

**COMMONWEALTH DE MASSACHUSETTS  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL**

Pedido de Cuidados e Tratamento Voluntário Condicional  
**M.G.L. Capítulo 123, Seções 10 & 11**  
*(feito por um Agente de Serviço de Saúde)*

Nome do Paciente (letra de forma) \_\_\_\_\_

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo M  F

Nome do Agente de Serviço de Saúde \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

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

Para o Diretor\* da Instituição \_\_\_\_\_  
Nome da Instituição

1. Eu sou o agente de saúde do paciente acima mencionado com autoridade para consentir a sua admissão voluntária nesta unidade. Uma cópia da procuração de cuidados de saúde que estabelece esta autoridade está anexada.
2. Desejo admitir o paciente acima mencionado na instituição.
3. Percebo que quando eu quiser que o paciente deixe a instituição, devo notificar por escrito o Diretor da Instituição, que pode atrasar a saída do paciente por até três dias (exceto sábados, domingos e feriados).
4. Uma vez que eu avise que quero que o paciente deixe a instituição, eu percebo que se o Diretor da Instituição achar que o paciente pode ser um perigo para si mesmo ou para outras pessoas por causa de uma doença mental, ele ou ela pode solicitar ao Tribunal Distrital dentro do período de três dias a permanência do paciente internado (com ordem de permanência) na unidade por até seis meses. O Tribunal marcará uma audiência. Entendo que o paciente tem o direito de ser representado por um advogado na audiência. Se ele ou ela não puder pagar um advogado, o Tribunal nomeará um. Após o arquivamento da petição, o Tribunal dispõe de 5 (cinco) dias úteis para iniciar a audiência do pedido de internação. Durante este tempo, o paciente deve permanecer na unidade. Na audiência, o juiz decidirá se o paciente pode ou não deixar a unidade.
5. Concordo que o paciente receba tratamento nesta instituição para doença mental, sujeito a quaisquer limitações identificadas na procuração de cuidados de saúde. Entendo que este contrato não limita o direito do paciente de enviar um aviso de três dias, revogar sua procuração de assistência médica ou recusar a qualquer momento intervenções específicas de tratamento, como medicação antipsicótica ou terapia eletroconvulsiva. Também posso recusar quaisquer intervenções de tratamento específicas sujeitas a quaisquer limitações identificadas na procuração de cuidados de saúde.
6. Recebi uma cópia do Aviso de Direitos (Formulário CV-301HCA).
7. Foi-me oferecida a oportunidade de consultar um advogado ou pessoa sob a supervisão de um advogado sobre o efeito de uma admissão voluntária condicional.
8. Entendo que a instituição aceitará ou rejeitará esta solicitação de acordo com os padrões clínicos e legais aplicáveis.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Agente de Serviço de Saúde

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Data

\*O Diretor da Instituição é o superintendente, diretor executivo, diretor de programa ou outro administrador designado pela instituição para supervisionar administrativamente uma instituição, ou seu representante

## ANEXAR CÓPIA DE PROCURAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE ACEITAÇÃO/REJEIÇÃO PELA INSTITUIÇÃO

De acordo com os critérios estabelecidos abaixo, o pedido deve ser aceito ou rejeitado, por um médico designado\* da instituição.

- |   | Sim                      | Não                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Este paciente  |                          |                          |
| A. foi diagnosticado com doença mental conforme definido em 104 CMR 27.05(2),   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. precisa de cuidados e tratamento para esta doença mental,  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. precisa de internação (i) para tais cuidados e tratamento <u>ou</u> (ii) para evitar danos graves devido à ausência de uma alternativa de colocação mais adequada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Esta instituição é adequada para tais cuidados e tratamentos.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. O paciente tem uma procuração de cuidados de saúde válida que não expirou ou foi revogada:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. A procuração de cuidados de saúde foi devidamente invocada com base na incapacidade do paciente de tomar decisões informadas sobre cuidados de saúde.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*\*\*\*\*

Se todas as caixas estiverem marcadas como "Sim", a inscrição será aceita, a menos que o paciente ainda não tenha sido admitido, caso em que a inscrição só poderá ser aceita se os critérios de admissão da instituição forem atendidos. Se qualquer caixa for marcada como "Não", a solicitação será rejeitada, a menos que apenas as caixas "1.A", "1.B" ou "2" sejam marcadas como "Não", caso em que a instituição pode aceitar se a condição de internação voluntária do paciente for necessária para evitar danos graves devido à ausência de uma alternativa de colocação mais adequada.

\*\*\*\*\*

**O paciente ou Agente de Serviço de Saúde não pode assinar um aviso de três dias a menos que este formulário tenha sido aceito**

\*\*\*\*\*

Eu, um clínico designado\* desta instituição, por meio deste (marque todas as caixas aplicáveis):

4.  **Aceito** este pedido de internação voluntária condicional:
- A. O agente de serviço de saúde está solicitando cuidados e tratamento de forma voluntária condicional.
  - B. Eu determinei que os critérios aplicáveis para o status de admissão voluntária condicional foram atendidos.
  - C. Apenas as caixas "1.A", "1.B" ou "2" são marcadas como "Não" e a internação continuada é necessária para evitar danos graves devido à ausência de uma alternativa de colocação mais adequada.
5.  **Rejeito** este pedido de internação voluntária condicional. Motivos:

---

---

---

Assinatura do Clínico Designado	Data
Nome em letra de forma	
Título	

O status Voluntário Condicional deve ser reavaliado do paciente no momento de cada revisão periódica.  
ARQUIVAR NO REGISTRO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE

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