

MENTAL HEALTH ACT

**MENTAL HEALTH FORMS REGULATIONS**

R-049-2018

In force September 1, 2018

SI-006-2018

LOI SUR LA SANTÉ MENTALE

**RÈGLEMENT SUR LES FORMULES EN  
SANTÉ MENTALE**

R-049-2018

En vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2018

TR-006-2018

**AMENDED BY**

**MODIFIÉ PAR**

This consolidation is not an official statement of the law. It is an office consolidation prepared by Legislation Division, Department of Justice, for convenience of reference only. The authoritative text of regulations can be ascertained from the *Revised Regulations of the Northwest Territories, 1990* and the monthly publication of Part II of the *Northwest Territories Gazette*.

This consolidation and other G.N.W.T. legislation can be accessed on-line at

<https://www.justice.gov.nt.ca/en/browse/laws-and-legislation/>

La présente codification administrative ne constitue pas le texte officiel de la loi; elle n'est établie qu'à titre documentaire par les Affaires législatives du ministère de la Justice. Seuls les règlements contenus dans les *Règlements révisés des Territoires du Nord-Ouest (1990)* et dans les parutions mensuelles de la Partie II de la *Gazette des Territoires du Nord-Ouest* ont force de loi.

La présente codification administrative et les autres lois et règlements du G.T.N.-O. sont disponibles en direct à l'adresse suivante :

<https://www.justice.gov.nt.ca/en/browse/laws-and-legislation/>



## MENTAL HEALTH ACT

### MENTAL HEALTH FORMS REGULATIONS

The Commissioner, on the recommendation of the Minister, under section 106 of the *Mental Health Act* and every enabling power, makes the *Mental Health Forms Regulations*.

#### General

1. (1) The Director of Mental Health appointed under subsection 14(1) of the *Mental Health General Regulations* may approve forms for the purpose of administering the Act.

(2) Approved forms may include certificates, written information, authorizations, cancellations, designations, statements, treatment plans, notices and amendments.

2. (1) A certificate issued under the Act must be signed and dated by the person who issues it, and the time that the certificate is signed must be noted on the certificate.

(2) An approved form used for the cancellation of a certificate issued under the Act must be signed and dated by the person who cancels the certificate, and the time that the form is signed must be noted on the form.

(3) Any other approved form, including written information, authorizations, designations, statements, treatment plans, notices and amendments must be signed and dated by the person who makes, issues or provides the form, and the time that the form is signed must be noted on the form.

#### Notification of Patient Rights and Other Information

3. The written form of information that must be provided to a person under subsection 8(1) of the Act and section 2, 3 or 5 of the *Mental Health General Regulations* must be provided in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the person,
  - (i) the person's name,
  - (ii) the person's health care number,

## LOI SUR LA SANTÉ MENTALE

### RÈGLEMENT SUR LES FORMULES EN SANTÉ MENTALE

La commissaire, sur la recommandation du ministre, en vertu de l'article 106 de la *Loi sur la santé mentale* et de tout pouvoir habilitant, prend le *Règlement sur les formules en santé mentale*.

#### Dispositions générales

1. (1) Le directeur de la santé mentale nommé en vertu du paragraphe 14(1) du *Règlement général sur la santé mentale* peut approuver les formules aux fins de mettre en œuvre la loi.

(2) Les formules approuvées peuvent comprendre des certificats, des renseignements écrits, des autorisations, des annulations, des désignations, des attestations, des plans de traitement, des avis et des modifications.

2. (1) Le certificat délivré en application de la loi doit être signé et daté par la personne qui le délivre. L'heure à laquelle le certificat est signé doit être inscrite sur le certificat.

(2) La formule approuvée utilisée pour l'annulation du certificat délivré en application de la loi doit être signée et datée par la personne qui l'annule. L'heure à laquelle la formule est signée doit y être inscrite.

(3) Toute autre formule approuvée, incluant les renseignements écrits, les autorisations, les désignations, les attestations, les plans de traitement, les avis et les modifications doivent être signés et datés par la personne qui la remplit, la délivre ou la remet. L'heure à laquelle la formule est signée doit y être inscrite.

#### Notification des droits du patient et des autres renseignements

3. Les renseignements sous forme écrite qui doivent être remis à la personne en application du paragraphe 8(1) de la loi et des articles 2, 3 ou 5 du *Règlement général sur la santé mentale* doivent l'être au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard de la personne :
  - (i) son nom,

- (iii) the person's date of birth,
- (iv) the person's gender, and
- (v) the person's address;
- (b) an indication whether the information is being provided to the person or a substitute decision maker, and if applicable, the name of the substitute decision maker;
- (c) the name and address of the health facility where the person is detained;
- (d) the name and position of the person providing the form to the detained person or substitute decision maker;
- (e) the applicable information required to be provided to the person or substitute decision maker by the Act or the regulations;
- (f) the time and date when the form is being provided to the person or substitute decision maker.

- (ii) son numéro d'assurance-maladie,
- (iii) sa date de naissance,
- (iv) son genre,
- (v) son adresse;
- b) la précision quant à savoir si les renseignements sont fournis à la personne ou à son mandataire spécial et, le cas échéant, le nom du mandataire spécial;
- c) le nom et l'adresse de l'établissement de santé où est détenue la personne;
- d) le nom et le poste de la personne qui remet la formule à la personne détenue ou au mandataire spécial;
- e) les renseignements pertinents qui doivent être remis à la personne ou au mandataire spécial en application de la loi ou de ses règlements;
- f) l'heure et la date auxquelles la formule est remise à la personne ou à son mandataire spécial.

#### Certificate of Involuntary Assessment

#### Certificat d'évaluation non volontaire

4. A certificate of involuntary assessment, issued under subsection 10(1) of the Act, must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the person subject to the certificate,
  - (i) the person's name,
  - (ii) the person's health care number,
  - (iii) the person's date of birth,
  - (iv) the person's gender,
  - (v) the person's address, and
  - (vi) the community where the person resided at the time of the examination by a health professional;
- (b) in respect of the health professional who issues the certificate,
  - (i) the professional's name, and
  - (ii) the professional's health care profession;
- (c) in respect of the examination conducted under subsection 10(1) of the Act,
  - (i) the date and time when the health professional personally examined the person subject to the certificate,
  - (ii) the name and address of the facility where the examination occurred, and
  - (iii) the facts on which the health professional relied to form the opinion that the person met the involuntary assessment criteria

4. Le certificat d'évaluation non volontaire délivré en application du paragraphe 10(1) de la loi doit être fait au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard de la personne assujettie au certificat :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) sa date de naissance,
  - (iv) son genre,
  - (v) son adresse,
  - (vi) la collectivité dans laquelle la personne résidait au moment où elle a subi l'examen d'un professionnel de la santé;
- b) à l'égard du professionnel de la santé qui délivre le certificat :
  - (i) son nom,
  - (ii) sa profession dans le domaine de la santé;
- c) concernant l'examen fait en vertu du paragraphe 10(1) de la loi :
  - (i) la date et l'heure auxquelles le professionnel de la santé a personnellement examiné la personne visée par le certificat,
  - (ii) le nom et l'adresse de l'établissement où l'examen a eu lieu,
  - (iii) les faits sur lesquels s'est fondé le professionnel de la santé pour

- specified in paragraphs 10(1)(a) to (c) of the Act;
- (d) the name and address of the designated facility where the person is to be conveyed for involuntary psychiatric assessment;
  - (e) the date and time of expiration of the authority to apprehend the person subject to the certificate and to convey that person to a designated facility.

#### Certificate of Involuntary Admission

5. In addition to the information required under subsection 14(2) of the Act, a certificate of involuntary admission must be made in an approved form and must include the following information in respect of the person subject to the certificate:

- (a) the person's health care number;
- (b) the person's date of birth;
- (c) the person's gender;
- (d) the person's address;
- (e) the community where the person resides or was apprehended under the certificate of involuntary assessment;
- (f) the diagnosis or differential diagnosis of the person's mental condition.

#### Renewal Certificate

6. In addition to the information required under subsection 19(2) of the Act, a renewal certificate must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the person subject to the certificate,
  - (i) the person's health care number,
  - (ii) the person's date of birth,
  - (iii) the person's gender,
  - (iv) the person's address, and
  - (v) the diagnosis or differential diagnosis of the person's mental condition;
- (b) an indication whether the renewal certificate is a first, second, third or subsequent renewal certificate;
- (c) the name and address of the designated facility where the person named in the certificate is admitted as an involuntary patient.

- conclure que la personne répondait aux critères d'évaluation non volontaire précisés aux alinéas 10(1)a) à c) de la loi;
- d) le nom et l'adresse de l'établissement désigné où la personne sera transportée pour subir une évaluation psychiatrique non volontaire;
  - e) la date et l'heure auxquelles prend fin le pouvoir d'appréhender la personne assujettie au certificat et de la transporter à l'établissement désigné.

#### Certificat d'admission involontaire

5. Outre les renseignements obligatoires prévus au paragraphe 14(2) de la loi, le certificat d'admission involontaire doit être fait au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants concernant la personne assujettie au certificat :

- a) son numéro d'assurance-maladie;
- b) sa date de naissance;
- c) son genre;
- d) son adresse;
- e) la collectivité dans laquelle elle réside ou celle dans laquelle elle a été appréhendée en vertu du certificat d'évaluation non volontaire;
- f) le diagnostic ou diagnostic différentiel de l'état mental de la personne.

