

**APPLICATION FOR REVIEW OF
INVOLUNTARY STATUS**

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.31(1))*

TO: The Chairman of the Review Board

RE: _____, an involuntary patient
(Name of Patient)
detained at _____ .
(Name of Psychiatric Facility)

I the involuntary patient

a person on behalf of the involuntary pa-
tient

the Minister

the Executive Director

the administrator

of _____ hereby
(Address of Applicant)

apply for an inquiry into whether

(Check applicable boxes)

the involuntary patient suffers from a mental
disorder,

the involuntary patient's recent behaviour pre-
sents a substantial risk of imminent physical or
psychological harm to the patient or to others,

the involuntary patient is not suitable for ad-
mission as a voluntary patient,

**DEMANDE DE RÉVISION DU PLACEMENT
NON VOLONTAIRE**

*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.31(1))*

Destinataire : Le président de la commission de re-
cours

Objet : _____, malade en placement non
(nom du malade)
volontaire détenu à _____ ,
(nom de l'établissement psychiatrique)

Je soussigné(e) malade en placement non
volontaire

personne agissant au nom du
malade en placement non
volontaire

Ministre

directeur exécutif

administrateur

de _____, demande par
(adresse du requérant)

les présentes qu'une enquête soit menée afin de dé-
terminer

(Cocher les cases pertinentes)

si le malade en placement non volontaire est at-
teint d'un trouble mental,

si la conduite récente du malade en placement
non volontaire risque sérieusement de causer
un tort physique ou psychologique imminent à
lui-même ou à autrui,

si le malade en placement non volontaire n'est
pas justiciable d'admission à titre de malade en
placement volontaire,

[] less restrictive alternatives would be inappropriate, or

[] the involuntary patient requires hospitalization in the interests of the patient's own safety or the safety of others.

Dated this ____ day of _____, 19__.

Signature of Applicant

Name of Applicant (Printed)

NOTE: This application may be filed when any certificate of detention in relation to the patient comes into force.

[] si des mesures moins contraignantes seraient inappropriées, ou

[] si le malade en placement non volontaire a besoin d'hospitalisation dans l'intérêt de sa propre sécurité ou de la sécurité d'autrui.

Fait le _____ 19__.

Signature du requérant

Nom du requérant (imprimé)

REMARQUE : La présente demande doit être déposée dès l'entrée en vigueur de tout certificat de détention relatif au malade.