

Person's date of birth: _____
 Medicare Number: _____

FORM 4.1

REQUEST FOR ORDER AUTHORIZING THE GIVING OF ROUTINE CLINICAL MEDICAL TREATMENT WITHOUT CONSENT

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973, c. M-10, ss. 8.01(2), 8.01(3), 12(1))
(General Regulation - Mental Health Act, s. 24)

I, _____ of _____,
 (Name of Attending Psychiatrist) (Address)
 being the attending psychiatrist of _____
 (Name of Person)
 of _____, a person
 (Address)
 who is the subject of an application under:

- Section 8 of the Act (for an order that the person be admitted to a psychiatric facility as an involuntary patient)
- Section 12 of the Act (for an order that the voluntary patient be admitted to a psychiatric facility as an involuntary patient)

request an order authorizing the giving of routine clinical medical treatment without consent because the person:

- 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.

CERTIFICATE OF ATTENDING PSYCHIATRIST

The reasons for my opinion that the person to whom this certificate relates is not mentally competent to give or refuse to give consent in relation to routine clinical medical treatment are as follows:

Date de naissance de la personne : _____
 N° d'assurance-maladie : _____

FORMULE 4.1

DEMANDE D'ORDONNANCE AUTORISANT L'ADMINISTRATION SANS CONSENTEMENT D'UN TRAITEMENT MÉDICAL CLINIQUE DE ROUTINE

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. 1973, ch. M-10, par. 8.01(2), 8.01(3) et 12(1))
(Règlement général - Loi sur la santé mentale, art. 24)

Je soussigné(e) _____ de _____,
 (nom du psychiatre traitant) (adresse)
 psychiatre traitant de _____
 (nom de la personne)
 de _____,
 (adresse)
 faisant l'objet d'une demande visée à

- l'article 8 de la Loi (ordonnance d'admission à un établissement psychiatrique à titre de malade en placement non volontaire)
- l'article 12 de la Loi (ordonnance que le malade en placement volontaire soit admis dans un établissement psychiatrique à titre de malade en placement non volontaire)

demande une ordonnance autorisant l'administration sans consentement d'un traitement médical clinique de routine parce que cette personne

- 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 traitement 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 médical clinique de routine, mais refuse de donner son consentement à un tel traitement.

CERTIFICAT DU PSYCHIATRE TRAITANT

Les raisons sur lesquelles j'ai fondé mon avis que la personne visée au présent certificat n'est pas capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement à un traitement médical clinique de routine sont les suivantes :

ATTENDING PSYCHIATRIST'S CERTIFICATE

In my opinion, the requested treatment is in the best interests of the person in relation to whom the order is sought because:

Dated this ___ day of _____, 20___, at ___ hours.

Signature of Attending Psychiatrist

NOTE: The reasons given must address

(a) whether or not the mental condition of the person will be or is likely to be substantially improved by routine clinical medical treatment,

(b) whether or not the mental condition of the person will improve or is likely to improve without routine clinical medical treatment,

(c) whether or not the anticipated benefit from routine clinical medical treatment outweighs the risk of harm to the person, and

(d) whether or not routine clinical medical treatment is the least restrictive and least intrusive treatment that meets the requirement of paragraphs (a), (b) and (c).

CERTIFICAT DU PSYCHIATRE TRAITANT

À mon avis, le traitement demandé est dans l'intérêt primordial de la personne qui fait l'objet de l'ordonnance recherchée parce que :

Fait le _____ 20___ à _____ heures.

Signature du psychiatre traitant

REMARQUE : Les raisons données doivent déterminer :

a) si l'état mental de la personne s'améliorera ou s'améliorera vraisemblablement d'une manière importante avec le traitement médical clinique de routine ou non;

b) si l'état mental de la personne s'améliorera ou s'améliorera vraisemblablement sans le traitement médical clinique de routine ou non;

c) si l'avantage anticipé du traitement médical clinique de routine l'emporte sur le risque de causer un tort à la personne ou non;

d) si le traitement médical clinique de routine est le moins envahissant et le moins contraignant qui réponde aux exigences des alinéas a), b) et c).