatment that is not routine clinical medical treatment or other psychiatric treatment.
- [] disclosure of information under section 17 of the Act.
- [] a leave of absence under section 20 of the Act.
- [] transfer to and detention in a psychiatric facility in another jurisdiction under section 27 of the Act.

Dated this ___ day of _____, 19__.

Signature of Involuntary Patient or Person

FORMULE 9**DEMANDE D'ENQUÊTE À LA
COMMISSION DE RECOURS SUR LA
CAPACITÉ MENTALE***(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.8.5(5))*

Je soussigné(e) _____
(nom du malade en placement
non volontaire ou de la personne)
de _____,
(adresse)

demande au président de la commission de recours de mener une enquête afin de déterminer si je suis capable mentalement de donner ou de refuser de donner mon consentement [] en mon propre nom ou [] au nom de _____
(nom du malade
en placement non volontaire)

aux fins

(Cocher l'une des cases)

- [] d'un traitement médical autre qu'un traitement médical clinique de routine ou d'un autre traitement psychiatrique.
- [] de divulgation des renseignements en application de l'article 17 de la Loi.
- [] d'une autorisation d'absence en application de l'article 20 de la Loi.
- [] de transfert et détention dans un établissement psychiatrique sous une autre autorité législative en application de l'article 27 de la Loi.

Fait le _____ 19__.

Signature du malade en placement
non volontaire ou de la personne

FORM 10

**APPLICATION TO REVIEW BOARD FOR
INQUIRY INTO WHETHER CONSENT
SHOULD BE GIVEN ON BEHALF OF AN
INVOLUNTARY PATIENT**

(*Mental Health Act*, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.8.6(5))

TO: The Chairman of the Review Board

I, _____ of _____ ,
(Name of Person Seeking Consent) (Address)
apply for an inquiry as to whether consent should be
given on behalf of _____ , an
(Name of Patient)
involuntary patient detained at _____ .
(Name of Psychiatric Facility)

I am seeking the consent because

(Check one)

- no person claims the authority to give or refuse to give consent on behalf of the involuntary patient under subsection 8.6(1) or (2) of the Act.
- two or more persons claim the authority to give or refuse to give consent on behalf of the involuntary patient under subsection 8.6(1) or (2) of the Act but do not agree.

I hereby apply to the review board to give consent on behalf of the above-named involuntary patient for the purposes of

FORMULE 10

**DEMANDE D'ENQUÊTE À UNE
COMMISSION DE RECOURS AFIN DE
DÉTERMINER SI UN CONSENTEMENT
DEVRAIT ÊTRE DONNÉ AU NOM D'UN MA-
LADE EN PLACEMENT NON
VOLONTAIRE**

(*Loi sur la santé mentale*, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.8.6(5))

Destinataire : Le président de la commission de re-
cours

Je soussigné(e) _____
(nom de la personne cherchant le consentement)
de _____ demande une enquête afin de
(adresse)
déterminer si un consentement devrait être donné au
nom de _____ , malade en placement non
(nom du malade)
volontaire détenu à _____ .
(nom de l'établissement psychiatrique)

Je cherche le consentement parce que

(Cocher l'une des cases)

- nulle personne ne prétend avoir l'autorisation de donner ou de refuser de donner son consentement au nom du malade en placement non volontaire en application du paragraphe 8.6(1) ou (2) de la Loi.
- deux ou plusieurs personnes prétendent avoir l'autorisation de donner ou de refuser de donner leur consentement au nom du malade en placement non volontaire en application du paragraphe 8.6(1) ou (2) de la Loi mais elles ne s'entendent pas.

Je demande par les présentes à la commission de recours de donner son consentement au nom du malade en placement non volontaire susmentionné aux fins

(Check one)

- medical treatment that is not routine clinical medical treatment or other psychiatric treatment.
- disclosure of information under section 17 of the Act.
- a leave of absence under section 20 of the Act.
- transfer to and detention in a psychiatric facility in another jurisdiction under section 27 of the Act.

(Cocher l'une des cases)

- d'un traitement médical autre qu'un traitement médical clinique de routine ou d'un autre traitement psychiatrique.
- de divulgation des renseignements en application de l'article 17 de la Loi.
- d'une autorisation d'absence en application de l'article 20 de la Loi.
- de transfert et détention dans un établissement psychiatrique sous une autre autorité législative en application de l'article 27 de la Loi.

Dated this ___ day of _____, 19__.

Fait le _____ 19__.

Signature of Applicant

Signature du requérant

FORM 11

ORDER FOR EXAMINATION
(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.9(1))

To any peace officer in the Province of
New Brunswick

OR

To _____ in the County of _____,
nearest relative of the person to be examined

Whereas information upon oath (*or* solemn affirma-
tion) has this day been brought before the under-
signed, a judge of the Provincial Court sitting in

_____ (location)

by _____ of _____
(name of informant) (address of informant)

that the informant believes that _____

_____ (name or description of person)

of _____ (address of person)

is suffering from a mental disorder and should be
examined in the interest of the person's own safety
or the safety of others,

And whereas I am satisfied that such examination is
necessary and the person refuses to submit to a med-
ical examination,

And whereas I am satisfied that the person named or
described in the order is or will be present at _____,
(address of dwelling),

And whereas I have made due inquiry into all of the
facts to form a satisfactory opinion,

FORMULE 11

ORDONNANCE D'EXAMEN
(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B.
de 1973, chap.M-10, para.9(1))

Destinataire : Un agent de la paix de la province
du Nouveau-Brunswick

OU

_____ du comté de _____,
parent le plus proche de la personne à examiner.

Attendu que les informations sous serment (*ou* sous
affirmation solennelle) remises à ce jour au soussi-
gné, juge de la Cour provinciale siégeant à _____

_____ par _____
(lieu) (nom de l'informateur)

de _____ (adresse de l'informateur)

selon lesquelles l'informateur croit que _____

_____ (nom ou description de la personne)

de _____ (adresse de la personne)

est atteinte d'un trouble mental et devrait être exa-
minée dans l'intérêt de sa propre sécurité ou de celle
d'autrui,

Et attendu que je suis convaincu qu'un tel examen
est nécessaire et que la personne refuse de se sou-
mettre à un examen médical,

Et attendu que je suis convaincu que la personne
nommée ou décrite dans l'ordre est ou sera présente
à _____ (adresse de l'habitation),

Et attendu que j'ai dûment enquêté sur tous les faits
pour fonder un avis concluant,

I hereby authorize you, the said peace officers, or any of you, to enter the dwelling at _____ and order you to take into custody (address of dwelling)

Par les présentes, je vous autorise, vous agents de la paix, ou l'un d'entre vous, à pénétrer dans l'habitation à _____ et vous (adresse de l'habitation)

the said _____ (name or description of person to be examined)

ordonne de prendre sous votre garde _____ (nom ou description de la personne à examiner)

and take that person to a medical facility, physician's office or psychiatric facility where the person may be detained for medical examination.

et de conduire cette personne à un centre médical, au bureau d'un médecin ou à un établissement psychiatrique où elle peut être détenue pour un examen médical.

