



Sur l'avis de son médecin traitant selon lequel

_____ (nom et prénoms du/de la malade)

_____ (adresse personnelle)

a besoin de suivre, dans un hôpital, un traitement qui ne peut lui être offert dans cet établissement, je soussigné(e),

dirigeant responsable de/du _____ (établissement psychiatrique)

transfère par les présentes ce/cette malade à/au _____ (nom de l'hôpital public)

afin qu'il/elle y suive ce traitement.

REMARQUE :

Si le/la malade est détenu(e), une copie du document autorisant la détention doit accompagner le présent document.

_____ (dirigeant responsable)

Fait le _____ (jour / mois / année)



Upon the advice of his/her attending physician that

_____ (name of patient in full)

_____ (home address)

requires hospital treatment that cannot be supplied in this facility, I,

officer-in-charge of _____ (psychiatric facility)

hereby transfer the said patient to _____ (name of public hospital)

for such treatment.

Note:

Where the patient is subject to detention, a copy of the document authorizing such detention must accompany this document.

_____ (signature of officer-in-charge)

Date _____ (day / month / year)