

**APPLICATION TO A REVIEW BOARD FOR
INQUIRY INTO WHETHER ROUTINE CLINICAL
MEDICAL TREATMENT SHOULD BE
GIVEN TO INVOLUNTARY PATIENT WITH-
OUT CONSENT**

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.30.1(1))*

I, _____ of _____ ,
(Name of (Address)
Attending Psychiatrist)
being the attending psychiatrist of _____ ,
(Name of Patient)
an involuntary patient detained at _____ ,
(Name of
Psychiatric Facility)
state that I personally examined the patient on the
_____ day of _____ , 19____ .

I am of the opinion that the patient suffers from a
mental disorder of such a nature or degree so as to
require routine clinical medical treatment.

I applied to a tribunal on _____ for an order
(Date)
authorizing the giving of routine clinical medical
treatment to the patient without consent but the tri-
bunal refused to make an order under s.8.11 of the
Act authorizing the giving of routine clinical medi-
cal treatment to the patient without consent.

I hereby apply to the review board for an inquiry
into whether to administer routine clinical medical
treatment to the patient without consent.

Dated this ___ day of _____, 19__.

Signature of Attending Psychiatrist

NOTE: This application is to be accompanied by a
statement setting forth the facts and opinions on
which the application is based.

**DEMANDE D'ENQUÊTE À UNE
COMMISSION DE RECOURS AFIN DE
DÉTERMINER SI UN TRAITEMENT
MÉDICAL CLINIQUE DE ROUTINE
DEVRAIT ÊTRE ADMINISTRÉ SANS
CONSENTEMENT À UN MALADE EN
PLACEMENT NON VOLONTAIRE**

*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.30.1(1))*

Je soussigné(e) _____ de _____ ,
(nom du (adresse)
psychiatre traitant)
psychiatre traitant de _____ ,
(nom du malade)
malade en placement non volontaire détenu à

(nom de l'établissement psychiatrique)
déclare que j'ai personnellement examiné le malade
le _____ 19_____ .

Je suis d'avis que le malade est atteint d'un trouble
mental de nature ou d'un degré tels qu'un traitement
médical clinique de routine est nécessaire.

J'ai demandé à un tribunal le _____ une
(date)
ordonnance autorisant l'administration sans con-
sentement d'un traitement médical clinique de rou-
tine au malade, mais le tribunal a refusé de rendre
une ordonnance en application de l'art.8.11 de la
Loi autorisant l'administration d'un traitement mé-
dical clinique de routine sans consentement.

Je demande par les présentes à la commission de re-
cours de mener une enquête afin de déterminer si un
traitement médical clinique de routine devrait être
administré sans consentement au malade.

Fait le _____ 19__.

Signature du psychiatre traitant

REMARQUE : La présente demande doit être ac-
compagnée d'une déclaration énonçant les faits et
avis sur lesquels la demande est fondée.