

FORMULE 29

**DEMANDE DE RÉVISION DE TRAITEMENT À LA
COMMISSION DE RECOURS
(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.31.1(1))**

Destinataire: Le président de la commission de recours

Objet: _____, malade en placement
(nom du malade en placement non volontaire)

non volontaire détenu à _____
(nom de l'établissement psychiatrique)

Je soussigné(e): malade en placement non volontaire,

personne agissant au nom du
malade en placement non volontaire

suis d'avis qu'un traitement administré au malade en placement non volontaire

(Cocher l'une des cases)

n'est pas un traitement médical clinique de routine autorisé en application de l'article 8.11,
30.1 ou 30.2 de la Loi.

n'est pas le traitement psychiatrique spécifié autorisé en application de l'article 30.3 de la
Loi.

Je demande par les présentes qu'une enquête soit menée afin de déterminer si le traitement
administré au malade en placement non volontaire est le traitement autorisé.

Fait le _____ 20 _____.

Signature du requérant

Nom du requérant (imprimé)

Adresse du requérant (imprimée)

REMARQUE: La présente demande doit être accompagnée d'une déclaration énonçant les
faits et avis au soutien de la demande.