

# 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.