

FORM 15**APPLICATION BY ATTENDING
PSYCHIATRIST TO THE REVIEW BOARD
FOR THE ISSUANCE OF THE THIRD OR
SUBSEQUENT CERTIFICATE OF
DETENTION**

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.13(3))

I, _____ of _____ ,
(Name of (Address)
Attending Psychiatrist)

being the attending psychiatrist of _____ ,
(Name of Person)

an involuntary patient detained at _____
(Name of
Psychiatric Facility)

state that I personally examined the person on the
____ day of _____ , 19 ____ .

After making due inquiry into all the facts of the
case, I am of the opinion that

- (a) the person suffers from a mental disorder,
- (b) the person's recent behaviour presents a
substantial risk of imminent physical or psycho-
logical harm to the person or to others,
- (c) the person is not suitable for admission as a
voluntary patient, and
- (d) less restrictive alternatives would be inap-
propriate.

The expiry date of the last certificate of detention
issued is the ____ day of _____ , 19 ____ .

I therefore recommend continued detention and ap-
ply to the review board for the issuance of a
_____ certificate of detention.

(Third or subsequent -
state number)

Dated this ____ day of _____ , 19 ____ .

Signature of Attending Psychiatrist

FORMULE 15**DEMANDE DU PSYCHIATRE TRAITANT À
LA COMMISSION DE RECOURS EN VUE DE
LA DÉLIVRANCE DU TROISIÈME
CERTIFICAT DE DÉTENTION OU D'UN
CERTIFICAT DE DÉTENTION
SUBSÉQUENT**

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.13(3))

Je soussigné(e) _____ de _____ ,
(nom du (adresse)
psychiatre traitant)

psychiatre traitant de _____ ,
(nom de la personne)

malade en placement non volontaire détenu à

(nom de l'établissement psychiatrique)

déclare que j'ai personnellement examiné cette per-
sonne le _____ 19 ____ .

Après avoir dûment enquêté sur tous les faits du cas,
je suis d'avis

- a) que la personne est atteinte d'un trouble
mental,
- b) que le comportement récent de la personne
risque sérieusement de causer un tort physique
ou psychologique imminent à elle-même ou à
autrui,
- c) que la personne n'est pas justiciable d'une
admission à titre de malade en placement volon-
taire, et
- d) que des mesures moins contraignantes se-
raient inappropriées.

La date d'expiration du dernier certificat de déten-
tion délivré est le _____ 19 ____ .

Je recommande par conséquent de prolonger la dé-
tention et je demande à la commission de recours de
délivrer un _____

(troisième ou subséquent -
donner le numéro)

certificat de détention.

Fait le _____ 19 ____ .

Signature du psychiatre traitant