#### Certificat de renouvellement

6. Outre les renseignements obligatoires prévus au paragraphe 19(2) de la loi, le certificat de renouvellement doit être fait au moyen d'une formule approuvée et doit comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard de la personne assujettie au certificat :
  - (i) son numéro d'assurance-maladie,
  - (ii) sa date de naissance,
  - (iii) son genre,
  - (iv) son adresse,
  - (v) le diagnostic ou diagnostic différentiel de l'état mental de la personne;
- b) la précision quant à savoir s'il s'agit du premier, second ou troisième certificat de renouvellement ou d'un certificat de renouvellement subséquent;
- c) le nom et l'adresse de l'établissement désigné où la personne nommée dans le

certificat est admise comme patient en placement non volontaire.

#### Cancellation of Certificate of Involuntary Admission or of Renewal Certificate

**7.** A cancellation of a certificate of involuntary admission or renewal certificate, made under paragraph 17(2)(a) or subsections 20(2), 44(2), 46(2) or 50(2) of the Act, must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient subject to the certificate being cancelled,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's date of birth,
  - (iv) the patient's gender, and
  - (v) the patient's address;
- (b) identification of the certificate being cancelled;
- (c) the name and address of the medical practitioner who cancels the certificate;
- (d) in respect of the psychiatric assessment,
  - (i) the date and time when the medical practitioner personally examined the patient subject to the certificate being cancelled,
  - (ii) the name and address of the health facility where the assessment occurred, and
  - (iii) the facts on which the medical practitioner relied to form the opinion that the involuntary admission criteria are no longer met;
- (e) the name and address of the designated facility where the patient named in the certificate being cancelled is admitted as an involuntary patient.

#### Authorization to Transfer Involuntary Patient to Facility Within the Northwest Territories

**8.** An authorization to transfer an involuntary patient to another designated facility or to another health facility, issued under subsection 23(1) of the Act, must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient being transferred,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's date of birth,
  - (iv) the patient's gender, and

#### Annulation du certificat d'admission involontaire ou du certificat de renouvellement

**7.** L'annulation d'un certificat d'admission involontaire ou d'un certificat de renouvellement, fait en application de l'alinéa 17(2)a) ou du paragraphe 20(2), 44(2), 46(2) or 50(2) de la loi, doit être fait au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient visé par le certificat qui fait l'objet de l'annulation :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) sa date de naissance,
  - (iv) son genre,
  - (v) son adresse;
- b) l'identification du certificat qui fait l'objet de l'annulation;
- c) le nom et l'adresse du médecin traitant qui annule le certificat;
- d) concernant l'évaluation psychiatrique :
  - (i) la date et l'heure auxquelles le médecin traitant a personnellement examiné le patient visé par le certificat,
  - (ii) le nom et l'adresse de l'établissement de santé où l'évaluation a eu lieu,
  - (iii) les faits sur lesquels s'est fondé le médecin traitant pour conclure que le patient ne répond plus aux critères d'admission non volontaire;
- e) le nom et l'adresse de l'établissement désigné dans lequel le patient nommé dans le certificat est admis comme patient en placement non volontaire.

#### Autorisation de transférer un patient en placement non volontaire à un établissement situé dans les Territoires du Nord-Ouest

**8.** L'autorisation de transfert d'un patient en placement non volontaire à un autre établissement désigné ou un autre établissement de santé, délivrée en application du paragraphe 23(1) de la loi, doit être faite au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient visé par le transfert :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) sa date de naissance,

- (v) the patient's address;
- (b) the name of the director who issues the authorization;
- (c) the name and address of the designated facility from which the patient is being transferred;
- (d) the name and address of the designated facility or health facility to which the patient is being transferred;
- (e) the name, title and contact information for the contact person at the facility to which the patient is being transferred;
- (f) a statement by the director issuing the authorization that the director
  - (i) complied with the requirements of subsection 23(2) of the Act, and
  - (ii) is satisfied that the transfer is in the best interests of the patient.

Certificate Authorizing Transfer of Involuntary Patient to Facility Outside the Northwest Territories

9. A certificate authorizing the transfer of an involuntary patient to a psychiatric facility or hospital outside the Northwest Territories, issued under subsection 24(1) of the Act, must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient being transferred,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's date of birth,
  - (iv) the patient's gender, and
  - (v) the patient's address;
- (b) the name of the director who issues the certificate;
- (c) the name and address of the designated facility from which the patient is being transferred;
- (d) the name and address of the psychiatric facility or hospital to which the patient is being transferred;
- (e) the name, title and contact information for the contact person at the psychiatric facility or hospital to which the patient is being transferred;
- (f) if paragraph 24(1)(a) of the Act applies to the transfer,
  - (i) information verifying that the patient has come to or been brought into the Northwest Territories from elsewhere and the hospitalization is

- (iv) son genre,
- (v) son adresse;
- b) le nom du directeur qui délivre l'autorisation;
- c) le nom et l'adresse de l'établissement désigné d'où le patient est transféré;
- d) le nom et l'adresse de l'établissement désigné ou l'établissement de santé vers lequel le patient est transféré;
- e) le nom, le titre et les coordonnées de la personne-ressource de l'établissement vers lequel le patient est transféré;
- f) l'attestation du directeur ayant délivré l'autorisation portant qu'il :
  - (i) s'est conformé aux obligations du paragraphe 23(2) de la loi,
  - (ii) est convaincu que le transfert est dans l'intérêt véritable du patient.

Certificat autorisant le transfert d'un patient en placement non volontaire à un établissement à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest

9. Le certificat autorisant le transfert d'un patient en placement non volontaire à un établissement psychiatrique ou un hôpital à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest, délivré en application du paragraphe 24(1) de la loi, doit être fait au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient visé par le transfert :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) sa date de naissance,
  - (iv) son genre,
  - (v) son adresse;
- b) le nom du directeur qui délivre le certificat;
- c) le nom et l'adresse de l'établissement désigné d'où le patient est transféré;
- d) le nom et l'adresse de l'établissement psychiatrique ou hôpital vers lequel le patient est transféré;
- e) le nom, le titre et les coordonnées de la personne-ressource de l'établissement psychiatrique ou hôpital vers lequel le patient est transféré;
- f) dans le cas d'un transfert auquel l'alinéa 24(1)a) de la loi s'applique :
  - (i) les renseignements confirmant que le patient est venu aux Territoires du Nord-Ouest, ou y a été amené, en provenance d'ailleurs, et

- the responsibility of the jurisdiction to which the patient is to be transferred, and
- (ii) evidence of the consent to the transfer by the patient or, if applicable, the patient's substitute decision maker;
- (g) if paragraph 24(1)(b) of the Act applies to the transfer,
  - (i) a statement by the director issuing the certificate that the director complied with the requirements of subsection 24(3) of the Act and is satisfied that the transfer is in the best interests of the patient, and
  - (ii) evidence of the consent to the transfer by the patient or, if applicable, the patient's substitute decision maker;
- (h) if paragraph 24(1)(c) of the Act applies to the transfer, a statement by a medical practitioner certifying that the patient cannot be properly cared for, observed, examined, assessed, treated, detained or controlled in a designated facility or health facility in the Northwest Territories.

Authorization to Transfer Patient to Designated Facility From Health Facility Outside the Northwest Territories

**10.** An authorization to transfer a patient to a designated facility from a health facility outside the Northwest Territories, issued under subsection 25(1) of the Act, must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient being transferred,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's date of birth,
  - (iv) the patient's gender, and
  - (v) the patient's address;
- (b) the name of the director who issues the authorization;
- (c) the name and address of the health facility outside the Northwest Territories from which the patient is being transferred;
- (d) the name and address of the designated facility to which the patient is being transferred;
- (e) the name, title and contact information for

- l'hospitalisation relève du ressort vers lequel sera transféré le patient,
- (ii) la preuve du consentement au transfert de la part du patient ou de son mandataire spécial, selon le cas;
- g) dans le cas d'un transfert auquel l'alinéa 24(1)b) de la loi s'applique :
  - (i) l'attestation du directeur ayant délivré le certificat portant qu'il :
    - (A) s'est conformé aux obligations du paragraphe 24(3) de la loi,
    - (B) est convaincu que le transfert est dans l'intérêt véritable du patient,
  - (ii) la preuve du consentement au transfert de la part du patient ou de son mandataire, selon le cas;
- h) dans le cas d'un transfert auquel l'alinéa 24(1)c) de la loi s'applique, l'attestation du médecin traitant confirmant que le patient ne peut être convenablement soigné, observé, examiné, évalué, traité, détenu ou maîtrisé dans un établissement désigné ou un établissement de santé des Territoires du Nord-Ouest.

Autorisation de transfert d'un patient en provenance d'un établissement de santé de l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest vers un établissement désigné

**10.** L'autorisation de transfert à un établissement désigné d'un patient en provenance d'un établissement de santé de l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest, délivrée en application du paragraphe 25(1) de la loi, doit être faite au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient visé par le transfert :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) sa date de naissance,
  - (iv) son genre,
  - (v) son adresse;
- b) le nom du directeur qui délivre l'autorisation;
- c) le nom et l'adresse de l'établissement de santé de l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest à partir duquel le patient est transféré;
- d) le nom et l'adresse de l'établissement désigné vers lequel le patient est transféré;



- the contact person at the health facility outside the Northwest Territories from which the patient is being transferred;
- (f) if paragraph 25(1)(a) of the Act applies to the transfer,
    - (i) a statement by the director issuing the authorization that the director is satisfied that the Northwest Territories is responsible for the patient's hospitalization, and
    - (ii) information supporting the director's statement under subparagraph (i);
  - (g) if paragraph 25(1)(b) of the Act applies to the transfer,
    - (i) a statement by the director issuing the authorization that the director is satisfied that the transfer is in the best interests of the patient, and
    - (ii) information supporting the director's statement under subparagraph (i).

