

**KHOÍ THỊNH VƯỢNG CHUNG MASSACHUSETTS
TRUNG TÂM SỨC KHỎE TÂM THẦN (DMH)**

Đăng ký Chăm sóc và Điều trị trên Cơ sở Tự nguyện có Điều kiện

M.G.L. Chương 123, Mục 10 & 11

(thực hiện bởi Đại lý Chăm sóc Sức khỏe)

Họ tên Bệnh nhân _____

viết chữ in

Địa chỉ: _____ Thành phố/Thị trấn _____ Bang _____

Ngày sinh: _____ Giới tính Nam ☐ Nữ ☐

Tên Đại lý Chăm sóc Sức khỏe _____ Điện thoại: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố/Thị trấn _____ Bang _____

Gửi Giám đốc Cơ sở* _____

Tên cơ sở

1. Tôi là nhân viên chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân có tên ở trên, có thẩm quyền đồng ý cho họ tự nguyện nhập viện tại cơ sở này. Bản sao của ủy quyền chăm sóc sức khỏe thiết lập quyền này được đính kèm.
2. Tôi muốn nhận bệnh nhân có tên ở trên vào cơ sở.
3. Tôi nhận thấy rằng khi tôi muốn bệnh nhân rời khỏi cơ sở, tôi phải thông báo bằng văn bản cho Giám đốc Cơ sở, người có thể hoãn bệnh nhân xuất viện đến ba ngày (không kể thứ bảy, chủ nhật và ngày lễ).
4. Khi tôi thông báo rằng tôi muốn bệnh nhân rời khỏi cơ sở, tôi nhận thấy rằng nếu Giám đốc Cơ sở cho rằng bệnh nhân có thể gây nguy hiểm cho bản thân hoặc người khác vì bệnh tâm thần, người đó có thể kiến nghị Tòa án Quận trong vòng ba ngày, tìm cách để bệnh nhân cam kết (được lệnh ở lại) cơ sở trong tối đa sáu tháng. Tòa sẽ lên lịch xét xử. Tôi hiểu rằng bệnh nhân có quyền được luật sư đại diện tại phiên điều trần. Nếu người đó không đủ khả năng thuê luật sư, Tòa án sẽ chỉ định một luật sư. Sau khi nộp đơn, Tòa án có năm (5) ngày làm việc để bắt đầu xét xử đơn yêu cầu cam kết. Trong thời gian này, bệnh nhân phải ở lại cơ sở. Tại phiên điều trần, thẩm phán sẽ quyết định bệnh nhân có thể rời khỏi cơ sở hay không.
5. Tôi đồng ý để bệnh nhân được điều trị bệnh tâm thần tại cơ sở này với bất kỳ hạn chế nào được xác định trong ủy quyền chăm sóc sức khỏe. Tôi hiểu rằng thỏa thuận này không giới hạn quyền của bệnh nhân trong việc gửi thông báo trước ba ngày, thu hồi ủy quyền chăm sóc sức khỏe hoặc từ chối bất cứ lúc nào các can thiệp điều trị cụ thể như thuốc an thần hoặc liệu pháp sốc điện. Tôi cũng có thể từ chối bất kỳ can thiệp điều trị cụ thể nào tùy thuộc vào bất kỳ hạn chế nào được xác định trong ủy quyền chăm sóc sức khỏe.
6. Tôi đã nhận được bản sao Thông báo Quyền (Mẫu CV-301HCA).
7. Tôi đã được tạo cơ hội tham khảo ý kiến với luật sư hoặc người dưới sự giám sát của luật sư liên quan đến ảnh hưởng của việc nhập viện tự nguyện có điều kiện.
8. Tôi hiểu rằng cơ sở sẽ chấp nhận hoặc từ chối đơn đăng ký này theo các tiêu chuẩn lâm sàng và pháp lý hiện hành.

Chữ ký của Đại lý Chăm sóc Sức khỏe

Ngày

Người làm chứng

Ngày

* Giám đốc Cơ sở là giám đốc, giám đốc điều hành, giám đốc chương trình, hoặc quản trị viên khác được cơ sở chỉ định để giám sát hành chính đối với cơ sở, hoặc người được chỉ định của họ.