OR

OU

I hereby order you, the nearest relative of the person to be examined, to take into custody the said _____ (name of person to be examined)

Par les présentes, je vous ordonne, vous le parent le plus proche de la personne à examiner, de prendre sous votre garde _____ (nom ou description de la personne à examiner)

and take that person to a medical facility, physician's office or psychiatric facility where the person may be detained for medical examination.

et de conduire cette personne à un centre médical, au bureau d'un médecin ou à un établissement psychiatrique où elle peut être détenue pour un examen médical.

Dated this ___ day of _____, 20__.

Fait le _____ 20__.

Judge of the Provincial Court

Juge de la Cour provinciale

NOTE: This order is authority for any person to whom it is directed to take into custody the person named or described in the order and to take that person to a medical facility, physician's office or psychiatric facility where the person named or described may be detained for medical examination.

REMARQUE : La présente ordonnance donne autorisation à son destinataire de prendre sous sa garde la personne nommée ou décrite dans l'ordonnance et de la conduire à un centre médical, au bureau d'un médecin ou à un établissement psychiatrique où la personne nommée ou décrite peut être détenue pour un examen médical.

2000-52

2000-52

FORM 12

FIRST CERTIFICATE OF DETENTION

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.13(1)(a))

I, _____ of _____ ,
(Name of Attending Psychiatrist) (Address)
being the attending psychiatrist of _____
(Name of Person)
an involuntary patient detained at _____
(Name of Psychiatric Facility)
state that I personally examined the person on the
_____ day of _____ , 19 ____ .

I am of the opinion that

- (a) the person suffers from a mental disorder,
- (b) the person's recent behavior presents a substantial risk of imminent physical or psychological harm to the person or to others,
- (c) the person is not suitable for admission as a voluntary patient, and
- (d) less restrictive alternatives would be inappropriate.

This first certificate of detention continues the detention period of the person from the _____ day of _____ , 19____ to the _____ day of _____ , 19____ .

Dated this ____ day of _____ , 19 ____.

Signature of Attending Psychiatrist

NOTE: A first certificate of detention may continue the detention period for not more than one month after the authorized period of detention under an order made by a tribunal under section 8.1 of the Act.

FORMULE 12

PREMIER CERTIFICAT DE DÉTENTION

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, al.13(1)a))

Je soussigné(e) _____ de _____ ,
(nom du psychiatre traitant) (adresse)
psychiatre traitant de _____ ,
(nom de la personne)
malade en placement non volontaire détenu à _____
(nom de l'établissement psychiatrique)
déclare que j'ai personnellement examiné cette personne le _____ 19 ____ .

Je suis d'avis

- a) que la personne est atteinte d'un trouble mental,
- b) que le comportement récent de la personne risque sérieusement de causer un tort physique ou psychologique imminent à elle-même ou à autrui,
- c) que la personne n'est pas justiciable d'une admission à titre de malade en placement volontaire, et
- d) que des mesures moins contraignantes seraient inappropriées.

Le présent premier certificat de détention prolonge la période de détention de la personne du _____ 19____ au _____ 19 ____ .

Fait le _____ 19 ____.

Signature du psychiatre traitant

REMARQUE : Un premier certificat de détention peut prolonger la période de détention d'un mois au plus après la période de détention autorisée en vertu d'une ordonnance rendue par un tribunal en application de l'article 8.1 de la Loi.

FORM 13

SECOND CERTIFICATE OF DETENTION

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.13(1)(b))

We, the undersigned, being psychiatrists practising in the Province of New Brunswick state as follows:

1. That I, _____ of
(Name of Attending Psychiatrist)
_____ am the attending
(Address)
psychiatrist of _____, an involuntary
(Name of Person)
patient detained at _____, and
(Name of Psychiatric Facility)
that I have personally examined the said person.

2. That I, _____ of
(Name of Second Psychiatrist)
_____ have also personally
(Address)
examined the above-named person.

3. That we are of the opinion that

- (a) the person suffers from a mental disorder,
- (b) the person's recent behaviour presents a substantial risk of imminent physical or psychological harm to the person or to others,
- (c) the person is not suitable for admission as a voluntary patient, and
- (d) less restrictive alternatives would be inappropriate.

This second certificate of detention continues the detention period of the person from the ____ day of _____, 19____ to the ____ day of _____, 19____.

Dated this ____ day of _____, 19____.

Signature of Attending Psychiatrist

Signature of Second Psychiatrist

NOTE: A second certificate of detention may continue the detention period for not more than two months after the date of expiration of the first certificate of detention.

FORMULE 13

DEUXIÈME CERTIFICAT DE DÉTENTION

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, al.13(1)(b))

Nous, les soussignés, psychiatres pratiquant dans la province du Nouveau-Brunswick, déclarons ce qui suit :

1. Que je suis _____ de
(nom du psychiatre traitant)
_____ , psychiatre traitant de
(adresse)
_____ , malade en placement non
(nom de la personne)
volontaire détenu à _____
(nom de l'établissement psychiatrique)
et que j'ai personnellement examiné cette personne.

2. Que je suis _____ de
(nom du deuxième psychiatre)
_____ ,
(adresse)
et que j'ai aussi examiné personnellement la personne susnommée.

3. Que nous sommes d'avis

- a) que la personne est atteinte d'un trouble mental,
- b) que le comportement récent de la personne risque sérieusement de causer un tort physique ou psychologique imminent à elle-même ou à autrui,
- c) que la personne n'est pas justiciable d'une admission à titre de malade en placement volontaire, et
- d) que des mesures moins contraignantes seraient inappropriées.

Le présent deuxième certificat de détention prolonge la période de détention de la personne du _____ 19____ au _____ 19____.

Fait le _____ 19____.

Signature du psychiatre traitant

Signature du deuxième psychiatre

REMARQUE : Un deuxième certificat de détention peut prolonger la période de détention d'au plus deux mois après la date d'expiration du premier certificat de détention.

FORM 14

**THIRD OR SUBSEQUENT CERTIFICATE OF
DETENTION***(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.13(1)(c))*

The review board, on the recommendation of _____, and upon review of the
(Name of Attending Psychiatrist)
facts of the case in respect of _____, an
(Name of Person)
involuntary patient detained at _____,
(Name of
Psychiatric Facility)
is of the opinion that

- (a) the person suffers from a mental disorder,
- (b) the person's recent behaviour presents a substantial risk of imminent physical or psychological harm to the person or to others,
- (c) the person is not suitable for admission as a voluntary patient, and
- (d) less restrictive alternative would be inappropriate.

This _____ certificate of detention con-
(Third or subsequent -
state number)
tinues the detention period of the person from the
day of _____, 19____ to the _____ day of
_____, 19____.

Dated this ____ day of _____, 19____.

Signature of Chairman
of Review Board

NOTE: A third or subsequent certificate of detention may continue the detention period for not more than three months after the date of expiration of the last certificate issued.

