

**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).

**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).