



PARTIE 1 – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR

Nom de la personne _____
(nom de la personne)

Nom du médecin _____
(nom du médecin)

Nom du mandataire spécial (*le cas échéant*) _____
(nom du mandataire spécial)

Nom de l'établissement psychiatrique (*le cas échéant*) _____
(nom de l'établissement psychiatrique)

Date de l'examen _____
(date)

La présente ordonnance de traitement en milieu communautaire visant la personne susnommée constitue :

la première pour cette personne un _____ renouvellement
(nombre de fois que l'ordonnance a été renouvelée)

Date du prononcé de l'ordonnance de traitement en milieu
communautaire précédente (*s'il y a lieu*) _____
(date)

Date d'expiration de l'ordonnance de traitement en milieu
communautaire précédente (*s'il y a lieu*) _____
(date)

Au cours de la période précédente de trois ans, la personne susnommée :

- soit a 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,
- soit a déjà fait l'objet d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire.

Conditions relatives à l'ordonnance de traitement en milieu communautaire

(Remarque : Toutes les conditions énoncées ci-dessous doivent être remplies pour que l'ordonnance soit légalement valide.)

Je suis d'avis que les conditions suivantes sont réunies :

- a) la personne souffre de troubles mentaux nécessitant un traitement ou des soins continus et une surveillance continue pendant qu'elle vit au sein de la collectivité;
- b) en l'absence de traitement ou de soins continus et d'une surveillance continue pendant qu'elle vit au sein de la collectivité, la personne risque probablement, en raison de troubles mentaux :
(cocher une ou plusieurs des cases suivantes)
- soit de s'infliger des lésions corporelles graves,
- soit d'infliger des lésions corporelles graves à une autre personne,
- soit de subir une détérioration mentale importante,
- soit de subir une détérioration physique importante,
- soit de subir un affaiblissement physique grave;
- c) la personne est en mesure de se conformer au plan de traitement en milieu communautaire décrit dans l'ordonnance de traitement en milieu communautaire;

(Also available in English)

- d) le traitement ou les soins et la surveillance exigés aux termes de l'ordonnance de traitement en milieu communautaire sont offerts dans la collectivité;
- e) la personne remplit les critères permettant que soit remplie une demande d'évaluation psychiatrique visée au paragraphe 15 (1) ou (1.1) si elle n'est pas déjà un malade dans un établissement psychiatrique.

Les faits qui m'ont permis de formuler l'avis énoncé ci-dessus sont les suivants :

Conseils en matière de droits

Remarque : La personne et son mandataire spécial, le cas échéant, doivent recevoir des conseils en matière de droits avant le prononcé de l'ordonnance.

Je suis convaincu(e) que le mandataire spécial de la personne, le cas échéant, a consulté un conseiller en matière de droits et a reçu des conseils sur ses droits légaux.

Je suis également convaincu(e) que la personne :

- soit a consulté un conseiller en matière de droits et a reçu des conseils sur ses droits légaux,
- soit n'a pas consulté de conseiller en matière de droits en raison d'un refus de sa part.

Plan de traitement en milieu communautaire

Remarque : Une copie du plan de traitement en milieu communautaire doit être jointe à la présente ordonnance.

Je suis convaincu(e) qu'un plan de traitement en milieu communautaire a été élaboré pour la personne.

J'ai consulté toutes les personnes désignées dans le plan de traitement en milieu communautaire.

Je suis convaincu(e) que consent au plan de traitement en milieu communautaire :

- soit la personne,
- soit le mandataire spécial de la personne, si celle-ci est incapable.

Le plan de traitement en milieu communautaire pour la personne est le suivant :

(Décrivez le plan de traitement en milieu communautaire. Utilisez le verso de la présente formule si besoin est. Le plan de traitement en milieu communautaire doit être joint à la présente ordonnance.)

PARTIE 2 – À REMPLIR PAR LA PERSONNE OU SON MANDATAIRE SPÉCIAL

Engagement de la personne ou de son mandataire spécial (à remplir par la personne ou son mandataire spécial, le cas échéant)

Je suis :

- la personne susnommée. Je m'engage à remplir toutes mes obligations telles qu'elles sont énoncées dans le plan de traitement en milieu communautaire;
- le mandataire spécial de la personne. Je m'engage à faire de mon mieux pour veiller à ce que la personne susnommée remplisse toutes les obligations énoncées dans le plan de traitement en milieu communautaire.

En apposant ma signature au bas de la présente ordonnance, je signifie que je consens au plan de traitement en milieu communautaire et que je consens à mon engagement, tel qu'il est formulé dans ce même plan, et que je l'assume.

PARTIE 3 – DURÉE DE VALIDITÉ DE L'ORDONNANCE – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR

La présente ordonnance de traitement en milieu communautaire est en vigueur pendant une période de **six** mois, y compris le jour de sa signature, et expire à minuit le _____

(date) (jour / mois / année)

sauf si elle est révoquée à une date antérieure.

PARTIE 4 – DROIT DU MALADE DE PRÉSENTER UNE REQUÊTE À LA COMMISSION DU CONSENTEMENT ET DE LA CAPACITÉ

La personne visée par une ordonnance de traitement en milieu communautaire, ou une personne agissant en son nom, peut, sur requête rédigée selon la **formule 48**, demander à la Commission de procéder à une enquête afin d'établir si les conditions du prononcé ou du renouvellement de la présente ordonnance de traitement en milieu communautaire ont été remplies.

Signé à _____

(nom de l'établissement psychiatrique ou nom de l'endroit (par ex. cabinet du médecin, hôpital) où l'ordonnance de traitement en milieu communautaire a été signée)

(Date)

(signature du médecin)

(signature de la personne)

(signature du mandataire spécial [le cas échéant])

REMARQUES :

Les mesures suivantes doivent être prises par le médecin qui signe la présente ordonnance immédiatement après la signature de celle-ci :

1. Une copie de la présente ordonnance, y compris le plan de traitement en milieu communautaire, doit être remise aux personnes suivantes :
 - a) la personne;
 - b) le mandataire spécial de la personne, le cas échéant;
 - c) le dirigeant responsable d'un établissement psychiatrique, le cas échéant;
 - d) toute autre personne, notamment un praticien de la santé, désignée dans le plan de traitement en milieu communautaire.
2. Il doit être remis à la personne un avis rédigé selon la formule approuvée (**formule 46**) lui indiquant qu'elle a droit à une audience devant la Commission du consentement et de la capacité.