FORMULE 14

**TROISIÈME CERTIFICAT DE DÉTENTION
OU CERTIFICAT DE DÉTENTION
SUBSÉQUENT***(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, al.13(1)c))*

La commission de recours, sur la recommandation de _____ et après révision des
(nom du psychiatre traitant)
faits du cas relatif à _____, malade en
(nom de la personne)
placement non volontaire détenu à _____
(nom de l'établissement
psychiatrique)
est d'avis

- a) que la personne est atteinte d'un trouble mental,
- b) que le comportement récent de la personne risque sérieusement de causer un tort physique ou psychologique imminent à elle-même ou à autrui,
- c) que la personne n'est pas justiciable d'une admission à titre de malade en placement volontaire, et
- d) que des mesures moins contraignantes seraient inappropriées.

Le présent _____ certificat de dé-
(troisième ou subséquent -
donner le numéro)
tention prolonge la période de détention de la per-
sonne du _____ 19____ au _____
19____.

Fait le _____ 19____.

Signature du président de
la commission de recours

REMARQUE : Un troisième certificat de détention ou un certificat de détention subséquent peut prolonger la période de détention d'au plus trois mois après la date d'expiration du dernier certificat délivré.

FORM 15**APPLICATION BY ATTENDING
PSYCHIATRIST TO THE REVIEW BOARD
FOR THE ISSUANCE OF THE THIRD OR
SUBSEQUENT CERTIFICATE OF
DETENTION***(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.13(3))*

I, _____ of _____ ,
(Name of
Attending Psychiatrist) (Address)
 being the attending psychiatrist of _____ ,
(Name of Person)
 an involuntary patient detained at _____
(Name of
Psychiatric Facility)
 state that I personally examined the person on the
 ____ day of _____, 19 ____ .

After making due inquiry into all the facts of the
 case, I am of the opinion that

- (a) the person suffers from a mental disorder,
- (b) the person's recent behaviour presents a
 substantial risk of imminent physical or psycho-
 logical harm to the person or to others,
- (c) the person is not suitable for admission as a
 voluntary patient, and
- (d) less restrictive alternatives would be inap-
 propriate.

The expiry date of the last certificate of detention
 issued is the ____ day of _____, 19 ____ .

I therefore recommend continued detention and ap-
 ply to the review board for the issuance of a
 _____ certificate of detention.

(Third or subsequent -
state number)

Dated this ____ day of _____, 19 ____ .

 Signature of Attending Psychiatrist

FORMULE 15**DEMANDE DU PSYCHIATRE TRAITANT À
LA COMMISSION DE RECOURS EN VUE DE
LA DÉLIVRANCE DU TROISIÈME
CERTIFICAT DE DÉTENTION OU D'UN
CERTIFICAT DE DÉTENTION
SUBSÉQUENT***(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.13(3))*

Je soussigné(e) _____ de _____ ,
(nom du
psychiatre traitant) (adresse)
 psychiatre traitant de _____ ,
(nom de la personne)
 malade en placement non volontaire détenu à

(nom de l'établissement psychiatrique)
 déclare que j'ai personnellement examiné cette per-
 sonne le _____ 19 ____ .

Après avoir dûment enquêté sur tous les faits du cas,
 je suis d'avis

- a) que la personne est atteinte d'un trouble
 mental,
- b) que le comportement récent de la personne
 risque sérieusement de causer un tort physique
 ou psychologique imminent à elle-même ou à
 autrui,
- c) que la personne n'est pas justiciable d'une
 admission à titre de malade en placement volon-
 taire, et
- d) que des mesures moins contraignantes se-
 raient inappropriées.

La date d'expiration du dernier certificat de déten-
 tion délivré est le _____ 19 ____ .

Je recommande par conséquent de prolonger la dé-
 tention et je demande à la commission de recours de
 délivrer un _____

(troisième ou subséquent -
donner le numéro)

certificat de détention.

Fait le _____ 19 ____ .

 Signature du psychiatre traitant

FORM 16

NOTICE OF CHANGE TO VOLUNTARY STATUS

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973, c.M-10, s.13(9))

To: The Administrator

Take notice that _____, an
(Name of Involuntary Patient)
involuntary patient detained at _____,
(Name of Psychiatric Facility)

whose authorized period of detention has not expired is continued as a voluntary patient as of the _____ day of _____, 19____.

Dated this ____ day of _____, 19____.

Signature of Attending Psychiatrist

Name of Attending Psychiatrist (printed)

Address of Attending Psychiatrist (printed)

FORMULE 16

AVIS DE CHANGEMENT EN PLACEMENT VOLONTAIRE

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973, chap.M-10, para.13(9))

Destinataire : L'administrateur

Soyez avisé que _____,
(nom du malade en placement non volontaire)
malade en placement non volontaire détenu à _____
(nom de l'établissement psychiatrique)

dont la période de détention n'est pas encore expirée est devenu un malade en placement volontaire à partir du _____ 19____.

Fait le _____ 19____.

Signature du psychiatre traitant

Nom du psychiatre traitant (imprimé)

Adresse du psychiatre traitant (imprimé)

FORM 17

APPLICATION FOR INQUIRY WITH RESPECT TO DISCLOSURE OF ALL OR PART OF A CLINICAL RECORD

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973, c.M-10, s.16.1(3))

TO: The Chairman of the Review Board

Whereas _____ of _____
(Name of Person) (Address)
has asked to examine the person's clinical record in _____, I, _____,
(Name of Psychiatric Facility) (Name of Administrator)

administrator of the psychiatric facility, apply to the review board for an inquiry into whether the disclosure of all or part of the clinical record is likely to result in serious harm to the treatment or recovery of the person while the person is a patient or is likely to result in serious physical or psychological harm to another person.

Dated this ___ day of _____, 19__.

Signature of Administrator

NOTE: This application must be made within seven days after the request to examine the clinical record.

FORMULE 17

DEMANDE D'ENQUÊTE SUR LA DIVULGATION DE TOUT OU PARTIE D'UN DOSSIER CLINIQUE

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973, chap.M-10, para.16.1(3))

Destinataire : Le président de la commission de recours

Attendu que _____ de _____
(nom de la personne) (adresse)
a demandé à examiner son dossier clinique à _____,
(nom de l'établissement psychiatrique)
je soussigné(e) _____, administrateur
(nom de l'administrateur)

de l'établissement psychiatrique, demande à la commission de recours de mener une enquête afin de déterminer si la divulgation de tout ou partie du dossier clinique peut vraisemblablement causer un tort sérieux au traitement ou au rétablissement de la personne alors qu'elle est malade ou causer vraisemblablement un tort physique ou psychologique sérieux à une autre personne.

Fait le _____ 19__.

Signature de l'administrateur

REMARQUE : La présente demande doit s'effectuer dans les sept jours de la demande d'examen du dossier clinique.

FORM 18

ORDER FOR RETURN
(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.24(2))

To any peace officer or to any other person

Whereas _____ is an involuntary patient
(Name of Patient)
and is absent from _____ without
(Name of
Psychiatric Facility)
authorization as of the ____ day of _____ ,
19 _____ ,

And whereas the patient's absence without authori-
zation became known to me on the _____ day of
_____, 19 _____ ,

I hereby order you or any of you to return the patient
to the said psychiatric facility and in the course of
returning the patient you are authorized to take and
detain the patient in a place of detention for a period
not exceeding seventy-two hours.

Dated this ____ day of _____, 19____.

