



**Partie 1 – Avis d'intention de prendre ou de renouveler une ordonnance de traitement en milieu communautaire**

DESTINATAIRE : \_\_\_\_\_  
(nom de la personne)

Je suis en train de songer à prendre ou à renouveler une ordonnance de traitement en milieu communautaire à votre égard (Formule 45).

Au cours de la période précédente de trois ans, vous :

- avez été un malade dans un établissement psychiatrique à deux reprises au moins ou pendant une période cumulative de 30 jours au moins au cours de cette période de trois ans, OU
- avez déjà fait l'objet d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire.

**Partie 2 – Capacité de consentir au traitement proposé dans un plan de traitement en milieu communautaire**

Le \_\_\_\_\_ nous avons constaté que vous n'étiez pas en mesure  
date ( jour / mois / année)

d'accepter ou de refuser de consentir au plan proposé de traitement en milieu communautaire.

Votre mandataire spécial en vertu de la *Loi sur  
le consentement aux soins de santé* est

\_\_\_\_\_  
(nom du mandataire spécial)

Votre mandataire spécial recevra aussi un avis selon lequel je suis en train de songer à prendre ou à renouveler une ordonnance de traitement en milieu communautaire à votre égard.

**Partie 3 – Plan de traitement en milieu communautaire**

***Un plan de traitement en milieu communautaire doit être préparé avec vous ou avec votre mandataire spécial (le cas échéant) et tout autre praticien de la santé ou personne qui participe à la fourniture d'un traitement ou de soins pour vous et s'occupe de votre surveillance.***

***Un exemplaire du plan de traitement en milieu communautaire mis au point pour vous est joint à cet avis.***

Dans les 72 heures ***précédant*** l'adhésion au plan de traitement en milieu communautaire, je vous ai examiné et je suis d'avis que :

1. vous souffrez de troubles mentaux nécessitant un traitement ou des soins continus et une surveillance continue pendant que vous vivez au sein de la collectivité, ET
2. vous remplissez les critères permettant que soit remplie une demande d'évaluation psychiatrique si vous n'êtes pas déjà un malade dans un établissement psychiatrique, ET
3. en l'absence de traitement ou de soins continus et d'une surveillance continue pendant que vous vivez au sein de la communauté, vous risquez probablement, en raison de troubles mentaux, de vous infliger ou d'infliger à une autre personne des lésions corporelles graves ou de subir une détérioration mentale ou physique importante avec un affaiblissement physique grave, ET
4. vous êtes en mesure de vous conformer au plan de traitement en milieu communautaire décrit dans l'ordonnance de traitement en milieu communautaire, ET
5. le traitement ou les soins et la surveillance exigés aux termes de l'ordonnance de traitement en milieu communautaire sont offerts dans la collectivité.

## Partie 4 – Conseils en matière de droits et droit à un avocat

DESTINATAIRE : \_\_\_\_\_  
(nom de la personne)

ET AUSSI : \_\_\_\_\_  
(nom du mandataire spécial, le cas échéant)

***Vous avez le droit de consulter un conseiller en matière de droits avant qu'une ordonnance de traitement en milieu communautaire soit prise ou renouvelée.***

***Le conseiller en matière de droits recevra l'avis d'intention du médecin de prendre ou de renouveler une ordonnance de traitement en milieu communautaire et communiquera avec vous dans le but de vous expliquer vos droits.***

***Vous avez le droit de retenir les services d'un avocat au sujet de l'ordonnance de traitement en milieu communautaire avant qu'elle soit prise ou renouvelée et de garder cet avocat pour qu'il vous conseille sur l'ordonnance d'un traitement en milieu communautaire une fois qu'elle est prise ou renouvelée.***

Date d'entrée en vigueur \_\_\_\_\_  
(jour / mois / année)

\_\_\_\_\_  
(adresse professionnelle du médecin)

\_\_\_\_\_  
(nom de l'établissement psychiatrique (le cas échéant))

\_\_\_\_\_  
(signature du médecin)

\_\_\_\_\_  
(nom du médecin en lettres moulées)

### REMARQUES

1. Le conseiller en matière de droits doit expliquer à la personne et au mandataire spécial, s'il y en a un, les exigences de la prise ou du renouvellement d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire, l'importance de cette ordonnance, y compris toute obligation que la personne ou le mandataire spécial doivent respecter en fonction de cette ordonnance.
2. Lorsqu'un conseiller en matière de droits est d'avis qu'il est dans le meilleur intérêt de la personne de recevoir des conseils d'un autre conseiller en matière de droits, il doit s'assurer qu'un deuxième conseiller en matière de droits puisse donner ces conseils.
3. Lorsque le conseiller en matière de droits donne des conseils à la personne et au mandataire spécial, s'il y en a un, le conseiller en matière de droits doit indiquer ce fait au médecin sur la **Formule 50**.
4. Si la personne ne veut pas obtenir les conseils, le conseiller en matière de droits doit confirmer ce fait au médecin sur la **Formule 50**.