

马萨诸塞州精神健康部

有条件自愿护理和治疗申请 《马萨诸塞州普通法》第123章第10节和第11节 (由未成年人家长或监护人填写)

患者姓名 (儿童/受监护人) _____
(请用大写字母填写)

地址: _____ 城镇 _____ 州 _____

出生日期: _____ 性别 ☐ 男 ☐ 女

监护人姓名: _____ 电话号码: _____

地址: _____ 城镇 _____ 州 _____

致以下设施主管*: _____
设施名称

1. 我是上述患者 (儿童/受监护人) 的父母/法定监护人, 有权同意他/她入住本设施。(如果申请人不是未成年人的父母, 则必须提供监护令复印件。)
2. 我希望让我的孩子/受监护人作为有条件自愿患者入住上述设施。
3. 我知道, 当我希望我的孩子/受监护人离开设施时, 我必须向设施主管发出书面通知, 主管可能会将我的孩子/受监护人的离开时间最长延迟三天 (不包括周六、星期日和节假日)。
4. 一旦我通知我希望我的孩子/受监护人离开设施, 我知道, 如果设施主管认为我的孩子/受监护人可能因精神疾病对自己或他人构成危险, 设施主管可能在三天期限内向地区法院提出请愿, 请求让我的孩子/受监护人强制留在 (被命令留在) 该设施最长达六个月。法院将安排召开听证会。我了解我的孩子/受监护人有权在听证会上由律师代理。如果我的孩子/受监护人负担不起律师费, 法院将指定一名律师。提交请愿书后, 法院有五 (5) 个工作日开始就强制留在设施请愿召开听证会。在此期间, 我的孩子/受监护人必须留在设施内。在听证会上, 法官将决定我的孩子/受监护人是否可以离开设施。
5. 我同意我的孩子/受监护人在该设施接受精神疾病治疗。我理解本协议不会限制我的孩子/受监护人在任何時候拒绝特定治疗干预措施的权利, 例如抗精神病药物、电休克疗法或精神外科治疗。
6. 我已收到一份《权利通知》(CV-301P/G表)。
7. 我有机会向律师或受律师监督的人士就有条件自愿入住的影响进行咨询。
8. 我理解设施将根据相关临床和法律标准接受或拒绝本申请。

家长或监护人签名

日期

证人

日期

*设施主管是指由设施指定对设施进行行政监督的主管、首席执行官、项目主管或其他行政管理员或其指定人员。

随附设施接受/拒绝监护令复印件

根据以下规定的标准，申请应由设施的指定临床医生*接受或拒绝。

1. 该患者

- A. 按照《马萨诸塞州法规集》第104篇第27.05 (2)款的定义，已被诊断患有精神疾病。
- B. 需要因该精神疾病接受护理和治疗。
- C. 需要住院 (i) 接受此类护理和治疗，或者(ii) 预防因缺乏更适当的安置替代方法出现严重伤害行为。

是 否
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐

2. 本设施适合提供此类护理和治疗。

☐ ☐

3. 申请人作为家长或监护人的身份已经得到确认。

☐ ☐

如果对每个方框都选择“是”，则申请将被接受，除非患者尚未入住，在这种情况下，只有满足设施的入住标准才可能接受申请。如果对任何方框选择“否”，申请将被拒，除非仅对方框“1.A”、“1.B”或“2”选择“否”，在这种情况下，如果由于缺乏更适当的安置替代方法，患者的有条件自愿住院对于防止严重伤害是必要的，设施可接受申请。

除非本表已被接受，否则家长/监护人不得签署三天通知。

我，本设施的指定临床医生*，特此（勾选所有适用的方框）：

4. ☐ **接受**本未成年人有条件自愿住院申请：

- ☐ A. 家长/监护人在有条件自愿基础上提出他们的孩子/受监护人的护理和治疗申请。
- ☐ B. 我已经决定符合所有有条件自愿入住状况标准。
- ☐ C. 仅对方框“1.A”、“1.B”或“2”勾选了“否”，由于缺乏更适当的安置替代方法，继续住院对于预防严重伤害是必要的。

5. ☐ **拒绝**本有条件自愿住院申请。理由：

指定临床医生签名

日期

用大写字母填写姓名

职称

该患者的有条件自愿住院状况必须在每次定期审查时重新评估。

立即在患者的记录中归档

* 精神健康部根据《马萨诸塞州法规集》第104篇第33.00款授权（如适用）的医生或合格高级执业注册护士