

**APPLICATION FOR REVIEW OF  
INVOLUNTARY STATUS**

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

TO: The Chairman of the Review Board

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

I  the involuntary patient

a person on behalf of the involuntary pa-  
tient

the Minister

the Executive Director

the administrator

of \_\_\_\_\_ hereby  
(Address of Applicant)

apply for an inquiry into whether

(Check applicable boxes)

the involuntary patient suffers from a mental  
disorder,

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

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

**DEMANDE DE RÉVISION DU PLACEMENT  
NON VOLONTAIRE**

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

Destinataire : Le président de la commission de re-  
cours

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

Je soussigné(e)  malade en placement non  
volontaire

personne agissant au nom du  
malade en placement non  
volontaire

Ministre

directeur exécutif

administrateur

de \_\_\_\_\_, demande par  
(adresse du requérant)

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

(Cocher les cases pertinentes)

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

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

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

[ ] less restrictive alternatives would be inappropriate, or

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

Dated this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 19\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant

\_\_\_\_\_  
Name of Applicant (Printed)

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

[ ] si des mesures moins contraignantes seraient inappropriées, ou

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

Fait le \_\_\_\_\_ 19\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature du requérant

\_\_\_\_\_  
Nom du requérant (imprimé)

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