

## 麻塞諸塞州精神健康部

### 有條件自願護理和治療申請 《麻塞諸塞州普通法》第123章第10節和第11節 (由未成年人家長或監護人填寫)

患者姓名 (兒童/受監護人) \_\_\_\_\_  
(請用大寫字母填寫)

地址：\_\_\_\_\_ 城鎮 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_ 性別  男  女

監護人姓名：\_\_\_\_\_ 電話號碼：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 城鎮 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_

致以下設施主管\*： \_\_\_\_\_  
設施名稱

1. 我是上述患者 (兒童/受監護人) 的父母/法定監護人，有權同意他/她入住本設施。(如果申請人不是未成年人的父母，則必須提供監護令影本。)
2. 我希望讓我的孩子/受監護人作為有條件自願患者入住上述設施。
3. 我知道，當我希望我的孩子/受監護人離開設施時，我必須向設施主管發出書面通知，主管可能會將我的孩子/受監護人的離開時間最長延遲三天 (不包括週六、星期日和節假日)。
4. 一旦我通知我希望我的孩子/受監護人離開設施，我知道，如果設施主管認為我的孩子/受監護人可能因精神疾病對自己或他人構成危險，設施主管可能在三天期限內向地區法院提出請願，請求讓我的孩子/受監護人強制留在 (被命令留在) 該設施最長達六個月。法院將安排召開聽證會。我瞭解我的孩子/受監護人有權在聽證會上由律師代理。如果我的孩子/受監護人負擔不起律師費，法院將指定一名律師。提交請願書後，法院有五 (5) 個工作日開始就強制留在設施請願召開聽證會。在此期間，我的孩子/受監護人必須留在設施內。在聽證會上，法官將決定我的孩子/受監護人是否可以離開設施。
5. 我同意我的孩子/受監護人在該設施接受精神疾病治療。我理解本協議不會限制我的孩子/受監護人在任何時候拒絕特定治療干預措施的權利，例如抗精神病藥物、電休克療法或精神外科治療。
6. 我已收到一份《權利通知》(CV-301P/G表)。
7. 我有機會向律師或受律師監督的人士就有條件自願入住的影響進行諮詢。
8. 我理解設施將根據相關臨床和法律標準接受或拒絕本申請。

\_\_\_\_\_  
家長或監護人簽名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
證人

\_\_\_\_\_  
日期

\*設施主管是指由設施指定對設施進行行政監督的主管、首席執行官、專案主管或其他行政管理員或其指定人員。

## 隨附設施接受/拒絕監護令影本

根據以下規定的標準，申請應由設施的指定臨床醫生\*接受或拒絕。

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 該患者  |                          | 是                        | 否                        |
| A. 按照《麻塞諸塞州法規集》第104篇第27.05 (2)款的定義，已被診斷患有精神疾病。        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. 需要因該精神疾病接受護理和治療。                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. 需要住院 (i) 接受此類護理和治療，或者(ii) 預防因缺乏更適當的安置替代方法出現嚴重傷害行為。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 本設施適合提供此類護理和治療。                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 申請人作為家長或監護人的身份已經得到確認。                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*\*\*\*\*  
如果對每個方框都選擇「是」，則申請將被接受，除非患者尚未入住，在這種情況下，只有滿足設施的入住標準才可能接受申請。如果對任何方框選擇「否」，申請將被拒，除非僅對方框「1.A」、「1.B」或「2」選擇「否」，在這種情況下，如果由於缺乏更適當的安置替代方法，患者的有條件自願住院對於防止嚴重傷害是必要的，設施可接受申請。  
\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
**除非本表已被接受，否則家長/監護人不得簽署三天通知。**  
\*\*\*\*\*

我，本設施的指定臨床醫生\*，特此（勾選所有適用的方框）：

4.  **接受**本未成年人有條件自願住院申請：
- A. 家長/監護人在有條件自願基礎上提出他們的孩子/受監護人的護理和治療申請。
  - B. 我已經決定符合所有有條件自願入住狀況標準。
  - C. 僅對方框「1.A」、「1.B」或「2」勾選了「否」，由於缺乏更適當的安置替代方法，繼續住院對於預防嚴重傷害是必要的。
5.  **拒絕**本有條件自願住院申請。理由：

\_\_\_\_\_

指定臨床醫生簽名

\_\_\_\_\_

日期

\_\_\_\_\_

用大寫字母填寫姓名

\_\_\_\_\_

職稱

該患者的有條件自願住院狀況必須在每次定期審查時重新評估。

**立即在患者的記錄中歸檔**

\* 精神健康部根據《麻塞諸塞州法規集》第104篇第33.00款授權（如適用）的醫生或合格高級執業註冊護士