

**CERTIFICATE OF ATTENDING
PSYCHIATRIST**

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.30.2(2))*

I, _____ of _____ ,
(Name of (Address)
Attending Psychiatrist)
am the attending psychiatrist of _____ ,
(Name of Patient)
an involuntary patient detained in _____ .
(Name of
Psychiatric Facility)

I am applying to the review board for an inquiry into whether routine clinical medical treatment should be given to the patient without consent.

In my opinion, the patient

(Check one)

is not mentally competent to give or refuse to give consent in relation to routine clinical medical treatment.

is mentally competent to give or refuse to give consent in relation to routine clinical medical treatment but refuses to give such consent.

The reasons for my opinion that the patient 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:

Dated this ___ day of _____, 19__.

Signature of Attending Psychiatrist

CERTIFICAT DU PSYCHIATRE TRAITANT

*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.30.2(2))*

Je soussigné(e) _____ de _____ ,
(nom du (adresse)
psychiatre traitant)
psychiatre traitant de _____ ,
(nom du malade)
non volontaire détenu à _____ .
(nom de l'établissement
psychiatrique)

Je demande à la commission de recours de mener une enquête afin de déterminer si le traitement médical clinique de routine devrait être administré sans consentement au malade.

À mon avis, le malade

(Cocher l'une des cases)

n'est pas capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement au traitement médical clinique de routine.

est capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement au traitement médical clinique de routine mais refuse de le donner.

Les raisons sur lesquelles j'ai fondé mon avis que le malade auquel s'applique le présent certificat, n'est pas capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement au traitement médical clinique de routine sont les suivantes :

Fait le _____ 19__.

Signature du psychiatre traitant