#### Treatment Decision Certificate

**11.** A treatment decision certificate, issued under subsection 29(3) of the Act, must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient subject to the certificate,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's status as a voluntary patient, involuntary patient or other,
  - (iv) the patient's date of birth,
  - (v) the patient's gender, and
  - (vi) the patient's address;
- (b) the date of admission of the person as a patient;
- (c) the name and address of the designated facility where the person is admitted as a patient;
- (d) the name and address of the attending medical practitioner who issues the certificate;
- (e) the date and time of assessment of the mental competence of the patient by the attending medical practitioner;
- (f) a statement by the attending medical practitioner issuing the certificate that the practitioner complied with the

- e) le nom, le titre et les coordonnées de la personne-ressource de l'établissement de santé à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest à partir duquel le patient est transféré;
- f) dans le cas d'un transfert fait en vertu de l'alinéa 25(1)a) de la loi :
  - (i) l'attestation du directeur délivrant l'autorisation qu'il est convaincu que l'hospitalisation du patient relève des Territoires du Nord-Ouest,
  - (ii) les renseignements sur lesquels le directeur fonde l'attestation prévue au sous-alinéa (i);
- g) dans le cas d'un transfert fait en vertu de l'alinéa 25(1)b) de la loi :
  - (i) l'attestation du directeur délivrant l'autorisation qu'il est convaincu que le transfert est dans l'intérêt véritable du patient,
  - (ii) les renseignements sur lesquels le directeur fonde l'attestation prévue au sous-alinéa (i).

#### Certificat relatif aux décisions liées au traitement

**11.** Le certificat relatif aux décisions liées au traitement, délivré en application du paragraphe 29(3) de la loi, doit être fait au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient assujéti au certificat :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) son statut de patient en placement volontaire, patient en placement involontaire ou autre statut,
  - (iv) sa date de naissance,
  - (v) son genre,
  - (vi) son adresse;
- b) la date de son admission comme patient;
- c) le nom et l'adresse de l'établissement désigné où la personne est admise comme patient;
- d) le nom et l'adresse du médecin traitant qui délivre le certificat;
- e) la date et l'heure auxquelles le médecin traitant a évalué la capacité mentale du patient;
- f) l'attestation du médecin traitant, qui délivre le certificat, portant qu'il :
  - (i) s'est conformé aux obligations du paragraphe 29(2) de la loi,
  - (ii) est d'avis que le patient n'est pas

requirements of subsection 29(2) of the Act and is of the opinion that the patient is not mentally competent to make treatment decisions;

- (g) the reasons for the attending medical practitioner's opinion that the patient is not mentally competent to make treatment decisions.

#### Cancellation of Treatment Decision Certificate

**12.** A cancellation of a treatment decision certificate, made under subsection 29(6) of the Act, must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient subject to the certificate being cancelled,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's status as a voluntary patient, involuntary patient or other,
  - (iv) the patient's date of birth,
  - (v) the patient's gender, and
  - (vi) the patient's address;
- (b) identification of the certificate being cancelled;
- (c) the name and address of the designated facility where the person is admitted as a patient;
- (d) the name and address of the attending medical practitioner who cancels the certificate;
- (e) the date and time of assessment of the mental competence of the patient by the attending medical practitioner;
- (f) a statement by the attending medical practitioner that the medical practitioner reviewed the mental condition of the patient in accordance with subsection 29(5) of the Act and is of the opinion that the patient has gained mental competence to make treatment decisions;
- (g) the reasons for the attending medical practitioner's opinion that the patient has gained mental competence to make treatment decisions.

mentalement capable de prendre des décisions liées au traitement;

- g) les motifs pour lesquels le médecin traitant est d'avis que le patient n'est pas mentalement capable de prendre des décisions liées au traitement.

#### Annulation d'un certificat relatif aux décisions liées au traitement

**12.** L'annulation d'un certificat relatif aux décisions liées au traitement, faite en application du paragraphe 29(6) de la loi, doit être faite au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient assujéti au certificat qui fait l'objet de l'annulation :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) son statut de patient en placement volontaire, patient en placement involontaire ou autre statut,
  - (iv) sa date de naissance,
  - (v) son genre,
  - (vi) son adresse;
- b) l'identification du certificat qui fait l'objet de l'annulation;
- c) le nom et l'adresse de l'établissement désigné où la personne est admise comme patient;
- d) le nom et l'adresse du médecin traitant qui annule le certificat;
- e) la date et l'heure auxquelles le médecin traitant a évalué la capacité mentale du patient;
- f) l'attestation du médecin traitant, qui annule le certificat, portant qu'il :
  - (i) a réexaminé l'état mental du patient conformément aux obligations du paragraphe 29(5) de la loi,
  - (ii) est d'avis que le patient a retrouvé la capacité mentale de prendre des décisions liées au traitement;
- g) les motifs pour lesquels le médecin traitant est d'avis que le patient a retrouvé la capacité mentale de prendre des décisions liées au traitement.

## Designation of Substitute Decision Maker

**13. (1)** A designation of a substitute decision maker, made under subsection 30(2) of the Act, must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient for whom a substitute decision maker is designated,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's status as a voluntary patient, involuntary patient or other,
  - (iii) the patient's date of birth,
  - (iv) the patient's gender, and
  - (v) the patient's address;
- (b) the name and address of the designated facility where the person is admitted as a patient;
- (c) identification of the certificate to which the designation relates, including the date and time the certificate was issued and the name of the attending medical practitioner who issued it;
- (d) in respect of the person designated as the substitute decision maker,
  - (i) the person's name,
  - (ii) the person's address,
  - (iii) the person's telephone number, and
  - (iv) the person's relationship to the patient;
- (e) if paragraph 30(4)(d) of the Act applies to the proposed designation, a statement by the substitute decision maker that the substitute decision maker complied with the requirements of paragraph 30(5)(c) of the Act;
- (f) the signature of the substitute decision maker and date of signature;
- (g) the name and address of the director of the designated facility or the attending medical practitioner, whichever is applicable, who makes the designation of substitute decision maker;
- (h) if subsection 30(3) and paragraphs 30(5)(a) and (b) of the Act apply to the proposed designation, a statement by the director of the designated facility or the attending medical practitioner making the designation, whichever is applicable, that he or she has reasonable grounds to believe that the substitute decision maker meets those requirements;
  - (i) a statement by the director of the

## Désignation du mandataire spécial

**13. (1)** La désignation du mandataire spécial faite en application du paragraphe 30(2) de la loi, doit être faite au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient pour lequel un mandataire spécial est désigné :
  - (i) son nom,
  - (ii) son statut de patient en placement volontaire, patient en placement involontaire ou autre statut,
  - (iii) sa date de naissance,
  - (iv) son genre,
  - (v) son adresse;
- b) le nom et l'adresse de l'établissement désigné où la personne est admise comme patient;
- c) l'identification du certificat concerné par la désignation, incluant la date et l'heure de délivrance du certificat et le nom du médecin traitant qui l'a délivré;
- d) à l'égard de la personne désignée comme mandataire spécial :
  - (i) son nom,
  - (ii) son adresse,
  - (iii) son numéro de téléphone,
  - (iv) son lien avec le patient;
- e) dans le cas où l'alinéa 30(4)d) de la loi s'applique à la désignation envisagée, l'attestation du mandataire spécial portant qu'il s'est conformé aux obligations de l'alinéa 30(5)c) de la loi;
- f) la signature du mandataire spécial et la date de sa signature;
- g) le nom et l'adresse du directeur de l'établissement désigné ou du médecin traitant, selon le cas, qui désigne le mandataire spécial;
- h) dans le cas où le paragraphe 30(3) et les alinéas 30(5)a) et 30(5)b) de la loi s'appliquent à la désignation envisagée, l'attestation du directeur de l'établissement désigné ou du médecin traitant qui fait la désignation, selon le cas, portant qu'il a des motifs raisonnables de croire que le mandataire spécial satisfait ces conditions;
  - i) l'attestation du directeur de l'établissement désigné ou du médecin traitant qui fait la désignation, à savoir lequel ou lesquels des alinéas 30(4)a), b), c) ou d) ou des paragraphes 30(9) ou (10)

- designated facility or the attending medical practitioner making the designation, whichever is applicable, as to whether paragraphs 30(4)(a), (b), (c) or (d) or subsection 30(9) or (10) of the Act applies to the designation of the substitute decision maker, and information about how the paragraph or subsection applies;
- (j) a statement that the designation ceases to have effect on the expiration or cancellation of the treatment decision certificate to which the designation relates.

(2) If subsection 30(9) or (10) of the Act applies, the designation must be signed and dated by the patient, and the time that the designation is signed must be noted on the designation.

#### Short Term Leave Certificate

**14.** (1) In addition to the information required under subsection 35(3) of the Act, a short term leave certificate must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient subject to the certificate,
- (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's date of birth,
  - (iv) the patient's gender, and
  - (v) the patient's address;
- (b) the name and address of the designated facility where the person is admitted as a patient;
- (c) identification of the certificate of involuntary admission or renewal certificate to which the patient is subject, including the date and time the certificate was issued, the name of the medical practitioner who issued the certificate and the date and time of expiration of the certificate;
- (d) the name and address of the attending medical practitioner who issues the short term leave certificate;
- (e) evidence of consent to the issuance of the short term leave certificate by the patient or, if applicable, the patient's substitute decision maker;
- (f) an acknowledgement by the patient that the patient will comply with the applicable conditions during the short

de la loi s'appliquent à la désignation du mandataire spécial et les renseignements les modalités d'application de cet alinéa ou de ce paragraphe;

- j) l'attestation que la désignation cesse d'avoir effet au moment de l'expiration ou l'annulation du certificat relatif aux décisions liées au traitement visé par la désignation.

