



Please PRINT clearly.

Re: \_\_\_\_\_  
(print full name of patient)

of \_\_\_\_\_  
(home address)

Date of Birth \_\_\_\_\_ Date of Admission \_\_\_\_\_  
(date of birth) (date of admission)

I, \_\_\_\_\_  
(print name of physician)

of \_\_\_\_\_  
(name of psychiatric facility)

state that:

1. I personally examined the above-named person who is an in-patient at the psychiatric facility on

\_\_\_\_\_  
(day / month / year)

2. I personally observed the following facts indicating incapacity to manage property:  
(please be specific to incapacity to manage property)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. The following facts, if any, indicating incapacity to manage property were communicated to me by others:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. I am of the opinion that the above-named patient will not, upon discharge, be capable to manage his/her property.

\_\_\_\_\_  
(day / month / year)

\_\_\_\_\_  
(signature of physician)

**Note:**

1. The physician shall promptly advise the patient of the notice of continuance by giving the patient a Form 33 and shall notify a right adviser.
2. To the attending physician: failure to complete this form within 21 days before the discharge of the patient may result in termination of statutory guardianship.
3. The Officer in Charge shall forward the original or a PDF version of the original notice of continuance to the Public Guardian and Trustee (email address: JUS-G-FJS-PGT-Intake@ontario.ca).



*Veillez écrire lisiblement en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE*

Objet : \_\_\_\_\_  
(nom et prénom de la personne malade)

de/du : \_\_\_\_\_  
(adresse personnelle)

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date d'admission : \_\_\_\_\_  
(date de naissance) (date d'admission)

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_  
(nom du médecin en caractères d'imprimerie)

de/du : \_\_\_\_\_  
(nom de l'établissement psychiatrique)

déclare ce qui suit :

1. J'ai examiné la personne malade susmentionnée qui est hospitalisée à l'établissement psychiatrique susmentionné à la date suivante :

\_\_\_\_\_  
(jour / mois / année)

2. J'ai personnellement constaté les faits suivants qui dénotent l'incapacité de gestion des biens :  
(veuillez préciser la nature de l'incapacité à gérer des biens)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Les faits suivants, le cas échéant, qui dénotent l'incapacité de gestion des biens, ont été portés à mon attention :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Je suis d'avis que la personne malade susmentionnée ne sera pas capable, à la suite de sa mise en congé, de gérer ses biens.

\_\_\_\_\_  
(jour / mois / année)

\_\_\_\_\_  
(signature du médecin)

**Remarque :**

1. Le médecin informe promptement la personne malade de l'avis de prorogation en lui remettant une Formule 33 et avise une conseillère ou un conseiller en matière de droits.
2. Au médecin traitant : L'omission de remplir la présente formule 21 jours avant la mise en congé de la personne malade entraînera la levée de la tutelle légale.
3. La dirigeante ou le dirigeant responsable transmet au Tuteur et curateur public l'original de l'avis de prorogation ou une version PDF (adresse de courriel : [JUS-G-FJS-PGT-Intake@ontario.ca](mailto:JUS-G-FJS-PGT-Intake@ontario.ca)).