



Revoke or Amend Leave Certificate

Formule 16 — Loi sur la santé mentale (article 47, c. M110)

Révocation ou modification du certificat d'autorisation

To / Destinataire : _____
(name of patient / nom du malade)

Of / Expéditeur : _____
(facility / nom de l'établissement)

I / Je soussigné(e), _____, of / de _____,
(name of attending psychiatrist / nom du psychiatre traitant) (address or facility / adresse ou nom de l'établissement)

To revoke a *Leave Certificate*, check box 1, or to amend a *Leave Certificate*, check box 2 / Pour révoquer un certificat d'autorisation, cochez la case 1 et pour modifier un certificat d'autorisation, cochez la case 2.

- 1. have reviewed the patient's condition and have determined that the patient is no longer / déclare que j'ai examiné l'état du malade et je conclus que celui-ci :
 - a) suffering from a mental disorder for which he or she needs continuing treatment or care and supervision while living in the community; and / n'a plus de troubles mentaux nécessitant un traitement ou des soins et une surveillance suivis pendant qu'il vit au sein de la collectivité;
 - b) likely, because of the mental disorder, to cause serious harm to himself or herself or to another person, or to suffer substantial mental or physical deterioration / ne risque plus de s'infliger ou d'infliger à autrui un dommage grave ou de subir une détérioration mentale ou physique importante en raison de troubles mentaux;

I HEREBY REVOKE his or her *Leave Certificate* and the patient may live in the community without being subject to a *Leave Certificate* / Par conséquent, JE RÉVOQUE PAR LES PRÉSENTES le certificat d'autorisation afin que le malade puisse vivre au sein de la collectivité sans être assujéti au certificat.

- 2. have reviewed the patient's requirements for treatment or care and supervision described in his/her *Leave Certificate* and have determined that these requirements shall be AMENDED as follows / déclare que j'ai examiné les exigences du certificat d'autorisation applicables au traitement ou aux soins et à la surveillance du malade et JE MODIFIE celles-ci de la façon suivante :

Signed on / Signé le _____, at / à _____, Manitoba / au Manitoba.
(day, month, year / jour, mois, année)

(Attending Psychiatrist / Psychiatre traitant)

I HEREBY CONSENT to the amended requirements / JE CONSENS PAR LES PRÉSENTES à la modification des exigences.

(patient or person authorized to make treatment decisions /
Nom du malade ou de la personne autorisée à prendre des décisions liées au traitement)

NOTES:

(1) Section 47 of the Act provides:

Review of leave certificate

47(1) At the request of the patient or a person involved in the patient's care or treatment, the attending psychiatrist shall

(a) review the patient's condition to determine if the criteria set out in clauses 46(5)(a) and (b) continue to be met; or

(b) review the requirements for treatment or care and supervision contained in the leave certificate.

If criteria are no longer met

47(2) If the psychiatrist determines that the criteria are no longer met, he or she shall revoke the leave certificate and notify the patient in writing that he or she may live in the community without being subject to the leave certificate. In addition, the attending psychiatrist shall inform the persons referred to in subsection 46(8) of the revocation.

If requirements need amendment

47(3) If the psychiatrist determines that the requirements of the leave certificate should be amended, he or she shall amend the certificate and notify the patient, in writing, and the persons referred to in subsection 46(8) of the amendment.

NOTE :

(1) L'article 47 de la Loi prévoit ce qui suit :

Examen du certificat d'autorisation

47(1) À la demande du malade ou d'une personne qui s'occupe de ses soins ou de son traitement, le psychiatre traitant :

a) examine l'état du malade afin de déterminer si les critères énoncés aux alinéas 46(5)a) et b) continuent d'être remplis;

b) examine les exigences du certificat d'autorisation applicables au traitement ou aux soins et à la surveillance.

Cas où les critères cessent d'être remplis

47(2) S'il détermine que les critères ne sont plus remplis, le psychiatre traitant révoque le certificat d'autorisation et avise le malade par écrit qu'il peut vivre au sein de la collectivité sans être assujéti au certificat. De plus, il informe les personnes mentionnées au paragraphe 46(8) de la révocation.

Modification des exigences

47(3) Le psychiatre qui détermine que les exigences du certificat d'autorisation doivent être modifiées modifie le certificat, en avise le patient par écrit et en avise les personnes mentionnées au paragraphe 46(8).

1st Copy – Original – Chart
2nd Copy – Patient
3rd Copy – Person Authorized to Make Treatment Decisions
4th Copy – Medical Director
5th Copy – Administrator of the Mental Health Review Board
6th Copy – Director of Psychiatric Services
Copies to Treatment Team distributed by Attending Psychiatrist

Copie 1 – Original – Dossier de l'établissement
Copie 2 – Malade
Copie 3 – Personne autorisée à prendre des décisions liées au traitement
Copie 4 – Directeur médical
Copie 5 – Administrateur de la Commission d'examen des questions liées à la santé mentale
Copie 6 – Directeur des Services psychiatriques
Le psychiatre traitant envoie les copies à l'équipe médicale.