Signature of Administrator

NOTE: This Order for Return is valid for fourteen
days after the patient's absence became known to
the administrator.

FORMULE 18

ORDRE DE RÉINTÉGRATION
(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.24(2))

Destinataire : Tout agent de la paix ou autre per-
sonne

Attendu que _____ , malade en placement
(nom du malade)
non volontaire est absent de _____
(nom de l'établissement
psychiatrique)
sans autorisation le _____ 19____ ,

Et attendu que j'ai pris connaissance de son absence
sans autorisation le _____ 19 _____ ,

J'ordonne par les présentes que vous ou l'un d'entre
vous ramène le malade audit établissement psychia-
trique et que, pour ce faire, vous soyez autorisé à
conduire et à détenir le malade dans un lieu de dé-
tention pour une période ne dépassant pas soixante-
douze heures.

Fait le _____ 19____.

Signature de l'administrateur

REMARQUE : Le présent ordre de réintégration est
valide pour quatorze jours à compter du moment où
l'administrateur a pris connaissance de l'absence du
malade.

FORM 19**MEMORANDUM OF TRANSFER**

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.25(1))

Upon the advice of _____, the
(Name of
Attending Psychiatrist)
attending psychiatrist of _____, I,
(Name of Patient)
_____, administrator of
(Name of Administrator)
_____, hereby transfer the patient
(Name of Psychiatric Facility)
to _____, arrangements
(Name of Other Psychiatric Facility)

having been made with the administrator of that
psychiatric facility.

Dated this ___ day of _____, 19__.

Signature of Administrator

FORMULE 19**NOTE DE TRANSFERT**

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.25(1))

Sur la recommandation de _____,
(nom du psychiatre traitant)
psychiatre traitant de _____
(nom du malade)
je soussigné(e) _____, administrateur
(nom de l'administrateur)
de _____ autorise par les
(nom de l'établissement psychiatrique)
présentes le transfert du malade à _____,
(nom de l'autre
établissement psychiatrique)
des arrangements ayant été passés avec l'adminis-
trateur de cet établissement psychiatrique.

Fait le _____ 19__.

Signature de l'administrateur

FORM 20

**ORDER FOR TRANSFER TO
PSYCHIATRIC FACILITY IN ANOTHER
JURISDICTION**

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.27(1))

Whereas I have reason to believe it would be in the best interests of _____ ,
(Name of Patient)
an involuntary patient in _____ ,
(Name of Psychiatric Facility)
to be hospitalized in _____
(Name of Psychiatric Facility
in Other Jurisdiction)
in _____ ,
(Name of Other Jurisdiction)

And whereas the laws respecting hospitalization in that other jurisdiction have been complied with,

And whereas [] the patient has consented to the transfer or [] the review board has approved the transfer,

I hereby order the patient's transfer to and detention in the psychiatric facility in the other jurisdiction.

Dated this ___ day of _____, 19__.

Signature of Executive Director

NOTE: This order must be accompanied by the consent of patient or the approval of the review board.

FORMULE 20

**ORDRE DE TRANSFERT À UN
ÉTABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE SOUS
UNE AUTRE AUTORITÉ LÉGISLATIVE**

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.27(1))

Attendu que j'ai des raisons de croire qu'il serait dans l'intérêt primordial de _____ , malade
(nom du malade)
en placement non volontaire à _____
(nom de l'établissement
psychiatrique)
d'être hospitalisé à _____
(nom de l'établissement psychiatrique
sous une autre autorité législative)
à _____ .
(nom de l'autre autorité législative)

Et attendu que les lois relatives à l'hospitalisation sous cette autre autorité législative ont été observées,

Et attendu que [] le malade a consenti au transfert ou que [] la commission de recours l'a approuvé,

j'ordonne par les présentes le transfert et la détention du malade à l'établissement psychiatrique sous l'autre autorité législative.

Fait le _____ 19__.

Signature du directeur exécutif

REMARQUE : Le présent ordre de transfert doit être accompagné du consentement du malade ou de l'approbation de la commission de recours.

FORM 21

**APPLICATION FOR APPROVAL BY
REVIEW BOARD FOR ORDER TO
TRANSFER TO PSYCHIATRIC FACILITY IN
ANOTHER JURISDICTION**

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.27(3))*

TO: The Chairman of the Review Board

Whereas it appears to me, the Executive Director,
that it would be in the best interests of

_____,
(Name of Patient)
an involuntary patient detained in _____

(Name of Psychiatric Facility)
to be hospitalized in _____
(Name and Address of Psychiatric
Facility in Other Jurisdiction)
in _____,
(Name of Other Jurisdiction)

And whereas the patient has not consented to the
transfer,

I hereby apply for approval for the transfer of the
patient to the psychiatric facility in the other juris-
diction.

Dated this ___ day of _____, 19__.

Signature of Executive Director

FORMULE 21

**DEMANDE D'APPROBATION DE LA
COMMISSION DE RECOURS
CONCERNANT L'ORDRE DE TRANSFERT À
UN ÉTABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE
SOUS UNE AUTRE AUTORITÉ
LÉGISLATIVE**

*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.27(3))*

Destinataire : Le président de la commission de re-
cours

Attendu qu'il m'apparaît, à moi directeur exécutif,
qu'il serait dans l'intérêt primordial de

_____,
(nom du malade)
malade en placement non volontaire détenu à
_____ d'être
(nom de l'établissement psychiatrique)
hospitalisé à _____
(nom et adresse de l'établissement psychiatrique
sous une autre autorité législative)
à _____,
(nom de l'autre autorité législative)

Et attendu que le malade n'a pas consenti au trans-
fert,

je demande par les présentes l'approbation de la
commission de recours pour le transfert du malade
à l'établissement psychiatrique sous l'autre autorité
législative.

Fait le _____ 19__.

Signature du directeur exécutif

FORM 22

FORMULE 22

**ORDER FOR TRANSFER AND ADMISSION
OF A PATIENT TO A PSYCHIATRIC
FACILITY IN NEW BRUNSWICK**

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.28(1))*

**ORDRE DE TRANSFERT ET D'ADMISSION
D'UN MALADE À UN ÉTABLISSEMENT
PSYCHIATRIQUE AU
NOUVEAU-BRUNSWICK**

*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.28(1))*

TO: _____ of _____
(Name of Administrator) (Name of Psychiatric Facility)

Destinataire : _____
(nom de l'administrateur)

de _____
(nom de l'établissement psychiatrique)

Whereas I, the Executive Director, have reason to believe that it would be in the best interests of

Attendu qu'à titre de directeur exécutif, j'ai des raisons de croire qu'il serait dans l'intérêt primordial de _____ qui est hospitalisé à

(Name of Patient)
who is hospitalized in _____
(Name and Address of Psychiatric Facility in other Jurisdiction)

(nom du malade)

(Nom et adresse de l'établissement psychiatrique sous une autre autorité législative)

to be hospitalized in a psychiatric facility in the Province,

d'être hospitalisé dans un établissement psychiatrique dans la province,

I hereby authorize the patient's transfer and admission to _____ in the Province.
(Name of Psychiatric Facility)

j'autorise par les présentes le transfert et l'admission du malade à _____ dans la province.
(nom de l'établissement psychiatrique)

Dated this ___ day of _____, 19__.

