

**CERTIFICATE OF MENTAL
INCOMPETENCE OF INVOLUNTARY
PATIENT TO GIVE OR REFUSE TO GIVE
CONSENT FOR VARIOUS PURPOSES**

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.8.5(1))*

To: The Administrator, _____
(Name of Psychiatric Facility)

I, _____ of _____,
(Name of
Attending Psychiatrist) (Address)

am the attending psychiatrist of _____
(Name of Patient)

an involuntary patient who has reached the age of
sixteen years.

I am of the opinion that the involuntary patient is not
mentally competent to give or refuse to give consent
for the purposes of

(Check one)

medical treatment that is not routine clinical
medical treatment or other psychiatric treat-
ment.

disclosure of information under section 17 of
the Act.

a leave of absence under section 20 of the Act.

a transfer to and detention in a psychiatric facil-
ity in another jurisdiction under section 27
of the Act.

The reasons for my opinion that the person to whom
the certificate relates is not mentally competent to
give or refuse to give consent are as follows:

Dated this ___ day of _____, 19__.

Signature of Attending Psychiatrist

**CERTIFICAT D'INCAPACITÉ MENTALE
D'UN MALADE EN PLACEMENT NON
VOLONTAIRE POUR DONNER OU
REFUSER DE DONNER SON
CONSENTEMENT À DES FINS DIVERSES**

*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.8.5(1))*

Destinataire : L'administrateur _____
(nom de l'établissement
psychiatrique)

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

psychiatre traitant de _____,
(nom du malade)

malade en placement non volontaire âgé d'au moins
seize ans.

Je suis d'avis que le malade en placement non vo-
lontaire n'est pas capable mentalement de donner
ou de refuser de donner son consentement aux fins

(Cocher l'une des cases)

d'un traitement médical autre qu'un traitement
médical clinique de routine ou d'un autre trai-
tement psychiatrique.

de divulgation de renseignements en applica-
tion de l'article 17 de la Loi.

d'une autorisation d'absence en application de
l'article 20 de la Loi.

de transfert et détention dans un établissement
psychiatrique sous une autre autorité législative
en application de l'article 27 de la Loi.

Les raisons sur lesquelles j'ai fondé mon avis que la
personne visée au présent certificat n'est pas capa-
ble mentalement de donner ou de refuser de donner
son consentement sont les suivantes :

Fait le _____ 19__.

Signature du psychiatre traitant