

Soins communautaires supervisés - Modifications au plan de soins - Assister aux visites/services communautaires - Loi sur la santé mentale, Partie II.I



Une copie des modifications au plan de soins doit être envoyée aux Services de défense des malades psychiatriques.
Numéro de télécopieur : 506-462-2230

Nom : _____ Numéro d'assurance-maladie : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____ DN(MM/JJ/AAAA) : ____/____/____

Je, Dr _____ (*nom du psychiatre*) suis le psychiatre traitant de _____ (*nom de la personne*). Je suis d'avis que les modifications suivantes doivent être apportées au plan de soins communautaires supervisés de cette personne à compter du _____ (*date*).

Assister aux visites / services communautaires

Les renseignements suivants sont exigés :

Visites/services communautaires	Lieu du service	Fréquence

Commentaires supplémentaires :

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

(Date)

(Signature du psychiatre traitant)

(Date)

(Numéro de téléphone)