Fait le _____ 19__.

Signature of Executive Director

Signature du directeur exécutif

FORM 23

FORMULE 23

APPLICATION TO A REVIEW BOARD FOR INQUIRY INTO WHETHER ROUTINE CLINICAL MEDICAL TREATMENT SHOULD BE GIVEN TO INVOLUNTARY PATIENT WITHOUT CONSENT

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973, c.M-10, s.30.1(1))

DEMANDE D'ENQUÊTE À UNE COMMISSION DE RECOURS AFIN DE DÉTERMINER SI UN TRAITEMENT MÉDICAL CLINIQUE DE ROUTINE DEVRAIT ÊTRE ADMINISTRÉ SANS CONSENTEMENT À UN MALADE EN PLACEMENT NON VOLONTAIRE

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973, chap.M-10, para.30.1(1))

I, _____ of _____, (Name of Attending Psychiatrist) (Address) being the attending psychiatrist of _____ (Name of Patient) an involuntary patient detained at _____ (Name of Psychiatric Facility) state that I personally examined the patient on the ____ day of _____, 19 ____.

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) déclare que j'ai personnellement examiné le malade le _____ 19 ____.

I am of the opinion that the patient suffers from a mental disorder of such a nature or degree so as to require routine clinical medical treatment.

Je suis d'avis que le malade est atteint d'un trouble mental de nature ou d'un degré tels qu'un traitement médical clinique de routine est nécessaire.

I applied to a tribunal on _____ (Date) for an order authorizing the giving of routine clinical medical treatment to the patient without consent but the tribunal refused to make an order under s.8.11 of the Act authorizing the giving of routine clinical medical treatment to the patient without consent.

J'ai demandé à un tribunal le _____ (date) une ordonnance autorisant l'administration sans consentement d'un traitement médical clinique de routine au malade, mais le tribunal a refusé de rendre une ordonnance en application de l'art.8.11 de la Loi autorisant l'administration d'un traitement médical clinique de routine sans consentement.

I hereby apply to the review board for an inquiry into whether to administer routine clinical medical treatment to the patient without consent.

Je demande par les présentes à la commission de recours de mener une enquête afin de déterminer si un traitement médical clinique de routine devrait être administré sans consentement au malade.

Dated this ____ day of _____, 19 ____.

Fait le _____ 19 ____.

Signature of Attending Psychiatrist

Signature du psychiatre traitant

NOTE: This application is to be accompanied by a statement setting forth the facts and opinions on which the application is based.

REMARQUE : La présente demande doit être accompagnée d'une déclaration énonçant les faits et avis sur lesquels la demande est fondée.

FORM 24**APPLICATION TO A REVIEW BOARD FOR AN INQUIRY INTO WHETHER ROUTINE CLINICAL MEDICAL TREATMENT SHOULD BE GIVEN WITHOUT CONSENT***(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973, c.M-10, s.30.2(1))*

I, _____, being the attending
(Name of Attending Psychiatrist)
 psychiatrist of _____, an involuntary
(Name of Patient)
 patient detained in _____ state as
(Name of Psychiatric Facility)
 follows:

1. The patient had reached the age of sixteen years at the time of admission and was mentally competent to give or refuse to give consent in relation to routine clinical medical treatment at that time and gave consent to such treatment.

2. The patient

(Check one)

now refuses to give consent in relation to routine clinical medical treatment.

is now mentally incompetent to give or refuse to give consent in relation to routine clinical medical treatment.

I hereby apply to the review board for an inquiry into whether routine clinical medical treatment should be given to the patient without consent.

Dated this ___ day of _____, 19__.

 Signature of Attending Psychiatrist

NOTE: This application is to be accompanied by the Certificate of Attending Psychiatrist (Form 25) and a statement setting forth any other opinions of the attending psychiatrist and facts upon which the application is based.

FORMULE 24**DEMANDE D'ENQUÊTE À UNE COMMISSION DE RECOURS AFIN DE DÉTERMINER SI UN TRAITEMENT MÉDICAL CLINIQUE DE ROUTINE DEVRAIT ÊTRE ADMINISTRÉ SANS CONSENTEMENT***(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973, chap.M-10, para.30.2(1))*

Je soussigné(e) _____,
(nom du psychiatre traitant)
 psychiatre traitant de _____,
(nom du malade)
 malade en placement non volontaire détenu à _____
(nom de l'établissement psychiatrique)
 déclare ce qui suit :

1. Âgé d'au moins seize ans lors de son admission, le malade qui était alors capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement à un traitement médical clinique de routine, a donné son consentement à ce traitement.

2. Le malade

(Cocher l'une des cases)

refuse maintenant de donner son consentement au traitement médical clinique de routine.

est maintenant incapable mentalement de donner ou refuser de donner son consentement au traitement médical clinique de routine.

Je demande par les présentes à la commission de recours de mener une enquête afin de déterminer si le traitement médical clinique de routine devrait être administré sans consentement au malade.

Fait le _____ 19__.

 Signature du psychiatre traitant

REMARQUE : La présente demande doit être accompagnée du certificat du psychiatre traitant (Formule 25) et d'une déclaration énonçant tous autres avis du psychiatre traitant et faits sur lesquels la demande est fondée.

FORM 25

**CERTIFICATE OF ATTENDING
PSYCHIATRIST***(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.30.2(2))*

I, _____ of _____ ,
(Name of
Attending Psychiatrist) (Address)
 am the attending psychiatrist of _____ ,
(Name of Patient)
 an involuntary patient detained in _____ .
(Name of
Psychiatric Facility)

I am applying to the review board for an inquiry into whether routine clinical medical treatment should be given to the patient without consent.

In my opinion, the patient

(Check one)

is not mentally competent to give or refuse to give consent in relation to routine clinical medical treatment.

is mentally competent to give or refuse to give consent in relation to routine clinical medical treatment but refuses to give such consent.

The reasons for my opinion that the patient to whom this certificate relates is not mentally competent to give or refuse to give consent in relation to routine clinical medical treatment are as follows:

Dated this ___ day of _____, 19__.

Signature of Attending Psychiatrist

FORMULE 25

CERTIFICAT DU PSYCHIATRE TRAITANT*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.30.2(2))*

Je soussigné(e) _____ de _____ ,
(nom du
psychiatre traitant) (adresse)
 psychiatre traitant de _____ ,
(nom du malade)
 non volontaire détenu à _____ .
(nom de l'établissement
psychiatrique)

Je demande à la commission de recours de mener une enquête afin de déterminer si le traitement médical clinique de routine devrait être administré sans consentement au malade.

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 médical clinique de routine.

est capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement au traitement médical clinique de routine mais refuse de le donner.

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

Fait le _____ 19__.

