

**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.

**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.