ĐÍNH KÈM BẢN SAO CHẤP NHẬN/TỪ CHỐI
ỦY QUYỀN CHĂM SÓC SỨC KHỎE BỞI CƠ SỞ

Theo các tiêu chí nêu dưới đây, đơn đăng ký sẽ được chấp nhận hoặc từ chối bởi bác sĩ lâm sàng được chỉ định* của cơ sở.

1. Bệnh nhân này

- A. được chẩn đoán mắc bệnh tâm thần, theo định nghĩa trong 104 CMR 27.05 (2).
B. đang cần được chăm sóc và điều trị vì căn bệnh tâm thần này,
C. cần nhập viện (i) để được chăm sóc và điều trị hoặc (ii) để ngăn ngừa tổn hại nghiêm trọng do không có phương án thay thế vị trí thích hợp hơn.

Có Không

☐	☐
☐	☐
☐	☐

2. Cơ sở này phù hợp cho việc chăm sóc và điều trị như vậy.

☐	☐
--------------------------	--------------------------

3. Bệnh nhân có ủy quyền chăm sóc sức khỏe hợp lệ chưa hết hạn hoặc bị thu hồi.

☐	☐
--------------------------	--------------------------

4. Ủy quyền chăm sóc sức khỏe đã được viện dẫn đúng cách dựa trên việc bệnh nhân

☐	☐
--------------------------	--------------------------

không đủ khả năng để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe sáng suốt.

Nếu tất cả các ô được đánh dấu “Có”, thì đơn đăng ký sẽ được chấp nhận trừ khi bệnh nhân chưa được nhận vào, trong trường hợp đó đơn đăng ký chỉ có thể được chấp nhận nếu đáp ứng các tiêu chí nhập viện của cơ sở. Nếu bất kỳ ô nào được đánh dấu là “Không”, đơn đăng ký sẽ bị từ chối, trừ khi chỉ có các ô “1.A”, “1.B” hoặc “2” được đánh dấu “Không”, trong trường hợp đó cơ sở có thể chấp nhận nếu nhập viện tự nguyện có điều kiện của bệnh nhân là cần thiết để ngăn ngừa tổn hại nghiêm trọng do không có phương án thay thế vị trí thích hợp hơn.

Bệnh nhân hoặc Đại lý Chăm sóc Sức khỏe có thể không ký thông báo ba ngày trừ khi biểu mẫu này đã được chấp nhận.

Tôi, bác sĩ lâm sàng được chỉ định* của cơ sở này, theo đây (đánh dấu tất cả ô thích hợp):

5. ☐ **Chấp nhận** đơn xin nhập viện tự nguyện có điều kiện này:

☐ A. Đại lý chăm sóc sức khỏe đang đăng ký chăm sóc và điều trị bệnh nhân trên cơ sở tự nguyện có điều kiện.

☐ B. Tôi đã xác định rằng đáp ứng tất cả các tiêu chí tình trạng nhập viện tự nguyện có điều kiện.

☐ C. Chỉ các ô “1.A”, “1.B” hoặc “2” được đánh dấu “Không” và cần tiếp tục nhập viện để ngăn ngừa tổn hại nghiêm trọng do không có phương án thay thế vị trí thích hợp hơn.

6. ☐ **Từ chối** đăng ký nhập viện tự nguyện có điều kiện này.

Lý do:

Chữ ký Bác sĩ được Chỉ định

Ngày

Họ tên (Chữ in)

Chức danh

Tình trạng Tự nguyện có Điều kiện của bệnh nhân này phải được đánh giá lại vào thời điểm mỗi lần đánh giá định kỳ.

LƯU FILE TRONG HỒ SƠ BỆNH NHÂN NGAY LẬP TỨC

* Bác sĩ hoặc y tá đăng ký hành nghề cao cấp đủ điều kiện, được ủy quyền, nếu có, bởi Trung tâm theo 104 CMR 33.00.

Mẫu CV-300HCA Trang 2

Đã sửa 28 tháng 10, 2021

Vietnamese – translated 7/22/2022