

FORM 5**FORMULE 5****CERTIFICATE OF ATTENDING
PSYCHIATRIST**

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.8.01(3), s.12(1))*

I, _____ of _____ ,
(Name of (Address)
Attending Psychiatrist)
am the attending psychiatrist of _____
(Name of Person)

who is the subject of an application under [] section 8 of the Act or [] section 12 of the Act.

I am requesting an order authorizing the giving of routine clinical medical treatment without consent to the person who has reached the age of sixteen years.

In my opinion, the person

(Check one)

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

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

The reasons for my opinion that the person to whom this certificate relates is not mentally competent to give or refuse to give consent in relation to routine clinical medical treatment are as follows:

Dated this ____ day of _____, 19__.

Signature of Attending Psychiatrist

CERTIFICAT DU PSYCHIATRE TRAITANT

*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.8.01(3), 12(1))*

Je soussigné(e) _____ de _____ ,
(nom du (adresse)
psychiatre traitant)
psychiatre traitant de _____
(nom de la personne)

faisant l'objet d'une demande visée à [] l'article 8 de la Loi ou à [] l'article 12 de la Loi.

Je demande une ordonnance autorisant l'administration sans consentement d'un traitement médical clinique de routine à cette personne âgée d'au moins seize ans.

À mon avis, la personne

(Cocher l'une des cases)

[] n'est pas capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement à un traitement médical clinique de routine.

[] est capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement à un traitement médical clinique de routine mais refuse de le donner.

Les raisons sur lesquelles j'ai fondé mon avis que la personne visée au présent certificat n'est pas capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement à un traitement médical clinique de routine sont les suivantes :

Fait le _____ 19__.

Signature du psychiatre traitant