Signature du psychiatre traitant

FORM 26

**APPLICATION FOR AN INQUIRY INTO
WHETHER SPECIFIED PSYCHIATRIC
TREATMENT SHOULD BE GIVEN
WITHOUT CONSENT**

(*Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.30.3(1)*)

I, _____ of _____ ,
(Name of (Address)
Attending Psychiatrist)
am the attending psychiatrist of _____ ,
(Name of Patient)
an involuntary patient detained in _____ .
(Name of
Psychiatric Facility)

The involuntary patient

(Check one)

- has not reached the age of sixteen years.
- has reached the age of sixteen years, but is not, in my opinion, mentally competent to give or refuse to give consent in relation to specified psychiatric treatment.
- has reached the age of sixteen years and is, in my opinion, mentally competent to give or refuse to give consent in relation to specified psychiatric treatment, but refuses to do so.

I hereby apply to the review board for an inquiry into whether specified psychiatric treatment, other than routine clinical medical treatment, should be given without consent.

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 (adresse)
psychiatre traitant)
psychiatre traitant de _____ ,
(nom du malade)
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.

Dated this ____ day of _____, 19__.

Fait le _____ 19__.

Signature of Attending Psychiatrist_____
Signature du psychiatre traitant

NOTE: This application must be accompanied by

- (a) the Certificate of Attending Psychiatrist (Form 27) if the patient has reached the age of sixteen years,
- (b) a statement setting forth any other opinions of the attending psychiatrist and facts on which the application is based,
- (c) a description of the proposed treatment, and
- (d) a statement from another psychiatrist setting forth that psychiatrist's opinion in support of the application.

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.

FORM 27

**CERTIFICATE OF ATTENDING
PSYCHIATRIST***(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.30.3(2)(a))*

I, _____ of _____ ,
(Name of
Attending Psychiatrist) (Address)
 am the attending psychiatrist of _____ ,
(Name of Patient)
 an involuntary patient detained in _____ .
(Name of
Psychiatric Facility)

I am seeking an order authorizing the giving of specified psychiatric treatment without consent to the patient who has reached the age of sixteen years.

In my opinion, the patient

(Check one)

is not mentally competent to give or refuse to give consent in relation to the specified psychiatric treatment.

is mentally competent to give or refuse to give consent in relation to the specified psychiatric treatment but refuses to give such consent.

The reasons for my opinion that the patient to whom this certificate relates is not mentally competent to give or refuse to give consent in relation to the specified psychiatric treatment are as follows:

Dated this ____ day of _____, 19__.

Signature of Attending Psychiatrist

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 _____ 19__.

Signature du psychiatre traitant

FORM 28**APPLICATION FOR REVIEW OF
INVOLUNTARY STATUS***(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.31(1))*

TO: The Chairman of the Review Board

RE: _____, an involuntary patient
(Name of Patient)
detained at _____ .
(Name of Psychiatric Facility)

- I the involuntary patient
- a person on behalf of the involuntary patient
- the Minister
- the Executive Director
- the administrator

of _____ hereby
(Address of Applicant)

apply for an inquiry into whether

(Check applicable boxes)

- the involuntary patient suffers from a mental disorder,
- the involuntary patient's recent behaviour presents a substantial risk of imminent physical or psychological harm to the patient or to others,
- the involuntary patient is not suitable for admission as a voluntary patient,

FORMULE 28**DEMANDE DE RÉVISION DU PLACEMENT
NON VOLONTAIRE***(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.31(1))*

Destinataire : Le président de la commission de recours

Objet : _____, malade en placement non
(nom du malade)
volontaire détenu à _____ ,
(nom de l'établissement psychiatrique)

- Je soussigné(e) malade en placement non volontaire
- personne agissant au nom du malade en placement non volontaire
- Ministre
- directeur exécutif
- administrateur

de _____, demande par
(adresse du requérant)

les présentes qu'une enquête soit menée afin de déterminer

(Cocher les cases pertinentes)

- si le malade en placement non volontaire est atteint d'un trouble mental,
- si la conduite récente du malade en placement non volontaire risque sérieusement de causer un tort physique ou psychologique imminent à lui-même ou à autrui,
- si le malade en placement non volontaire n'est pas justiciable d'admission à titre de malade en placement volontaire,

less restrictive alternatives would be inappropriate, or

si des mesures moins contraignantes seraient inappropriées, ou

the involuntary patient requires hospitalization in the interests of the patient's own safety or the safety of others.

si le malade en placement non volontaire a besoin d'hospitalisation dans l'intérêt de sa propre sécurité ou de la sécurité d'autrui.

Dated this ____ day of _____, 19__.

Fait le _____ 19__.

Signature of Applicant

Signature du requérant

Name of Applicant (Printed)

Nom du requérant (imprimé)

NOTE: This application may be filed when any certificate of detention in relation to the patient comes into force.

REMARQUE : La présente demande doit être déposée dès l'entrée en vigueur de tout certificat de détention relatif au malade.

FORM 29

APPLICATION TO REVIEW BOARD FOR REVIEW OF TREATMENT

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973, c.M-10, s.31.1(1))

TO: The Chairman of the Review Board

Re: _____, an involuntary patient
(Name of Involuntary Patient)
detained at _____
(Name of Psychiatric Facility)

I the involuntary patient

 a person on behalf of the involuntary patient

am of the opinion that a treatment being given to the involuntary patient

(Check one)
 is not routine clinical medical treatment as authorized under section 8.11, 30.1 or 30.2 of the Act.

is not the specified psychiatric treatment authorized under section 30.3 of the Act.

I hereby apply for an inquiry into whether the treatment being given to the involuntary patient is the treatment authorized.

Dated this ___ day of _____, 19__.

Signature of Applicant

Name of Applicant (Printed)

Address of Applicant (Printed)

NOTE: This application must be accompanied by a statement setting forth the facts and opinions on which the application is based.

FORMULE 29

DEMANDE DE RÉVISION DE TRAITEMENT À LA COMMISSION DE RECOURS

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973, chap.M-10, para.31.1(1))

Destinataire : Le président de la commission de recours

Objet : _____,
(nom du malade en placement non volontaire)
malade en placement non volontaire détenu à _____
(nom de l'établissement psychiatrique)

Je soussigné(e) : malade en placement non volontaire,

 personne agissant au nom du malade en placement non volontaire

suis d'avis qu'un traitement administré au malade en placement non volontaire

(Cocher l'une des cases)
 n'est pas un traitement médical clinique de routine autorisé en application de l'article 8.11, 30.1 ou 30.2 de la Loi.

n'est pas le traitement psychiatrique spécifié autorisé en application de l'article 30.3 de la Loi.

Je demande par les présentes qu'une enquête soit menée afin de déterminer si le traitement administré au malade en placement non volontaire est le traitement autorisé.

Fait le _____ 19__.

Signature du requérant

Nom du requérant (imprimé)

Adresse du requérant (imprimée)

REMARQUE : La présente demande doit être accompagnée d'une déclaration énonçant les faits et avis au soutien de la demande.

FORM 30**CERTIFICATE OF INCOMPETENCE**

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.36(3))

I, _____ of _____ ,
(Name of
Attending Psychiatrist) (Address)
 am the attending psychiatrist of _____ ,
(Name of Patient)
 a patient admitted to _____ .
(Name of Psychiatric Facility)

I examined the patient on the _____ day of
 _____, 19 ____ .

