

**ADMINISTRATION DE LA SANTÉ COMPORTEMENTALE**

**CERTIFICAT D'INFIRMIER(ÈRE) PSYCHIATRIQUE, DE PSYCHOLOGUE OU DE MÉDECIN**

 **POUR ACCOMPAGNER LA**

**DEMANDE D'ADMISSION VOLONTAIRE D'UNE PERSONNE HANDICAPÉE**

Je, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du médecin, du psychologue ou de l'infirmier(ère) Nom de l'établissement ou adresse  Numéro de téléphone

psychiatrique du bureau

certifie que le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, j'ai examiné personnellement :

Nom de la personne handicapée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

 Nom Prénom Deuxième prénom

Adresse de la personne handicapée :

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

 Rue Ville État Pays Numéro de téléphone

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

Date de naissance Âge Sexe État civil N° de SS

Origine hispanique ou latine : ⬜ oui ⬜ non

Race (consultez toutes les catégories raciales applicables) :

 ⬜ Indien d'Amérique ou natif d'Alaska

 ⬜ Asiatique

 ⬜ Noir ou afro-américain

 ⬜ Natif d'Hawaï ou d'une autre île du Pacifique

 ⬜ Blanc

Nom du responsable légal de la personne : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ville, État, Code postal Numéro de téléphone

**════════════════════════════════════════════**

LE DIAGNOSTIC DU TROUBLE MENTAL EST : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

SYMPTÔMES :

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

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

MÉDICAMENTS ACTUELS (type et dosage) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

MÉDICAMENTS D'URGENCE, LE CAS ÉCHÉANT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**════════════════════════════════════════════**

Je certifie que les critères suivants de l'admission volontaire ont été respectés :

⬜ La personne handicapée souffre d'un trouble mental ;

 ⬜ Le trouble mental est susceptible de faire l'objet de soins ou de traitements ;

 ⬜ La personne handicapée comprend la nature de la demande d'admission ;

 ⬜ La personne handicapée est en mesure de donner un consentement continu au maintien par

 l'établissement ; et

 ⬜ La personne handicapée est en mesure de demander sa sortie.

* Je certifie que la personne handicapée a la capacité d'exécuter une demande d'admission volontaire.
* Je certifie que la personne handicapée comprend les critères de l'admission volontaire et la procédure de demande de sortie de l'établissement.
* L'examen médical faisant l'objet de ce certificat n'a pas été fait plus de 1 semaine avant la signature de ce certificat.
* Je n'ai aucun interêt financier, à travers la propriété ou l'indemnisation, dans un établissement propriétaire dont l'admission est demandée par la personne handicapée dont le statut est en cours de certification.
* Je ne suis pas lié, ni par le sang ni par le mariage, à la personne handicapée ou au responsable légal de la personne handicapée.
* Si la personne handicapée a 65 ans ou plus et demande l'admission à un établissement étatique, une équipe d'évaluation gériatrique détermine l'inexistence de soins ou de traitements moins restrictifs adéquats aux besoins de la personne handicapée.

**Permis d'exercer :**

* Je certifie que je suis autorisé, en vertu de l'article sur les professions de la santé, titre 14, Code annoté du Maryland, à exercer la médecine dans l'État du Maryland ; OU
* Je certifie que je suis autorisé, en vertu de l'article sur les professions de la santé, titre 18, Code annoté du Maryland, à pratiquer la psychologie dans l'État du Maryland ; OU
* Je certifie que je suis autorisé, en vertu de l'article sur les professions de la santé, titre 14, Code annoté du Maryland, à exercer la profession d'infirmerie dans l'État du Maryland.

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du médecin, du psychologue ou de l'infirmier(ère) psychiatrique :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_