(2) Dans le cas où le paragraphe 30(9) ou (10) de la loi s'applique, la désignation doit être signée et datée par le patient. L'heure à laquelle la désignation est signée doit y être indiquée.

#### Certificat de congé de courte durée

**14.** (1) En plus des renseignements obligatoires en vertu du paragraphe 35(3) de la loi, un certificat de congé de courte durée doit être fait au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient visé par le certificat :
- (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) sa date de naissance,
  - (iv) son genre,
  - (v) son adresse;
- b) le nom et l'adresse de l'établissement désigné où la personne est admise comme patient;
- c) l'identification du certificat d'admission involontaire ou du certificat de renouvellement auquel le patient est assujéti, incluant la date et l'heure de délivrance du certificat, le nom du médecin traitant qui l'a délivré et la date et l'heure d'expiration du certificat;
- d) le nom et l'adresse du médecin traitant qui délivre le certificat de congé de courte durée;
- e) la preuve du consentement du patient ou, selon le cas, de son mandataire spécial, à la délivrance du certificat de congé de courte durée;
- f) la reconnaissance du patient ou, selon le cas, de son mandataire spécial, qu'il doit se conformer aux conditions applicables durant le congé de courte durée;

term leave;

- (g) an acknowledgement by the patient that the patient understands that
  - (i) the patient remains an involuntary patient during the short term leave,
  - (ii) the patient may voluntarily return to the designated facility before the expiration of the short term leave certificate,
  - (iii) the patient is required to return to the designated facility by the date and time of expiration specified in the certificate unless the patient ceases to be an involuntary patient before that time,
  - (iv) the short term leave certificate may be cancelled if the circumstances specified in subsection 36(1) of the Act apply,
  - (v) if the short term leave certificate is cancelled, the patient must immediately return to the designated facility on receiving notice of the cancellation, unless the patient ceases to be an involuntary patient before that time, and
  - (vi) if the patient fails to return as required, the patient may be apprehended by a peace officer and returned to the designated facility.

(2) A short term leave certificate must be signed and dated by the patient or, if applicable, the substitute decision maker, and the time that the certificate is signed must be noted on the certificate.

#### Cancellation of Short Term Leave Certificate

**15.** A cancellation of a short term leave certificate, made under subsection 36(1) of the Act, must be made in an approved form that and must include the following information:

- (a) in respect of the patient subject to the certificate being cancelled,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's date of birth,
  - (iv) the patient's gender, and
  - (v) the patient's address;
- (b) the date of expiration of the certificate of involuntary admission or renewal certificate to which the patient is subject;

g) la reconnaissance par le patient qu'il comprend les conditions suivantes :

- (i) il demeure un patient en placement non volontaire durant le congé de courte durée,
- (ii) il peut volontairement retourner à l'établissement désigné avant l'expiration du certificat de congé de courte durée,
- (iii) il doit retourner à l'établissement désigné au plus tard à la date et l'heure d'expiration précisées au certificat, sauf si le patient cesse d'être en placement non volontaire de façon préalable,
- (iv) le certificat de courte durée peut être annulé si l'un ou l'autre des cas prévus au paragraphe 36(1) de la loi s'applique,
- (v) dans le cas où le certificat de courte durée est annulé, le patient doit retourner, sans délai, à l'établissement désigné dès qu'il reçoit l'avis d'annulation, sauf si le patient cesse d'être en placement non volontaire de façon préalable,
- (vi) dans le cas où le patient ne se conforme pas à l'obligation de retourner à l'établissement désigné, il peut être appréhendé par un agent de la paix et y être transporté.

(2) Le certificat de congé de courte durée doit être signé et daté par le patient ou son mandataire spécial, selon le cas. L'heure à laquelle le certificat est signé doit être indiquée sur le certificat.

#### Annulation du certificat de congé de courte durée

**15.** L'annulation du certificat de congé de courte durée, faite en application du paragraphe 36(1) de la loi, doit être faite au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient assujéti au certificat qui fait l'objet de l'annulation :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) sa date de naissance,
  - (iv) son genre,
  - (v) son adresse;
- b) la date d'expiration du certificat d'admission involontaire ou du certificat de renouvellement auquel le patient est

- (c) the name and address of the designated facility where the person is admitted as a patient;
- (d) identification of the certificate being cancelled, including the date and time the certificate was issued, the name of the attending medical practitioner who issued the certificate and the date and time of expiration of the certificate;
- (e) the name and address of the attending medical practitioner who cancels the certificate;
- (f) a statement by the attending medical practitioner identifying whether the certificate is being cancelled under paragraph 36(1)(a) or (b) of the Act and the facts on which the medical practitioner relied to form the opinion that that provision is met;
- (g) the name and address of the designated facility to which the patient must return;
- (h) contact information to arrange travel back to the designated facility.

Notice of Intention to Issue  
Assisted Community Treatment Certificate

**16.** Notice of an intention to begin preparations for the issuance of an assisted community treatment certificate, under subsection 37(2) of the Act, must be provided in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's date of birth,
  - (iv) the patient's gender, and
  - (v) the patient's address;
- (b) the name and address of the designated facility where the person is admitted as a patient;
- (c) identification of the certificate of involuntary admission or renewal certificate to which the patient is subject, including the date and time the certificate was issued, the name of the attending medical practitioner who issued the certificate and the date and time of expiration of the certificate;
- (d) the name and address of the attending medical practitioner who is providing the notice;
- (e) a statement by the attending medical

- assujetti;
- c) le nom et l'adresse de l'établissement désigné où la personne est admise comme patient;
- d) l'identification du certificat qui est annulé, incluant la date et l'heure de délivrance du certificat, le nom du médecin traitant qui l'a délivré et la date et l'heure d'expiration du certificat;
- e) le nom et l'adresse du médecin traitant qui annule le certificat;
- f) l'attestation du médecin traitant précisant si l'annulation est faite en application de l'alinéa 36(1)a) ou b) de la loi et les faits sur lesquels s'est fondé le médecin traitant pour conclure que le patient répond aux critères de l'une ou l'autre de ces dispositions;
- g) le nom et l'adresse de l'établissement désigné auquel le patient doit retourner;
- h) les coordonnées de la personne-ressource qui organise le déplacement de retour vers l'établissement désigné.

Avis d'intention de délivrer un certificat de traitement  
en milieu communautaire assisté

**16.** L'avis d'intention d'entamer la préparation de la délivrance d'un certificat de traitement en milieu communautaire assisté, en application du paragraphe 37(2) de la loi, doit être fait au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) sa date de naissance,
  - (iv) son genre,
  - (v) son adresse;
- b) le nom et l'adresse de l'établissement désigné où la personne est admise comme patient;
- c) l'identification du certificat d'admission involontaire ou du certificat de renouvellement auquel le patient est assujéti, incluant la date et l'heure de délivrance du certificat, le nom du médecin traitant qui l'a délivré et la date et l'heure d'expiration du certificat;
- d) le nom et l'adresse du médecin traitant qui donne l'avis;
- e) l'attestation du médecin traitant donnant l'avis d'intention portant qu'il :

practitioner providing the notice that the medical practitioner

- (i) is of the opinion that the patient meets the criteria specified in paragraphs 37(6)(a) to (d) of the Act, and
  - (ii) intends to begin preparations for an assisted community treatment certificate for the patient;
- (f) the community where the patient would likely reside while subject to the assisted community treatment certificate;
  - (g) the treatment, services and support that would likely be required for the patient under a community treatment plan;
  - (h) the name of one or more medical practitioners who could be identified in the community treatment plan for the patient as the medical practitioner responsible for the general supervision and management of the community treatment plan.

#### Assisted Community Treatment Certificate

**17. (1)** In addition to the information required under subsection 38(2) of the Act, an assisted community treatment certificate must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient subject to the certificate,
  - (i) the patient's health care number,
  - (ii) the patient's date of birth,
  - (iii) the patient's gender, and
  - (iv) the patient's address;
- (b) the name and address of the designated facility where the person is admitted as a patient;
- (c) identification of the certificate of involuntary admission to which the patient is subject, including the date and time the certificate was issued, the name of the attending medical practitioner who issued the certificate and the date and time of expiration of the certificate;
- (d) an indication whether the assisted community treatment certificate is the original certificate or is a first, second, third or subsequent renewal of that certificate;
- (e) if the assisted community treatment

(i) est d'avis que le patient répond aux critères précisés aux alinéas 37(6)a à d) de la loi,

- (ii) entend entamer l'élaboration d'un certificat de traitement en milieu communautaire assisté pour le patient;
- f) la collectivité dans laquelle résiderait probablement le patient pour la période durant laquelle il sera assujéti au certificat de traitement en milieu communautaire;
  - g) le traitement, les services et le soutien qui seraient probablement nécessaires pour le patient assujéti à un plan de traitement en milieu communautaire;
  - h) le nom d'un ou plusieurs médecins traitants susceptibles d'être identifiés dans le plan de traitement en milieu communautaire comme médecin traitant chargé de la surveillance et gestion générales du plan de traitement en milieu communautaire.