After making due inquiry into all the facts necessary
 for me to form a satisfactory opinion, I am of the
 opinion that the patient is not competent to manage
 the patient's estate.

The reasons for my opinion are as follows:

Dated this ____ day of _____, 19 ____.

 Signature of Attending Psychiatrist

FORMULE 30**CERTIFICAT D'INCAPACITÉ**

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.36(3))

Je soussigné(e) _____ de _____ ,
(nom du
psychiatre traitant) (adresse)
 psychiatre traitant de _____ ,
(nom du malade)
 malade admis à _____ .
(nom de l'établissement psychiatrique)

ai personnellement examiné le malade le _____
 19 ____ .

Après avoir dûment enquêté sur tous les faits néces-
 saires pour fonder un avis concluant, je suis d'avis
 que le malade n'est pas capable de gérer ses biens.

Les raisons sur lesquelles j'ai fondé mon avis sont
 les suivantes :

Fait le _____ 19 ____.

 Signature du psychiatre traitant

FORM 31**NOTICE OF CANCELLATION**
(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.39)

I, _____ of _____ ,
(Name of
 Attending Psychiatrist) (Address)
 am the attending psychiatrist of _____ ,
(Name of Patient)
 a patient admitted to _____ .
(Name of Psychiatric Facility)

I have examined the patient and have found the patient to be mentally competent.

I hereby cancel the certificate of incompetence which was issued with respect to the patient by _____ on the _____
(Name of Psychiatrist Who Signed Certificate)
 day of _____ , 19 _____ .

Dated this ___ day of _____, 19__.

 Signature of Attending Psychiatrist

FORMULE 31**AVIS D'ANNULATION**
(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, art.39)

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 et je l'ai trouvé capable mentalement.

J'annule par conséquent le certificat d'incapacité qui a été délivré à l'égard du malade par _____
(nom du psychiatre qui a signé le certificat)
 le _____ 19 _____ .

Fait le _____ 19__.

 Signature du psychiatre traitant

FORM 32**NOTICE OF CONTINUANCE**
(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.40(2))

I, _____ of _____ ,
(Name of Attending Psychiatrist) (Address)
 am the attending psychiatrist of _____ ,
(Name of Patient)
 a patient admitted to _____ .
(Name of Psychiatric Facility)

I examined the patient, who is about to be discharged from the psychiatric facility on the _____ day of _____, 19 ____ .

I am of the opinion that the patient will not, upon discharge, be competent to manage the patient's estate.

I hereby give notice that the Certificate of Incompetence which was issued with respect to the patient by _____ on the _____ day of _____, 19 ____ is continued.
(Name of Psychiatrist Who Issued Certificate)

The reasons for the continuance are as follows:

Dated this ____ day of _____, 19 ____.

 Signature of Attending Psychiatrist

NOTE: This notice of continuance is valid until three months after the patient's discharge or until receipt of a notice of cancellation whichever occurs first.

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 _____ 19 ____ .

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 _____ le _____ 19 ____ .
(nom du psychiatre qui a délivré le certificat)

Les raisons pour le prolongement sont les suivantes :

Fait le _____ 19 ____.

 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.

FORM 33

**APPLICATION FOR INQUIRY AS TO
PATIENT'S OR DISCHARGED PATIENT'S
COMPETENCY TO MANAGE ESTATE**

(*Mental Health Act*, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.42(1))

TO: The Chairman of the Review Board

RE: _____ of _____
(Name of Patient or Discharged Patient) (Address)

I, _____ of _____,
(Name of Applicant) (Address)

hereby apply for an inquiry into whether the patient
(*or* discharged patient) is not competent to manage
the patient's estate.

Dated this ____ day of _____, 19__.

Signature of Applicant

NOTE: The following persons may make an appli-
cation: the patient or discharged patient, the Minis-
ter, the Executive Director or the administrator of
the psychiatric facility.

FORMULE 33

**DEMANDE D'ENQUÊTE AFIN DE
DÉTERMINER LA CAPACITÉ DU MALADE
OU DU MALADE LIBÉRÉ DE GÉRER SES
BIENS**

(*Loi sur la santé mentale*, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.42(1))

Destinataire : Le président de la commission de re-
cours

Objet : _____ de _____
(nom du malade ou du malade libéré) (adresse)

Je soussigné(e) _____ de _____
(nom du requérant) (adresse)

demande par les présentes qu'une enquête soit me-
née afin de déterminer si le malade (*ou* le malade li-
béré) est capable de gérer ses biens.

Fait le _____ 19__.

Signature du requérant

REMARQUE : Les personnes suivantes peuvent
faire une demande : le malade ou le malade libéré,
le Ministre, le directeur exécutif ou l'administrateur
de l'établissement psychiatrique.

FORM 34**ATTENDING PSYCHIATRIST'S
CERTIFICATE***(General Regulation - Mental Health Act, s.24)*

I, _____ of _____ ,
(Name of Attending Psychiatrist) (Address)
 am the attending psychiatrist of _____ ,
(Name of Person)

I have requested an order authorizing the giving of routine clinical medical treatment without consent to the person.

In my opinion, the requested treatment is in the best interests of the person in relation to whom the order is sought because (give reasons below):

Dated this ___ day of _____, 19__.

 Signature of Attending Psychiatrist

NOTE: The reasons given must address

- (a) whether or not the mental condition of the person will be or is likely to be substantially improved by routine clinical medical treatment,
- (b) whether or not the mental condition of the person will improve or is likely to improve without routine clinical medical treatment,
- (c) whether or not the anticipated benefit from routine clinical medical treatment outweighs the risk of harm to the person, and
- (d) whether or not routine clinical medical treatment is the least restrictive and least intrusive treatment that meets the requirements of paragraphs (a), (b) and (c).

FORMULE 34**CERTIFICAT DU PSYCHIATRE TRAITANT***(Règlement général - Loi sur la santé mentale, art.24)*

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

ai demandé une ordonnance autorisant l'administration sans consentement d'un traitement médical clinique de routine à cette personne.

À mon avis, le traitement demandé est dans l'intérêt primordial de la personne qui fait l'objet de l'ordonnance recherchée parce que (donner les raisons en bas) :

Fait le _____ 19__.

 Signature du psychiatre traitant

REMARQUE : Les raisons données doivent déterminer

- a) si l'état mental de la personne s'améliorera ou s'améliorera vraisemblablement d'une manière importante avec le traitement médical clinique de routine ou non,
- b) si l'état mental de la personne s'améliorera ou s'améliorera vraisemblablement sans le traitement médical clinique de routine ou non,
- c) si l'avantage anticipé du traitement médical clinique de routine l'emporte sur le risque de causer un tort à la personne ou non, et
- d) si le traitement médical clinique de routine est le moins envahissant et le moins contraignant qui réponde aux exigences des alinéas a), b) et c).

FORM 35

FINANCIAL STATEMENT

(General Regulation - Mental Health Act, s.25)

This form is to be completed by a person having knowledge of the assets of a patient and forwarded by the administrator of the psychiatric facility to which the patient is admitted to the Public Trustee.

