

FORM 1

FORMULE 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 certif-
icate.

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.