Soins communautaires supervisés - Formulaire de renouvèlement
Loi sur la santé mentale, Partie II.I

New Nouveau Brunswick

Un copie du formulaire de renouvellement des soins communautaires supervisés doit être envoyé aux Services de défense des malades psychiatriques. Numéro de télécopieur : 506-462-2230

Nom :_____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____DN (MM/JJ/AAAA): _____/_____/_____

Je, Dr _____ *(nom au complet)*, ai examiné personnellement _____

(nom de la personne) à _____ *(lieu de l'examen)*. Je suis d'avis que la personne

susmentionnée continue à répondre aux critères d'un plan de soins communautaires supervisés :

- ❑ la personne est atteinte d'une grave maladie mentale,
- ❑ la maladie mentale est de caractère continu,
- ❑ la maladie mentale de la personne entraîne de graves restrictions dans sa capacité à fonctionner socialement dans la collectivité.

Je suis d'avis que le plan de soins communautaires supervisés s'est avéré efficace, et, je demande par conséquent le renouvèlement du plan de soins communautaires supervisés pour la durée d'une année, à moins qu'il n'ait été renouvelé ou annulé antérieurement.

(NOTES DU / DE LA PSYCHIATRE)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Remarques : 34.08(1) La commission de recours peut renouveler le plan de soins communautaires supervisés après la tenue de l'audience d'examen du plan en application du paragraphe 34.1(3).

_____ _____

(Signature de la personne assujettie au plan ou son mandataire, le cas échéant) *(Date)*

_____ _____

(Signature du psychiatre traitant) *(Date)*