Under the provisions of the *Mental Health Act*, where the Public Trustee has become the committee of the estate of a patient, the Public Trustee is the only person having the legal authority to deal with the patient's estate. Upon the Public Trustee ceasing to be the committee, the patient's assets will be returned to the patient.

PERSONAL INFORMATION

(Name of patient in full)	(Sex)
(Psychiatric facility)	(Full Address)
(Length of residence in the Province)	(Date of birth)
(Place of birth)	(Citizenship)
(Occupation)	
(Marital status) (If married, give name and address of spouse)	
(If single, give name and address of nearest relative)	
(Give names and ages of any dependents whom the patient has to support)	
(Give patient's Social Insurance No., Old Age Security No.)	

FORMULE 35

ÉTAT FINANCIER

(Règlement général - Loi sur la santé mentale, art.25)

La présente formule doit être remplie par une personne ayant une connaissance des biens du malade et doit être transmise sans délai au curateur public par l'administrateur de l'établissement psychiatrique auquel le malade est admis.

En vertu des dispositions de la *Loi sur la santé mentale*, lorsque le curateur public devient curateur aux biens d'un malade, lui seul a l'autorité légale pour s'occuper des biens du malade. Dès que le curateur public cesse d'être curateur, les biens du malade sont remis à ce dernier.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(nom et prénom du malade au complet)	(sexe)
(établissement psychiatrique)	(adresse au complet)
(durée de résidence dans la province)	(date de naissance)
(lieu de naissance)	(citoyenneté)
(profession)	
(situation de famille) (si marié(e), nom et adresse du conjoint)	
(si célibataire, nom et adresse du parent le plus proche)	
(nom et âge de toute personne à la charge du malade)	
(n° d'assurance sociale du malade et n° d'assurance vieillesse)	

REAL ESTATE

Property of patient and mortgages or charges on same, if any:

(Location)

(Description)

(Leasehold or freehold)

(Name and address of mortgagees, if any)

(Market value of property)

If property of the patient has been rented, give the following information:

(Name of tenant)

(Particulars of tenancy, such as length and terms of lease)

(Is the lease in writing?
If so, in whose possession is the document?)

(Give address of such person)

(To whom has the rent been paid?)

(To what date has rent been paid?)

LIFE, ACCIDENT, DISABILITY AND INCOME PROTECTION INSURANCE

Name of the Company	Number of Policy or Certificate	Amount of Insurance	In whose possession is the Policy?	Is this Group Insurance? (State yes or no)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

BIENS RÉELS

Biens du malade et hypothèques ou autres charges les grevant, le cas échéant :

(lieu)

(description)

(tenure à bail ou libre)

(nom et adresse des créanciers hypothécaires, le cas échéant)

(valeur marchande des biens)

Si les biens du malade sont loués, donner les renseignements suivants :

(nom du locataire)

(détails de la location tels que durée et conditions du bail)

(S'agit-il d'un bail écrit?
Si oui, qui est en possession du document?)

(Donner son adresse)

(À qui le loyer est payé?)

(Jusqu'à quelle date?)

ASSURANCES : VIE, ACCIDENT, INVALIDITÉ, PROTECTION DU REVENU

Nom de la compagnie	Numéro de la police ou du certificat	Montant de l'assurance	Personne en possession de la police	S'agit-il d'une assurance collective (oui ou non)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

PENSION OR SUPERANNUATION

If patient receives pension or superannuation, etc., give particulars:

PERSONAL ESTATE

Cash on hand, in bank accounts and safety deposits:

(Give name and address of person who is in possession of cash)

(What is the amount?
If deposited in a bank, give name and address of branch)

(In whose possession is the bank book?
State amount in bank account)

(If joint account, give name and address of joint owner)

(If patient has a safety deposit box, give location and name and address of person in possession of keys)

STOCKS, BONDS AND SIMILAR INVESTMENTS

Name of Security	Par Value	In whose possession?
------------------	-----------	----------------------

PERSONAL PROPERTY

(Give approximate values)

(Farm implements)

(Stock in trade)

(Livestock)	(Farm produce)
-------------	----------------

(Motor vehicles)

(Other property or income, if any)

PENSION OU PENSION DE RETRAITE

Si le malade reçoit une pension ou une pension de retraite, en donner les détails :

BIENS PERSONNELS

Espèces en main, en banque et en dépôts de sûreté :

(nom et adresse de la personne en possession des espèces)

(montant - Si elles sont déposées dans une banque, nom et adresse de la succursale)

(nom de la personne en possession du livret de banque/montant dans le compte de banque)

(S'il s'agit d'un compte conjoint, nom et adresse du propriétaire conjoint)

(Si le malade a un coffret de sécurité, donner le lieu ainsi que le nom et l'adresse de la personne en possession des clés)

ACTIONS, OBLIGATIONS ET AUTRES PLACEMENTS SIMILAIRES

Nom des valeurs	Valeur au pair	Personne en possession
-----------------	----------------	------------------------

BIENS PERSONNELS

(Donner les valeurs approximatives)

(instruments aratoires)

(stocks)

(bétail)	(produits agricoles)
----------	----------------------

(véhicules à moteur)

(autres biens ou revenus, le cas échéant)

MONEY SECURED BY MORTGAGE

(Give name and address of mortgagors who have borrowed money from the patient, setting out in detail each mortgage)

(State in whose possession the mortgages are and address of such person)

BOOK DEBTS AND PROMISSORY NOTES OWING TO PATIENT

(Give names and addresses of debtors)

(State in whose possession the notes are and address of such person)

LIABILITIES, IF ANY, OTHER THAN MORTGAGE DEBTS

FONDS GARANTIS PAR HYPOTHÈQUE

(nom et adresse des débiteurs hypothécaires qui ont emprunté des fonds du malade, donner les détails pour chaque hypothèque)

(nom et adresse de la personne en possession des hypothèques)

CRÉANCES COMPTABLES ET BILLETS À ORDRE DUS AU MALADE

(noms et adresses des débiteurs)

(nom et adresse de la personne en possession desdits billets)

ÉLÉMENTS DU PASSIF, LE CAS ÉCHÉANT, AUTRES QUE LES DETTES HYPOTHÉCAIRES

OTHER

DIVERS

Does the patient have a will? [] Yes [] No

Le malade a-t-il un testament? [] oui [] non

 (If yes, state in whose possession it is
 and address of such person)

 (Si oui, nom et adresse de la personne qui
 en est en possession)

Dated this _____ day of _____, 19____.

Fait le _____ 19____.

Signature of Person Completing Form

Signature de la personne qui remplit la formule

Relationship to Patient

Lien avec le malade

Name of Person Completing Form
(printed)

Nom de la personne qui remplit la formule
(imprimé)

Address of Person Completing Form
(printed)

Adresse de la personne qui remplit la formule
(imprimé)

The administrator of the psychiatric facility shall retain a copy of this form and forward one copy to the Public Trustee, whether or not the patient has any estate.

L'administrateur de l'établissement psychiatrique doit conserver une copie de cette formule et en transmettre une autre au curateur public, que le malade possède ou non des biens.

2008-61

2008-61

N.B. This Regulation is consolidated to June 1, 2008.

N.B. Le présent règlement est refondu au 1^{er} juin 2008.