

**CERTIFICATE OF ATTENDING
PSYCHIATRIST**

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.30.3(2)(a))*

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 seeking an order authorizing the giving of specified psychiatric treatment without consent to the patient who has reached the age of sixteen years.

In my opinion, the patient

(Check one)

is not mentally competent to give or refuse to give consent in relation to the specified psychiatric treatment.

is mentally competent to give or refuse to give consent in relation to the specified psychiatric 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 the specified psychiatric 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, al.30.3(2)a))*

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)

cherche à obtenir une ordonnance autorisant l'administration sans consentement d'un traitement psychiatrique spécifié au malade qui est âgé d'au moins seize ans.

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 psychiatrique spécifié.

est capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement au traitement psychiatrique spécifié mais refuse de le donner.

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

Fait le _____ 19____.

Signature du psychiatre traitant