

**DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL DA COMUNIDADE DE
MASSACHUSETTS**

Solicitação de Cuidados e Tratamento Voluntário Condicional

M.G.L. Capítulo 123, Seções 10 e 11

(preenchido por um dos Pais ou Responsável de um Menor)

Nome do Paciente (Criança/Menor Tutelado) _____

Por favor, use letra de imprensa

Endereço: _____ Cidade/Bairro _____ Estado _____

Data de Nascimento: _____ Sexo ☐ M ☐ F

Nome do Guardião _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Cidade/Bairro: _____ Estado: _____

Para o Diretor do Estabelecimento/Instalação de: _____

Nome do Estabelecimento/Instalação

1. Eu sou pai/mãe/responsável legal do paciente acima mencionado (criança/menor tutelado) com autoridade para consentir a admissão dele/dela nesta unidade. Se o requerente não for o pai do menor, deverá fornecer uma cópia do decreto de tutela).
2. Desejo admitir meu filho(a)/menor tutelado como paciente voluntário condicional nas instalações acima.
3. Tenho conhecimento que quando eu quiser que meu filho(a)/menor tutelado saia da instalação, devo notificar por escrito o Diretor da Instalação, que pode atrasar a saída de meu filho(a)/menor tutelado em até três dias (excluindo sábados, domingos e feriados).
4. Uma vez que eu avise que desejo que meu filho(a)/menor tutelado deixe a instalação, tenho conhecimento que se o diretor da Instalação achar que meu filho(a)/menor tutelado pode ser um perigo para si mesmo ou para outras pessoas, por causa de uma doença mental, ele pode peticionar ao Tribunal Distrital dentro do período de três dias, solicitando que meu filho(a)/menor tutelado fique internado (com ordem de permanência) na instituição por até seis meses. O Tribunal irá marcar uma audiência. Sei também, que meu filho(a)/menor tutelado tem o direito de ser representado por um advogado no dia da audiência, o Tribunal nomeará um. Após o início da petição, o Tribunal tem 5 (cinco) dias úteis para dar início a audiência do pedido de internação. Durante esse período, meu filho(a)/menor tutelado deverá permanecer na unidade. Na audiência, o juiz decidirá se meu filho(a)/menor tutelado, pode ou não deixar a instituição
5. Eu concordo que meu filho(a)/menor tutelado receba tratamento nesta unidade para sua doença mental. Entendo que este acordo não limita o direito de meu filho(a)/menor tutelado de recusar a qualquer momento intervenções de tratamento específico, como medicação antipsicótica, terapia eletroconvulsiva ou psicocirurgia.
6. Recebi uma cópia do Aviso de Direitos (Formulário CV 301P/G).
7. Também me foi oferecida a oportunidade de consultar um advogado ou pessoa sob supervisão de um advogado sobre o efeito de uma admissão voluntária condicional.
8. Compreendo que a instalação/unidade aceitará ou rejeitará esta solicitação de acordo com os padrões clínicos e legais aplicáveis.

Assinatura dos Pais ou Responsável

Data

Testemunhas

Data

*Diretor da Instalação, significa, o superintendente, diretor executivo, diretor de programa ou outro administrador designado pela instalação para supervisionar administrativamente uma instalação, ou seu representante.

ANEXAR CÓPIA DO DECRETO DE TUTELA

ACEITAÇÃO/REJEIÇÃO PELA INSTALAÇÃO

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

1. Este paciente:

Sim Não

A. Foi diagnosticado com doença mental conforme 104 CMR 27.05 (2).

☐ ☐

B. Precisa cuidados e tratamento para esta doença mental

☐ ☐

C. Precisa hospitalização (i) para tais cuidados e tratamento ou (ii) para prevenir danos graves devido à ausência de uma colocação mais adequada.

☐ ☐

2. Esta instalação é adequada para tais cuidados

☐ ☐

3. O status do candidato como pais/responsável foi confirmado.

☐ ☐

Se todas as respostas forem marcadas com o "Sim", o pedido será aceito a menos que o paciente ainda não tenha sido admitido, caso em que o pedido só poderá ser aceito se os critérios de admissão da instituição forem atendidos. Se qualquer uma das respostas for marcada com "Não", o pedido será rejeitado, a menos que apenas as respostas "1.A", "1.B", ou "2" sejam marcadas com um "Não", caso, em que a instituição pode aceitar se a condição do paciente a internação voluntária seja necessária para evitar danos graves devido à ausência de uma alternativa de colocação mais adequada.

Os Pais/Responsáveis não podem assinar um aviso de três dias a menos que este formulário tenha sido aceito.

Eu, um médico designado* desta instalação, por meio deste (marque todas as respostas aplicáveis)

4. ☐ **Aceito** este pedido de internação voluntária condicional de um menor:

☐ A. Os pais/responsável estão solicitando cuidados e tratamento de seu filho(a)/menor tutelado de forma voluntária condicional.

☐ B. Eu determinei que todos os critérios para o status de admissão voluntária condicional foram atendidos.

☐ C. Apenas as respostas "1.A", "1.B" ou "2" foram marcadas "Não" é continua hospitalização é necessária para evitar danos graves devido à ausência de uma alternativa de colocação mais adequada.

5. ☐ **Rejeito** este pedido de internação voluntária condicional. Razões:

Assinatura do Médico Designado

Data

Nome impresso

Título

O status de Voluntário Condicional deste paciente deve ser reavaliado no momento de cada revisão periódica.

ARQUIVAR O REGISTRO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE

* Um médico ou enfermeiro qualificado/registrado, autorizado conforme pelo Departamento de acordo com 104 CMR 33.00