

**COMMONWEALTH DE MASSACHUSETTS**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL**  
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA TEMPORÁRIA  
**M.G.L. Capítulo 123, Seções 12 (a) e 12 (b)**  
**Pedido de acordo com a 12 (a)**

1). Pedido para (Nome da Instituição): \_\_\_\_\_

2). Solicito a admissão de (nome da pessoa): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Na instituição acima mencionada de acordo com as M.G.L. c. 123, s. 12(a). Autorizo o transporte e o uso de contenção da pessoa acima mencionada, mas somente se necessário para a segurança da pessoa transportada ou de outras pessoas que possam entrar em contato com ela. M.G.L. Capítulo 123, s. 21.

Com base em meu exame<sup>1</sup>, é minha opinião que a pessoa requer internação no estabelecimento acima mencionado para evitar a probabilidade de danos graves por motivo de doença mental. Evidências que apoiam minha opinião incluem:

**A). Doença Mental:** Para fins de admissão em uma unidade de internação sob a Seção 12, "Doença Mental" significa um transtorno substancial do pensamento, humor, percepção, orientação ou memória que prejudica grosseiramente o julgamento, o comportamento, a capacidade de reconhecer a realidade ou a capacidade de atender às demandas comuns da vida. Sintomas causados exclusivamente por deficiências intelectuais ou de desenvolvimento, transtorno do espectro autista, lesão cerebral traumática ou transtornos psiquiátricos ou comportamentais ou sintomas devidos a outra condição médica, conforme previsto na edição mais recente do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, ou exceto conforme previsto em 104 CMR 27.18, transtornos por uso de álcool e substâncias não constituem uma doença mental grave; desde que, no entanto, a presença de tais condições junto com uma doença mental não desqualifique uma pessoa que satisfaça os critérios para admissão em um estabelecimento de saúde mental. Especifique evidências, incluindo comportamento e sintomas:

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

**B). Probabilidade de danos graves** (marque todas as categorias que se aplicam):

(1) Risco substancial de dano físico à própria pessoa, manifestado por evidências de ameaças ou tentativas de suicídio ou lesões corporais graves; e/ou

(2) Risco substancial de dano físico a outras pessoas, manifestado por evidência de comportamento homicida ou outro comportamento violento ou evidência de que outros são colocados em medo razoável de comportamento violento e danos físicos graves a eles; e/ou

(3) Risco muito substancial de deficiência física ou lesão à própria pessoa, manifestada por evidência de que o julgamento dessa pessoa é tão afetado que ela é incapaz de se proteger na comunidade e a provisão razoável de sua proteção não está disponível na comunidade.

Especifique evidências, incluindo comportamento e sintomas: \_\_\_\_\_

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

**3). Certificação do Requerente** (marque todas as caixas aplicáveis)

a. Eu sou um:  Médico Licenciado  Psicólogo Qualificado (ou seja, Licenciado)  Enfermeiro Registrado de Prática Avançada

Assistente Social Clínico Independente Licenciado (LICSW)  Policial

b. Examinei  não examinei  pessoalmente essa pessoa. Se não, por quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c.  Eu consultei a instalação receptora ou o programa de triagem de emergência.

d.  Eu não consultei porque

\_\_\_\_\_

Nome do Requerente (não é do paciente):

(letra de forma) \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

**Obs.: Partes 1) a 3), acima, devem ser preenchidas para solicitar internação involuntária.**

**Formulário AA-5**

*Veja o verso para a Seção 12(b)*

**Revisado: 30/Set/21**

<sup>1</sup> Se um exame não for possível devido à natureza emergencial do caso e devido à recusa da pessoa em consentir com tal exame, o médico, psicólogo qualificado, enfermeiro registrado de prática avançada ou assistente social clínico independente licenciado com base nos fatos e circunstâncias podem determinar que a internação é necessária e pode ser aplicada. GL c.123 s.12(a)

**Pedido de acordo com a 12 (b)**

Autorização do Clínico Designado\*:

**(OBS.: As caixas A. a G., abaixo, devem ser marcadas para autorizar uma admissão involuntária da Seção 12(b) a uma instituição.)**

- A.  Sou um clínico designado\* da instituição acima mencionada com autoridade para autorizar admissões de acordo com a Seção 12 (b).
- B.  Eu examinei pessoalmente esta pessoa
- dentro de 2 horas após a sua chegada à instituição
- mais de 2 horas após a sua chegada à instituição por estar envolvido em uma situação de emergência.\*\* A situação de emergência foi:

\_\_\_\_\_ e examinei o paciente às \_\_\_\_\_ (horário).

- C.  Esta pessoa não necessita de cuidados médicos ou cirúrgicos de emergência ou internação.
- D.  Eu ofereci a esta pessoa um pedido de Cuidados e Tratamento Voluntário Condicional e a pessoa: (uma das duas caixas abaixo deve ser marcada para prosseguir com uma autorização da Seção 12(b))
- recusou-se a assinar, ou
- a solicitação foi rejeitada (as razões pelas quais a solicitação foi rejeitada devem ser declaradas na solicitação e a solicitação rejeitada deve fazer parte do prontuário médico dessa pessoa na instituição).

***Obs.: 104 CMR 27.07 (1) exige que seja oferecida ao paciente a oportunidade de mudar para o status voluntário condicional novamente dentro de três dias após a admissão.***

- E.  Concordo com a recomendação do requerente e completei um exame psiquiátrico para apoiar esta conclusão. Alternativamente, eu sou o requerente, examinei pessoalmente esta pessoa e completei as seções **1), 2), 2A) e 2B)** no lado oposto deste formulário.
- F.  Na minha opinião, atualmente não há colocação menos restritiva que seja apropriada para esta pessoa para a qual ela está disposta a ir.
- G.  Autorizo a admissão desta pessoa.
- H.  Rejeito este pedido de admissão pelos seguintes motivos:

Nome do Clínico Designado (letra de forma): \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura do Clínico Designado: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

\*Um médico ou enfermeiro qualificado de prática avançada, autorizado, conforme aplicável, pelo Departamento de acordo com 104 CMR 33.00

\*\*Consulte 104 CMR 27.07 (2)