

**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).