#### Certificat de traitement en milieu communautaire assisté

**17. (1)** En plus des renseignements obligatoires en vertu du paragraphe 38(2) de la loi, un certificat de traitement en milieu communautaire assisté doit être fait au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient assujéti au certificat :
  - (i) son numéro d'assurance-maladie,
  - (ii) sa date de naissance,
  - (iii) son genre,
  - (iv) son adresse;
- b) le nom et l'adresse de l'établissement désigné où la personne est admise comme patient;
- c) l'identification du certificat d'admission involontaire auquel le patient est assujéti, incluant la date et l'heure de la délivrance du certificat, le nom du médecin traitant qui l'a délivré et la date et l'heure d'expiration du certificat;
- d) la précision quant à savoir s'il s'agit du certificat de traitement en milieu communautaire assisté original, d'un premier, second ou troisième certificat de renouvellement ou d'un certificat de renouvellement subséquent;
- e) dans le cas où le certificat de traitement en

certificate is a renewal of the original certificate, identification of each previous assisted community treatment certificate, including the dates the certificates were issued and if applicable, expired, and the names of the medical practitioners who issued the certificates.

(2) An assisted community treatment certificate must be signed and dated by the patient or, if applicable, the substitute decision maker, and the time that the certificate is signed must be noted on the certificate.

#### Assisted Community Treatment Certificate, Amendment

**18.** An amendment to an assisted community treatment certificate under subsection 6(1) of the *Assisted Community Treatment Regulations* must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient subject to the certificate being amended,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's date of birth,
  - (iv) the patient's gender, and
  - (v) the patient's address;
- (b) if applicable, the name and address of the designated facility from which the patient is being transferred;
- (c) if applicable, the name and address of the designated facility to which the patient is being transferred and is deemed to be admitted;
- (d) identification of the certificate being amended;
- (e) the amendment to the certificate.

#### Community Treatment Plan

**19.** (1) In addition to the information required under subsection 40(1) of the Act, a community treatment plan must be prepared in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient subject to the community treatment plan,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's date of birth,

milieu communautaire assisté est un renouvellement du certificat original, l'identification de chaque certificat de traitement en milieu communautaire assisté préalable, incluant le nom du médecin traitant qui a délivré ces certificats, la date de leur délivrance et, le cas échéant, la date de leur expiration.

(2) Le certificat de traitement en milieu communautaire assisté doit être signé et daté par le patient ou son mandataire spécial, selon le cas. L'heure à laquelle le certificat est signé doit y être indiquée.

#### Modification à un certificat de traitement en milieu communautaire assisté

**18.** La modification d'un certificat de traitement en milieu communautaire assisté, en application du paragraphe 6(1) du *Règlement sur le traitement en milieu communautaire assisté*, doit être faite au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient assujéti au certificat qui fait l'objet de la modification :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) sa date de naissance,
  - (iv) son genre,
  - (v) son adresse;
- b) le cas échéant, le nom et l'adresse de l'établissement désigné d'où le patient est transféré;
- c) le cas échéant, le nom et l'adresse de l'établissement désigné vers lequel le patient est transféré et où le patient est réputé admis;
- d) l'identification du certificat qui fait l'objet de la modification;
- e) la modification au certificat.

#### Plan de traitement en milieu communautaire

**19.** (1) En plus des renseignements obligatoires en vertu du paragraphe 40(1) de la loi, un plan de traitement en milieu communautaire doit être fait au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient assujéti au plan de traitement en milieu communautaire :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,



- (iv) the patient's gender, and
  - (v) the patient's address;
  - (b) the name and address of the designated facility where the person is admitted as a patient;
  - (c) identification of the certificate of involuntary admission or renewal certificate to which the patient is subject, including the date and time the certificate was issued, the name of the attending medical practitioner who issued the certificate and the date and time of expiration of the certificate;
  - (d) the name and address of the attending medical practitioner who prepares the community treatment plan;
  - (e) in respect of each health professional or other person or body who has agreed to provide supervision, treatment, care or other support under the community treatment plan,
    - (i) a summary of the health professional's, person's or body's role and obligations under the plan,
    - (ii) evidence of the consent of the health professional, person or body to the performance of that role and those obligations, and
    - (iii) evidence of the consent of the health professional, person or body to the disclosure of the person's or body's name to the other persons described in paragraphs 40(1)(e) to (h) of the Act;
  - (f) in respect of each substitute decision maker, family member or other person who has agreed to monitor the patient, assist in the patient's compliance with the community treatment plan and report to the medical practitioner responsible for general supervision and management of the plan,
    - (i) evidence of the person's consent to the performance of that role and those obligations, and
    - (ii) evidence of the person's consent to the disclosure of the person's name to the other persons described in paragraphs 40(1)(e) to (h) of the Act;
  - (g) an acknowledgement by the patient that the patient understands that
    - (i) the patient remains an involuntary patient while the assisted community
      - (iii) sa date de naissance,
      - (iv) son genre,
      - (v) son adresse;
- b) le nom et l'adresse de l'établissement désigné où la personne est admise comme patient;
  - c) l'identification du certificat d'admission involontaire ou du certificat de renouvellement auquel le patient est assujéti, incluant la date et l'heure de délivrance du certificat, le nom du médecin traitant qui l'a délivré et la date et l'heure d'expiration du certificat;
  - d) le nom et l'adresse du médecin traitant qui prépare le plan de traitement en milieu communautaire;
  - e) à l'égard de chaque professionnel de la santé, autre personne ou organisme qui a accepté d'offrir la surveillance, le traitement, les soins ou tout autre soutien en vertu d'un plan de traitement en milieu communautaire :
    - (i) le résumé du rôle et des obligations du professionnel de la santé, de la personne ou de l'organisme en vertu du plan,
    - (ii) la preuve du consentement du professionnel de la santé, de la personne ou de l'organisme à exercer ce rôle et de respecter ces obligations,
    - (iii) la preuve du consentement du professionnel de la santé, de la personne ou de l'organisme à la divulgation de son nom aux autres personnes visées aux alinéas 40(1)(e) à h) de la loi;
  - f) à l'égard de chaque mandataire spécial, membre de la famille ou autre personne qui a accepté de surveiller le patient, d'aider à son respect du plan et de faire rapport au médecin traitant chargé de la surveillance et de la gestion générales :
    - (i) la preuve du consentement de la personne à exercer ce rôle et à respecter ces obligations,
    - (ii) la preuve du consentement de la personne à la divulgation de son nom aux autres personnes visées aux alinéas 40(1)(e) à h) de la loi;
  - g) la reconnaissance par le patient qu'il comprend les conditions suivantes :
    - (i) il demeure un patient en placement

- treatment certificate remains in effect,
- (ii) the patient may voluntarily return to the designated facility before the expiration of the assisted community treatment certificate,
  - (iii) the patient is required to return to the designated facility by the date and time specified in the notice of expiration of the assisted community treatment certificate, unless the certificate is renewed or the patient ceases to be an involuntary patient before that time,
  - (iv) the assisted community treatment certificate may be cancelled if the circumstances specified in subsection 48(1) or 49(2) of the Act apply,
  - (v) if the assisted community treatment certificate is cancelled, the patient must immediately return to the designated facility on receiving notice of the cancellation, unless the patient ceases to be an involuntary patient before that time, and
  - (vi) if the patient fails to return as required, the patient may be apprehended by a peace officer and returned to the designated facility;
- (h) if the attending medical practitioner who issued the assisted community treatment certificate will not be responsible for the general supervision and management of the community treatment plan, the name, address and signature of the medical practitioner who will be responsible for the plan's general supervision and management.

(2) A community treatment plan must be signed and dated by the patient or, if applicable, the substitute decision maker, and the time that the plan is signed must be noted on the plan.

- non volontaire tant que le certificat de traitement en milieu communautaire assisté demeure en vigueur,
- (ii) il peut volontairement retourner à l'établissement désigné avant l'expiration du certificat de traitement en milieu communautaire assisté,
  - (iii) il doit retourner à l'établissement désigné au plus tard à la date et l'heure d'expiration précisées au certificat de traitement en milieu communautaire assisté, sauf si le certificat est renouvelé ou que le patient cesse d'être en placement non volontaire de façon préalable,
  - (iv) le certificat de traitement en milieu communautaire assisté peut être annulé si l'un ou l'autre des cas prévus au paragraphe 48(1) ou 49(2) de la loi s'applique,
  - (v) dans le cas où le certificat de traitement en milieu communautaire assisté est annulé, le patient doit retourner, sans délai, à l'établissement désigné dès qu'il reçoit l'avis d'annulation, sauf si le patient cesse d'être en placement non volontaire de façon préalable,
  - (vi) dans le cas où le patient ne se conforme pas à l'obligation de retourner à l'établissement désigné, il peut être appréhendé par un agent de la paix et y être transporté;
- h) dans le cas où le médecin traitant ayant délivré le certificat de traitement en milieu communautaire assisté n'est pas le médecin traitant chargé de la surveillance et de la gestion générales du plan de traitement en milieu communautaire, le nom, l'adresse et la signature du médecin traitant chargé de la surveillance et de la gestion générales du plan.

(2) Le plan de traitement en milieu communautaire doit être signé et daté par le patient ou son mandataire spécial, selon le cas. L'heure à laquelle le plan est signé doit y être indiquée.

