

**APPLICATION FOR AN INQUIRY INTO
WHETHER SPECIFIED PSYCHIATRIC
TREATMENT SHOULD BE GIVEN
WITHOUT CONSENT**

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.30.3(1))*

I, _____ of _____ ,
(Name of (Address)
Attending Psychiatrist)
am the attending psychiatrist of _____ ,
(Name of Patient)
an involuntary patient detained in _____ .
(Name of
Psychiatric Facility)

The involuntary patient

(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 specified psychiatric 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 specified psychiatric treatment, but refuses to do so.

I hereby apply to the review board for an inquiry into whether specified psychiatric treatment, other than routine clinical medical treatment, should be given without consent.

**DEMANDE D'ENQUÊTE AFIN DE
DÉTERMINER SI UN TRAITEMENT
PSYCHIATRIQUE SPÉCIFIÉ DEVRAIT
ÊTRE ADMINISTRÉ SANS
CONSENTEMENT**

*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.30.3(1))*

Je soussigné(e) _____ de _____ ,
(nom du (adresse)
psychiatre traitant)
psychiatre traitant de _____ ,
(nom du malade)
non volontaire détenu à _____ .
(nom de l'établissement
psychiatrique)

Le malade en placement non volontaire

(Cocher l'une des cases)

- est âgé de moins de seize ans.
- est âgé d'au moins seize ans mais n'est pas, à mon avis, capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement à un traitement psychiatrique spécifié.
- est âgé d'au moins seize ans et est, à mon avis, capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement à un traitement psychiatrique spécifié mais refuse de le faire.

Je demande par les présentes à la commission de recours de mener une enquête afin de déterminer si un traitement psychiatrique spécifié autre qu'un traitement médical clinique de routine devrait être administré sans consentement.

Dated this ___ day of _____, 19__.

Signature of Attending Psychiatrist

NOTE: This application must be accompanied by

- (a) the Certificate of Attending Psychiatrist (Form 27) if the patient has reached the age of sixteen years,
- (b) a statement setting forth any other opinions of the attending psychiatrist and facts on which the application is based,
- (c) a description of the proposed treatment, and
- (d) a statement from another psychiatrist setting forth that psychiatrist's opinion in support of the application.

Fait le _____ 19__.

Signature du psychiatre traitant

REMARQUE : La présente demande doit être accompagnée

- a) du certificat du psychiatre traitant (Formule 27) si le malade est âgé d'au moins seize ans,
- b) d'une déclaration énonçant tous autres avis du psychiatre traitant et tous autres faits au soutien de la demande,
- c) d'une description du traitement éventuel, et
- d) d'une déclaration d'un autre psychiatre énonçant son avis au soutien de la demande.