



**NEW BRUNSWICK
REGULATION 2012-107**

under the

**MENTAL HEALTH ACT
(O.C. 2012-414)**

Filed December 21, 2012

1 Section 23 of New Brunswick Regulation 94-33 under the Mental Health Act is amended

- (a) in subsection (2) by striking out “Form 2” and substituting “Form 2.1”;*
- (b) in subsection (3) by striking out “Form 3” and substituting “Form 2.1”;*
- (c) in subsection (4) by striking out “Form 4” and substituting “Form 4.1”;*
- (d) in subsection (5) by striking out “Form 5” and substituting “Form 4.1”.*

2 Section 24 of the Regulation is repealed.

3 Form 1 of the Regulation is amended

- (a) by adding a text box in the top right hand corner with the following:*

Person’s date of birth:

Medicare number:

- (b) by striking out “on the ___ day of _____, 19___” and substituting “on the ___ day of _____, 20___”;*

**RÈGLEMENT DU
NOUVEAU-BRUNSWICK 2012-107**

pris en vertu de la

**LOI SUR LA SANTÉ MENTALE
(D.C. 2012-414)**

Déposé le 21 décembre 2012

1 L’article 23 du Règlement du Nouveau-Brunswick 94-33 pris en vertu de la Loi sur la santé mentale est modifié

- a) au paragraphe (2), par la suppression de « Formule 2 » et son remplacement par « Formule 2.1 »;*
- b) au paragraphe (3), par la suppression de « Formule 3 » et son remplacement par « Formule 2.1 »;*
- c) au paragraphe (4), par la suppression de « Formule 4 » et son remplacement par « Formule 4.1 »;*
- d) au paragraphe (5), par la suppression de « Formule 5 » et son remplacement par la « Formule 4.1 ».*

2 Est abrogé l’article 24 du Règlement.

3 La formule 1 du Règlement est modifiée

- a) par l’adjonction d’une case de saisie simple dans le coin supérieur à la droite contenant les renseignements qui suivent :*

Date de naissance de la personne :

N° d’assurance-maladie :

- b) par la suppression de « le _____ 19___, » et son remplacement par « le _____ 20___, »;*

- (c) *by striking out “Signed this ___ day of _____, 19___” and substituting “Signed this ___ day of _____, 20___ at ___ hours”.*
- 4** *Form 2 of the Regulation is repealed.*
- 5** *The Regulation is amended by adding the attached Form 2.1.*
- 6** *Form 3 of the Regulation is repealed.*
- 7** *Form 4 of the Regulation is repealed.*
- 8** *The Regulation is amended by adding the attached Form 4.1.*
- 9** *Form 5 of the Regulation is repealed.*
- 10** *Form 34 of the Regulation is repealed.*
- c) *par la suppression de « Signé le _____ 19___ » et son remplacement par « Signé le _____ 20___ à ___ heures ».*
- 4** *Est abrogée la formule 2 du Règlement.*
- 5** *Le Règlement est modifié par l’adjonction de la formule 2.1 ci-jointe.*
- 6** *Est abrogée la formule 3 du Règlement.*
- 7** *Est abrogée la formule 4 du Règlement.*
- 8** *Le Règlement est modifié par l’adjonction de la formule 4.1 ci-jointe.*
- 9** *Est abrogée la formule 5 du Règlement.*
- 10** *Est abrogée la formule 34 du Règlement.*

Person's date of birth: _____
Medicare Number: _____

FORM 2.1

**APPLICATION FOR ADMISSION OF A PERSON AS
AN INVOLUNTARY PATIENT**
(*Mental Health Act*, R.S.N.B. 1973,
c. M-10, ss. 8(1)(c), 8(4), 12(1))

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

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

_____ on the
(Address)
____ day of _____, 20____ who is

[] 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 have made careful inquiry into all of the facts to form 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.

Date de naissance de la personne : _____
N° d'assurance-maladie : _____

FORMULE 2.1

**DEMANDE D'ADMISSION D'UNE
PERSONNE À TITRE DE MALADE EN
PLACEMENT NON VOLONTAIRE**
(*Loi sur la santé mentale*, L.R.N.-B. 1973,
ch. M-10, al. 8(1)(c), par. 8(4) et 12(1))

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

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

de _____
(adresse)
le _____ 20____ qui

[] 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 j'ai enquêté avec soin sur tous les faits suivants nécessaires pour fonder mon 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;
- d) que des mesures moins contraignantes seraient inappropriées.

EXAMINATION REPORT

RAPPORT D'EXAMEN

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

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

A. Facts observed by me

A. Faits que j'ai observés :

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

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 _____, 20___, at ___ hours.

Fait le _____ 20___ à _____ heures.

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 detention.

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 soixante-douze heures qui suivent la détention.

Person's date of birth: _____ Medicare Number: _____

Date de naissance de la personne : _____ N° d'assurance-maladie : _____
--

FORM 4.1

FORMULE 4.1

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

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

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973, c. M-10, ss. 8.01(2), 8.01(3), 12(1))
(General Regulation - Mental Health Act, s. 24)*

*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. 1973, ch. M-10, par. 8.01(2), 8.01(3) et 12(1))
(Règlement général - Loi sur la santé mentale, art. 24)*

I, _____ of _____,
(Name of Attending Psychiatrist) (Address)
being the attending psychiatrist of _____
(Name of Person)
of _____, a person
(Address)
who is the subject of an application under:

Je soussigné(e) _____ de _____,
(nom du psychiatre traitant) (adresse)
psychiatre traitant de _____
(nom de la personne)
de _____,
(adresse)
faisant l'objet d'une demande visée à

- Section 8 of the Act (for an order that the person be admitted to a psychiatric facility as an involuntary patient)
- Section 12 of the Act (for an order that the voluntary patient be admitted to a psychiatric facility as an involuntary patient)

- l'article 8 de la Loi (ordonnance d'admission à un établissement psychiatrique à titre de malade en placement non volontaire)
- l'article 12 de la Loi (ordonnance que le malade en placement volontaire soit admis dans un établissement psychiatrique à titre de malade en placement non volontaire)

request an order authorizing the giving of routine clinical medical treatment without consent because the person:

demande une ordonnance autorisant l'administration sans consentement d'un traitement médical clinique de routine parce que cette personne

- 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.

- 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 traitement 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 médical clinique de routine, mais refuse de donner son consentement à un tel traitement.

CERTIFICATE OF ATTENDING PSYCHIATRIST

CERTIFICAT DU PSYCHIATRE TRAITANT

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:

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 à un traitement médical clinique de routine sont les suivantes :

ATTENDING PSYCHIATRIST'S CERTIFICATE

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

Dated this ___ day of _____, 20___, at ___ hours.

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 requirement of paragraphs (a), (b) and (c).

2012-107

CERTIFICAT DU PSYCHIATRE TRAITANT

À mon avis, le traitement demandé est dans l'intérêt primordial de la personne qui fait l'objet de l'ordonnance recherchée parce que :

Fait le _____ 20___ à _____ heures.

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;
- 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).

2012-107