## Community Treatment Plan, Amendment

**20.** (1) An amendment of a community treatment plan made under subsection 7(1) or (2) of the *Assisted Community Treatment Regulations* must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient subject to the community treatment plan,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's date of birth,
  - (iv) the patient's gender, and
  - (v) the patient's address;
- (b) the name and address of the designated facility where the person is admitted as a patient;
- (c) identification of the certificate of involuntary admission or renewal certificate to which the patient is subject, including the date and time the certificate was issued, the name of the attending medical practitioner who issued the certificate and the date and time of expiration of the certificate;
- (d) identification of the plan being amended and of the related assisted community treatment certificate;
- (e) the specifics of the amendment to the plan;
- (f) the name and address of the medical practitioner or director who prepares the amendment to the plan;
- (g) evidence of consent to the amendment by a health professional or other person or body who has agreed to provide supervision, treatment, care or other support under the plan and who is affected by the amendment;
- (h) evidence of consent by a health professional or other person or body who has agreed to provide supervision, treatment, care or other support under the plan to the disclosure of the person's or body's name to the other persons described in paragraphs 40(1)(e) to (h) of the Act;
- (i) evidence of consent to the amendment by a substitute decision maker, family member or other person who has agreed to monitor the patient, assist in the patient's compliance with the plan and report to the

## Modification à un plan de traitement en milieu communautaire

**20.** (1) La modification à un plan de traitement en milieu communautaire, en application du paragraphe 7(1) ou 7(2) du *Règlement sur le traitement en milieu communautaire assisté*, doit être faite au moyen d'une formule approuvée et doit comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient assujéti au plan de traitement en milieu communautaire :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) sa date de naissance,
  - (iv) son genre,
  - (v) son adresse;
- b) le nom et l'adresse de l'établissement désigné où la personne est admise comme patient;
- c) l'identification du certificat d'admission involontaire ou du certificat de renouvellement auquel le patient est assujéti, incluant la date et l'heure de délivrance du certificat, le nom du médecin traitant qui l'a délivré et la date et l'heure d'expiration du certificat;
- d) l'identification du plan qui fait l'objet de la modification et du certificat de traitement en milieu communautaire assisté connexe;
- e) les détails sur la modification au plan;
- f) le nom et l'adresse du médecin traitant ou du directeur qui prépare la modification au plan;
- g) la preuve du consentement à la modification au plan de la part du professionnel de la santé, de l'autre personne ou organisme qui a accepté d'offrir la surveillance, le traitement, les soins ou tout autre soutien en vertu du plan et qui est visé par sa modification;
- h) la preuve du consentement donné par un professionnel de la santé ou une autre personne ou organisme qui a accepté d'offrir la surveillance, le traitement, les soins ou tout autre soutien en vertu du plan à la divulgation du nom de la personne ou de l'organisme aux personnes visées par les alinéas 40(1)e) à h) de la loi;
- i) la preuve du consentement à la modification au plan de la part du mandataire spécial, membre de la famille ou d'une autre personne qui a accepté de

medical practitioner responsible for general supervision and management of the plan;

- (j) if necessary, evidence of the consent by a substitute decision maker, family member or other person who has agreed to monitor the patient, assist in the patient's compliance with the plan and report to the medical practitioner responsible for general supervision and management of the plan to the disclosure of the person's name to the other persons described in paragraphs 40(1)(e) to (h) of the Act;
- (k) if the medical practitioner or director of the designated facility who prepared the amendment of the plan will not be responsible for the general supervision and management of the plan, the name, address and signature of the medical practitioner who will be responsible for the plan's general supervision and management.

(2) An amendment to a community treatment plan must be signed and dated by the patient or, if applicable, the substitute decision maker, and the time that the amendment is signed must be noted.

#### Community Treatment Plan, Report

**21.** If a report referred to in paragraph 42(1)(b) of the Act is required by a community treatment plan to be made in written form, the report must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) the name of the health professional or other person or body who has agreed to provide supervision, treatment, care or other support under the community treatment plan;
- (b) the report, as required by the community treatment plan.

surveiller le patient, d'aider à son respect du plan et de faire rapport au médecin traitant chargé de la surveillance et de la gestion générales du plan;

- j) au besoin, la preuve du consentement à la divulgation de son nom aux autres personnes visées aux alinéas 40(1)(e) à h) de la loi, de la part du mandataire spécial, membre de la famille ou de l'autre personne qui a accepté de surveiller le patient, d'aider à son respect du plan et de faire rapport au médecin traitant chargé de la surveillance et de la gestion générales du plan;
- k) dans le cas où le médecin traitant ou le directeur de l'établissement désigné ayant préparé la modification au plan n'est pas chargé de la surveillance et de la gestion générales du plan, le nom, l'adresse et la signature du médecin traitant chargé de la surveillance et de la gestion générales du plan.

(2) La modification à un plan de traitement en milieu communautaire doit être signée et datée par le patient ou son mandataire spécial, selon le cas. L'heure à laquelle la modification au plan est signée doit être indiquée.

#### Rapport sur le plan de traitement en milieu communautaire

**21.** Dans le cas où le rapport visé à l'alinéa 42(1)(b) de la loi doit être sous forme écrite en vertu du plan de traitement communautaire, le rapport doit être fait au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) le nom du professionnel de la santé, de l'autre personne ou organisme qui a accepté d'offrir la surveillance, le traitement, les soins ou tout autre soutien en vertu du plan de traitement communautaire;
- b) le rapport tel que prévu au plan de traitement communautaire.

Notice Requiring Patient to Return to Designated Facility on Expiration of Assisted Community Treatment Certificate

**22.** Notice to an involuntary patient who is required to return to a designated facility on the expiration of an assisted community treatment certificate, under subsection 45(1) of the Act, must be provided in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient subject to the certificate,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's date of birth,
  - (iv) the patient's gender, and
  - (v) the patient's address;
- (b) the name and address of the designated facility where the patient named in the expiring certificate is admitted as an involuntary patient;
- (c) identification of the certificate of involuntary admission or renewal certificate to which the patient is subject, including the date and time the certificate was issued, the name of the medical practitioner who issued the certificate and the date and time of expiration of the certificate;
- (d) identification of the assisted community treatment certificate, including the date and time the certificate was issued, the name of the attending medical practitioner who issued the certificate and the date and time of expiration of the certificate;
- (e) the name and address of the designated facility to which the patient must return;
- (f) contact information to arrange travel back to the designated facility.

Certificate Requiring Patient to Attend Mandatory Assessment at Health Facility

**23.** A certificate issued under subsection 47(1) of the Act, requiring an involuntary patient who is subject to an assisted community treatment certificate to attend a psychiatric assessment and an assessment under subsection 43(1) of the Act, must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient subject to the

Avis remis au patient qui est tenu de retourner à un établissement désigné à l'expiration d'un certificat de traitement en milieu communautaire assisté

**22.** L'avis remis au patient en placement non volontaire qui est tenu de retourner à un établissement désigné à l'expiration d'un certificat de traitement en milieu communautaire assisté, en application du paragraphe 45(1) de la loi, doit être fait au moyen d'une formule approuvée et doit comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient assujetti au certificat :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) sa date de naissance,
  - (iv) son genre,
  - (v) son adresse;
- b) le nom et l'adresse de l'établissement désigné où le patient nommé dans le certificat qui vient à expiration est admis comme patient en placement non volontaire;
- c) l'identification du certificat d'admission involontaire ou du certificat de renouvellement auquel le patient est assujetti, incluant la date et l'heure de délivrance du certificat, le nom du médecin traitant qui l'a délivré et la date et l'heure d'expiration du certificat;
- d) l'identification du certificat de traitement en milieu communautaire assisté, incluant la date et l'heure de délivrance du certificat, le nom du médecin traitant qui l'a délivré et la date et l'heure d'expiration du certificat;
- e) le nom et l'adresse de l'établissement désigné auquel le patient est tenu de retourner;
- f) les coordonnées de la personne-ressource qui organise le déplacement de retour vers l'établissement désigné.

Certificat obligeant le patient à se présenter à une évaluation dans un établissement de santé

**23.** Le certificat délivré en application du paragraphe 47(1) de la loi, obligeant le patient en placement non volontaire assujetti à un certificat de traitement en milieu communautaire assisté à se présenter à une évaluation psychiatrique et à une évaluation en vertu du paragraphe 43(1) de la loi doit être fait au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- certificate,
- (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's date of birth,
  - (iv) the patient's gender, and
  - (v) the patient's address;
- (b) the name and address of the designated facility where the patient named in the certificate is admitted as an involuntary patient;
  - (c) identification of the certificate of involuntary admission or renewal certificate to which the patient is subject, including the date and time the certificate was issued, the name of the medical practitioner who issued the certificate and the date and time of expiration of the certificate;
  - (d) identification of the assisted community treatment certificate, including the date and time the certificate was issued and the name of the attending medical practitioner who issued the certificate and the date and time of expiration of the certificate;
  - (e) the name and address of the medical practitioner or director who issues the certificate requiring the patient to attend the assessment;
  - (f) a statement by the medical practitioner responsible for the general supervision and management of the patient's community treatment plan or by the director of the designated facility named in the assisted community treatment certificate
    - (i) that the medical practitioner or director has reasons to believe that
      - (A) the patient has failed to comply with one or more of the conditions of the community treatment plan, and
      - (B) an assessment is required to determine the effectiveness of the community treatment plan and whether the involuntary admission criteria continue to be met, and
    - (ii) containing the facts on which the medical practitioner or director relied to form the opinion described in subparagraph (i);
  - (g) evidence showing that reasonable efforts have been made to
- a) à l'égard du patient assujéti au certificat :
    - (i) son nom,
    - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
    - (iii) sa date de naissance,
    - (iv) son genre,
    - (v) son adresse;
  - b) le nom et l'adresse de l'établissement désigné où le patient nommé dans le certificat est admis comme patient en placement non volontaire;
  - c) l'identification du certificat d'admission involontaire ou du certificat de renouvellement auquel le patient est assujéti, incluant la date et l'heure de délivrance du certificat, le nom du médecin traitant qui l'a délivré et la date et l'heure d'expiration du certificat;
  - d) l'identification du certificat de traitement en milieu communautaire assisté, incluant la date et l'heure de délivrance du certificat, le nom du médecin traitant qui l'a délivré et la date et l'heure d'expiration du certificat;
  - e) le nom et l'adresse du médecin traitant ou du directeur qui délivre le certificat obligeant le patient à se présenter à l'évaluation;
  - f) l'attestation du médecin traitant chargé de la surveillance et de la gestion générales du plan de traitement en milieu communautaire ou du directeur de l'établissement désigné nommé au certificat de traitement en milieu communautaire assisté incluant :
    - (i) la déclaration du médecin traitant ou du directeur portant qu'il a des motifs de croire :
      - (A) que le patient a fait défaut de respecter une ou plusieurs conditions au plan de traitement en milieu communautaire,
      - (B) qu'une évaluation est nécessaire pour déterminer l'efficacité pratique du plan de traitement en milieu communautaire et vérifier si les critères d'admission involontaire sont toujours remplis,
    - (ii) les faits sur lesquels s'est fondé le médecin traitant ou le directeur pour conclure que le patient répond aux conditions énumérées au sous-alinéa (i);

