

NOTICE OF CONTINUANCE
(*Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,*
c.M-10, s.40(2))

I, _____ of _____ ,
(Name of (Address)
Attending Psychiatrist)
am the attending psychiatrist of _____ ,
(Name of Patient)
a patient admitted to _____ .
(Name of Psychiatric Facility)

I examined the patient, who is about to be discharged from the psychiatric facility on the _____ day of _____, 19 ____ .

I am of the opinion that the patient will not, upon discharge, be competent to manage the patient's estate.

I hereby give notice that the Certificate of Incompetence which was issued with respect to the patient by _____ on the _____ day of _____, 19 ____ is continued.
(Name of Psychiatrist Who Issued Certificate)

The reasons for the continuance are as follows:

Dated this ____ day of _____, 19____.

Signature of Attending Psychiatrist

NOTE: This notice of continuance is valid until three months after the patient's discharge or until receipt of a notice of cancellation whichever occurs first.

AVIS DE PROLONGEMENT
(*Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,*
chap.M-10, para.40(2))

Je soussigné(e) _____ de _____ ,
(nom du (adresse)
psychiatre traitant)
psychiatre traitant de _____ ,
(nom du malade)
malade admis à _____ ,
(nom de l'établissement psychiatrique)

ai examiné le malade qui est sur le point d'être libéré de l'établissement psychiatrique le _____ 19 ____ .

Je suis d'avis que le malade ne sera pas capable de gérer ses biens après sa libération.

Je notifie par les présentes le prolongement du certificat d'incapacité qui a été délivré à l'égard du malade par _____ le _____ 19 ____ .
(nom du psychiatre qui a délivré le certificat)

Les raisons pour le prolongement sont les suivantes :

Fait le _____ 19____.

Signature du psychiatre traitant

REMARQUE : Le présent avis de prolongement est valable jusqu'à trois mois après la libération du malade ou jusqu'à réception d'un avis d'annulation, selon l'éventualité qui survient en premier.