- (i) assist the patient to comply with the community treatment plan,
- (ii) inform the patient of his or her failure to comply with a condition or conditions of the plan, and
- (iii) inform the patient of the possible consequences of failure to comply with a condition or conditions of the plan;
- (h) a statement by the medical practitioner responsible for the general supervision and management of the patient's community treatment plan or by the director of the designated facility named in the assisted community treatment certificate that the patient has failed or refused to attend an appointment for a psychiatric assessment or an assessment referred to in subsection 43(1) of the Act;
  - (i) the name and address of the health facility to which the patient is to be conveyed to for an assessment.

- g) la preuve soutenant que des efforts raisonnables ont été déployés pour, à la fois :
  - (i) aider le patient à respecter le plan de traitement en milieu communautaire,
  - (ii) informer le patient de son défaut de respecter une ou plusieurs conditions du plan,
  - (iii) informer le patient des conséquences éventuelles de son défaut de respecter une ou plusieurs conditions du plan;
- h) l'attestation du médecin traitant chargé de la surveillance et de la gestion générales du plan de traitement en milieu communautaire ou du directeur de l'établissement désigné nommé au certificat de traitement en milieu communautaire assisté précisant que le patient a omis ou refusé de se présenter à un rendez-vous pour une évaluation psychiatrique ou pour une évaluation visée au paragraphe 43(1) de la loi;
  - i) le nom et l'adresse de l'établissement de santé où la personne sera transportée pour subir une évaluation.

Certificate Cancelling Assisted Community  
Treatment Certificate

**24.** A certificate issued under subsection 48(1) or 49(2) of the Act cancelling an assisted community treatment certificate must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient subject to the certificate being cancelled,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's date of birth,
  - (iv) the patient's gender, and
  - (v) the patient's address;
- (b) the name and address of the designated facility where the patient named in the certificate being cancelled is admitted as an involuntary patient;
- (c) identification of the certificate of involuntary admission or renewal certificate to which the patient is subject, including the date and time the certificate was issued, the name of the medical practitioner who issued the certificate and the date and time of expiration of the certificate;

Certificat annulant le certificat de traitement  
en milieu communautaire assisté

**24.** Le certificat délivré en application du paragraphe 48(1) ou 49(2) de la loi annulant un certificat de traitement en milieu communautaire assisté doit être fait au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient assujéti au certificat qui fait l'objet de l'annulation :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) sa date de naissance,
  - (iv) son genre,
  - (v) son adresse;
- b) le nom et l'adresse de l'établissement désigné dans lequel le patient nommé dans le certificat faisant l'objet de l'annulation est admis comme patient en placement non volontaire;
- c) l'identification du certificat d'admission involontaire ou du certificat de renouvellement auquel le patient est assujéti, incluant la date et l'heure de délivrance du certificat, le nom du médecin traitant qui l'a délivré et la date

- (d) identification of the assisted community treatment certificate being cancelled, including the date and time the certificate was issued, and the name of the attending medical practitioner who issued it;
- (e) the name and address of the medical practitioner or director who issues the certificate of cancellation;
- (f) a statement by the medical practitioner or director identifying whether the assisted community treatment certificate is being cancelled under subsection 48(1) or 49(2) of the Act and the facts on which the medical practitioner or director relied to form the opinion that that provision is met;
- (g) the name and address of the designated facility to which the patient must return;
- (h) contact information to arrange travel back to the designated facility.

#### Unauthorized Absence Statement

**25.** A statement under subsection 53(1) of the Act that a patient is absent from a designated facility without authorization must be issued in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's date of birth,
  - (iv) the patient's gender, and
  - (v) the patient's address;
- (b) the name and address of the designated facility where the patient is admitted as an involuntary patient;
- (c) identification of the certificate of involuntary admission or renewal certificate to which the patient is subject, including the date and time the certificate was issued, the name of the medical practitioner who issued the certificate and the date and time of expiration of the certificate;
- (d) if applicable, identification of the short term leave certificate or the assisted community treatment certificate to which the patient is or was subject, including the date and time the certificate was issued, the name of the attending medical

- et l'heure d'expiration du certificat;
- d) l'identification du certificat de traitement en milieu communautaire assisté qui fait l'objet de l'annulation, incluant la date et l'heure de délivrance du certificat, le nom du médecin traitant qui l'a délivré;
- e) le nom et l'adresse du médecin traitant ou du directeur qui délivre le certificat d'annulation;
- f) l'attestation du médecin traitant ou du directeur précisant si l'annulation du certificat de traitement en milieu communautaire assisté est faite en application du paragraphe 48(1) ou 49(2) de la loi, et les faits sur lesquels il s'est fondé pour conclure que le patient répond aux critères de l'une ou l'autre de ces dispositions;
- g) le nom et l'adresse de l'établissement désigné auquel le patient doit retourner;
- h) les coordonnées de la personne-ressource qui organise le déplacement de retour vers l'établissement désigné.

#### Attestation d'absence non autorisée

**25.** L'attestation prévue au paragraphe 53(1) de la loi confirmant que le patient est absent de l'établissement désigné sans autorisation doit être délivrée au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) sa date de naissance,
  - (iv) son genre,
  - (v) son adresse;
- b) le nom et l'adresse de l'établissement désigné dans lequel le patient est admis comme patient en placement non volontaire;
- c) l'identification du certificat d'admission involontaire ou du certificat de renouvellement auquel le patient est assujéti, incluant la date et l'heure de délivrance du certificat, le nom du médecin traitant qui l'a délivré et la date et l'heure d'expiration du certificat;
- d) s'il y a lieu, l'identification du certificat de congé de courte durée ou du certificat de traitement en milieu communautaire assisté auquel le patient est ou était assujéti, incluant la date et l'heure de



- practitioner who issued it and the date and time of expiration or cancellation of the certificate;
- (e) the name and address of the director of a designated facility or medical practitioner who issues the statement;
  - (f) a statement by the director of the designated facility or attending medical practitioner indicating which of the criteria specified in paragraphs 53(1)(a) to (c) of the Act have been met and the date and time when the patient was first absent from the designated facility without authority;
  - (g) the name and address of the designated facility to which the patient is to be conveyed;
  - (h) a description of the patient;
  - (i) the last known location of the patient.

#### Designation of Person to Receive Information

- 26.** A designation by a patient of a person for the purposes of subparagraph 57(1)(b)(ii) or 58(c)(i) of the Act must be made in an approved form and must
- (a) specify the certificates and other documents that are authorized to be provided to the patient's designate;
  - (b) specify an expiration date for the authority referred to in paragraph (a); and
  - (c) be signed by the patient.

#### Certificate of Mental Incompetence

- 27.** A certificate of mental incompetence issued under paragraph 79(2)(a) of the Act must be made in an approved form and must include the following information:
- (a) in respect of the person named in the certificate,
    - (i) the person's name,
    - (ii) the person's health care number,
    - (iii) the person's date of birth,
    - (iv) the person's gender, and
    - (v) the person's address;
  - (b) the date of admission of the person as a patient;
  - (c) the name and address of the designated facility where the person is admitted as a patient;

- délivrance du certificat, le nom du médecin traitant qui l'a délivré et la date et l'heure d'expiration ou d'annulation du certificat;
- e) le nom et l'adresse du médecin traitant ou du directeur de l'établissement désigné qui délivre l'attestation;
  - f) l'attestation du médecin traitant ou du directeur de l'établissement désigné précisant lequel ou lesquels des critères prévus aux alinéas 53(1)a) à c) de la loi ont été satisfaits, et la date et l'heure de la première absence non autorisée du patient de l'établissement désigné;
  - g) le nom et l'adresse de l'établissement désigné où la personne sera transportée;
  - h) la description du patient;
  - i) le dernier endroit connu où se trouvait le patient.

#### Désignation d'une personne à qui seront communiqués les renseignements

- 26.** La désignation par le patient d'une personne aux fins du sous-alinéa 57(1)b)(ii) ou 58c)(i) de la loi doit être fait au moyen d'une formule approuvée et, à la fois :
- a) préciser les certificats et autres documents à être divulgués à la personne désignée par le patient;
  - b) préciser la date d'expiration de l'autorisation visée à l'alinéa a);
  - c) être signée par le patient.

#### Certificat d'incapacité mentale

- 27.** Le certificat d'incapacité mentale délivré en application de l'alinéa 79(2)a) de la loi doit être fait au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :
- a) à l'égard de la personne nommée dans le certificat :
    - (i) son nom,
    - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
    - (iii) sa date de naissance,
    - (iv) son genre,
    - (v) son adresse;
  - b) la date d'admission de la personne comme patient;
  - c) le nom et l'adresse de l'établissement désigné dans lequel la personne est admise comme patient;

- (d) the name and address of the medical practitioner who issues the certificate;
- (e) the date and time of assessment of the mental competence of the person by the medical practitioner;
- (f) a statement by the medical practitioner that the person is not mentally competent to manage his or her estate;
- (g) the reasons for the medical practitioner's opinion that the person is not mentally competent to manage his or her estate.

#### Cancellation of Certificate of Mental Incompetence

**28.** A cancellation of a certificate of mental incompetence made under subsection 81(1) of the Act must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the patient named in the certificate being cancelled,
  - (i) the patient's name,
  - (ii) the patient's health care number,
  - (iii) the patient's date of birth,
  - (iv) the patient's gender, and
  - (v) the patient's address;
- (b) identification of the certificate being cancelled;
- (c) the name and address of the designated facility where the person is admitted as a patient;
- (d) the name and address of the attending medical practitioner who cancels the certificate;
- (e) the date and time of assessment of the mental competence of the patient by the medical practitioner;
- (f) a statement by the attending medical practitioner that the practitioner examined the patient and is of the opinion that the patient has gained mental competence to manage his or her estate;
- (g) the reasons for the attending medical practitioner's opinion that the patient is mentally competent to manage his or her estate.

- d) le nom et l'adresse du médecin traitant qui délivre le certificat;
- e) la date et l'heure auxquelles le médecin traitant a évalué la capacité mentale de la personne;
- f) l'attestation du médecin traitant qu'il estime que la personne n'a pas la capacité mentale de gérer ses biens;
- g) les motifs pour lesquels le médecin traitant est d'avis que la personne n'a pas la capacité mentale de gérer ses biens.

#### Annulation du certificat d'incapacité mentale

**28.** L'annulation du certificat d'incapacité mentale en application du paragraphe 81(1) de la loi doit être faite au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard du patient nommé dans le certificat qui fait l'objet de l'annulation :
  - (i) son nom,
  - (ii) son numéro d'assurance-maladie,
  - (iii) sa date de naissance,
  - (iv) son genre,
  - (v) son adresse;
- b) l'identification du certificat qui fait l'objet de l'annulation;
- c) le nom et l'adresse de l'établissement désigné dans lequel la personne est admise;
- d) le nom et l'adresse du médecin traitant qui annule le certificat;
- e) la date et l'heure auxquelles le médecin traitant a évalué la capacité mentale du patient;
- f) l'attestation du médecin traitant portant qu'il a examiné la capacité mentale du patient et qu'il est d'avis que le patient a retrouvé la capacité mentale de gérer ses biens;
- g) les motifs pour lesquels le médecin traitant est d'avis que le patient a retrouvé la capacité mentale de gérer ses biens.

Summary Statement Respecting Apprehension  
or Conveyance

**29.** A summary statement made under subsection 3(1) of the *Apprehension, Conveyance and Transfer Regulations* must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) in respect of the person,
  - (i) the person's name,
  - (ii) the person's date of birth,
  - (iii) the person's gender,
  - (iv) the person's height and weight,
  - (v) if applicable, any distinguishing features, and
  - (vi) the person's address;
- (b) if applicable, the name and address of the designated facility or health facility from which the patient is being transferred;
- (c) the name and address of the psychiatric facility or hospital to which the patient is being transferred;
- (d) a summary of the certificate, authorization or statement, whichever is applicable, that authorizes the apprehension or conveyance of the person, the name of the director, medical practitioner or health professional who issued it, and the date and time when it was issued and when it will expire;
- (e) if known, information in respect of transportation of the person, including scheduled departure date and time;
- (f) information respecting any prior incidents, including threats, of harm posed by the person to himself or herself or to any other person;
- (g) information respecting any prior incidents, including attempts, of escape from lawful custody by the person;
- (h) any other information considered appropriate.

Résumé des renseignements pertinents à  
l'apprehension et au transport d'une personne

**29.** Le résumé des renseignements pertinents prévu au paragraphe 3(1) du *Règlement sur l'apprehension, le transport et le transfert de personnes* doit être fait au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) à l'égard de la personne :
  - (i) son nom,
  - (ii) sa date de naissance,
  - (iii) son genre,
  - (iv) sa taille et sa masse,
  - (v) s'il y a lieu, toute caractéristique distinctive,
  - (vi) son adresse;
- b) S'il y a lieu, le nom et l'adresse de l'établissement désigné ou l'établissement de santé d'où le patient est transféré;
- c) le nom et l'adresse de l'établissement psychiatrique ou hôpital vers lequel le patient est transféré;
- d) le résumé des renseignements contenus dans le certificat, l'autorisation ou l'attestation, selon le cas, autorisant l'apprehension ou le transport d'une personne, le nom du directeur, du médecin traitant ou du professionnel de la santé ayant délivré le document d'autorisation, la date et l'heure de sa délivrance et de son expiration;
- e) si connus, les renseignements concernant le transport de la personne, incluant la date et l'heure prévues du départ;
- f) les renseignements concernant tout incident préalable, incluant les menaces par la personne de s'infliger un préjudice ou d'en causer à autrui;
- g) les renseignements concernant tout incident préalable, incluant les tentatives de la personne de s'évader d'une garde légale;
- h) tout autre renseignement jugé pertinent.

#### Application to Review Board

**30.** An application to the Review Board under subsection 66(1) of the Act must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) the name of the person or patient;
- (b) if the person or patient is not the applicant, the name of the applicant and the applicant's relationship to the person or patient;
- (c) the applicant's contact information;
- (d) the action or decision being appealed, and the order being requested;
- (e) the grounds of the application;
- (f) the date of the application;
- (g) the signature of the applicant.

#### Notice to Review Board

**31.** A notice provided under section 17 of the *Mental Health General Regulations* must be made in an approved form and must include the following information:

- (a) the name of the patient;
- (b) the date of admission of the person as an involuntary patient;
- (c) the name and address of the designated facility where the person is admitted as a an involuntary patient;
- (d) a list of the certificates of involuntary admission and renewal certificates to which the patient has been subject, including the dates when they were issued;
- (e) a statement by the director of the designated facility that the triggering of section 68 of the Act is imminent and indicating the date when it will be triggered;
- (f) the name of and contact information for the director of the designated facility who provides the notice;
- (g) the name of and contact information for the attending medical practitioner;
- (h) if applicable, the name of and, if known, the contact information for the patient's substitute decision maker;
- (i) if applicable, the name of and, if known, the contact information for each person designated by the patient under subparagraph 57(1)(b)(ii) or 58(c)(i) of

#### Demande présentée au conseil de révision

**30.** La demande présentée au conseil de révision en application du paragraphe 66(1) de la loi doit être faite au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) le nom du patient ou de la personne;
- b) dans le cas où le patient ou la personne n'est pas l'auteur de la demande, le nom de l'auteur et son lien avec le patient ou la personne;
- c) les coordonnées de l'auteur de la demande;
- d) la mesure, l'intervention ou la décision qui fait l'objet de l'appel et l'ordonnance demandée;
- e) les fondements de la demande;
- f) la date de la demande;
- g) la signature de l'auteur de la demande.

#### Avis au conseil de révision

**31.** L'avis remis en application de l'article 17 du *Règlement général sur la santé mentale* doit être fait au moyen d'une formule approuvée et comprendre les renseignements suivants :

- a) le nom du patient;
- b) la date d'admission de la personne comme patient en placement non volontaire;
- c) le nom et l'adresse de l'établissement désigné dans lequel la personne est admise comme patient en placement non volontaire;
- d) la liste des certificats d'admission involontaire et des certificats de renouvellement auxquels le patient a été assujéti, incluant les dates auxquelles ils ont été délivrés;
- e) l'attestation du directeur de l'établissement désigné indiquant que les mesures prévues à l'article 68 de la loi sont sur le point d'être déclenchées et la date de leur déclenchement;
- f) le nom et les coordonnées du directeur de l'établissement qui remet l'avis;
- g) le nom et les coordonnées du médecin traitant;
- h) s'il y a lieu, le nom, et si elles sont connues, les coordonnées du mandataire spécial désigné pour le patient;
- i) s'il y a lieu, le nom, et si elles sont connues, les coordonnées de chaque personne désignée par le patient en application du sous-alinéa 57(1)(b)(ii) ou

- the Act;
- (j) if applicable, the name of and, if known, the contact information for each health professional or other person or body who has agreed to provide supervision, treatment, care or other support under a community treatment plan;
  - (k) if applicable, the name of and, if known, the contact information for the patient's legal counsel.

**32.** These regulations come into force on the day on which the *Mental Health Act*, S.N.W.T. 2015, c.26, comes into force.

- 58c)(i) de la loi;
- j) s'il y a lieu, le nom et si elles sont connues, les coordonnées de chaque professionnel de la santé ou autre personne ou organisme qui a accepté de fournir la surveillance, le traitement, les soins ou autre soutien en vertu d'un plan de traitement en milieu communautaire;
  - k) s'il y a lieu, le nom, et si elles sont connues, les coordonnées de l'avocat qui représente le patient.

**32.** Le présent règlement entre en vigueur à la date à laquelle la *Loi sur la santé mentale*, L.T.N.-O. 2015, ch. C-26 entre en vigueur.

---

© 2018 Territorial Printer  
Yellowknife, N.W.T.

---

---

© 2018 l'imprimeur territorial  
Yellowknife (T. N.-O.)

---