

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS

SỞ SỨC KHỎE TÂM THẦN

Đơn Đăng Ký Chăm Sóc Và Điều Trị Trên Cơ Sở Tự nguyện Có Điều Kiện

M.G.L. Chương 123, Phần 10 & 11

(do Phụ Huynh hoặc Người Giám Hộ của Trẻ Vị Thành Niên thực hiện)

Tên Bệnh Nhân (Trẻ/Người Được Giám Hộ) _____
vui lòng viết in hoa

Địa Chỉ: _____ Thành Phố/Thị Trấn _____ Tiểu Bang _____

Ngày Sinh: _____ Giới Tính ☐ Nam ☐ Nữ

Tên Người Giám Hộ _____ Điện Thoại #: _____

Địa Chỉ: _____ Thành Phố/Thị Trấn _____ Tiểu Bang _____

Tới Giám Đốc Cơ Sở* của _____

Tên Cơ Sở

- Tôi là phụ huynh/người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân có tên nêu trên (con/người được giám hộ), có quyền đồng ý cho trẻ nhập viện tại cơ sở này. (Nếu người nộp đơn không phải phụ huynh của trẻ vị thành niên thì phải cung cấp một bản sao của lệnh giám hộ.)
- Tôi muốn cho con tôi/người được tôi giám hộ trở thành bệnh nhân tự nguyện có điều kiện tại cơ sở trên.
- Tôi hiểu rõ rằng khi tôi muốn con tôi/người được tôi giám hộ rời khỏi cơ sở, tôi phải thông báo bằng văn bản cho Giám Đốc Cơ Sở, người có thể trì hoãn việc rời khỏi cơ sở của con/người được giám hộ của tôi trong tối đa 3 ngày (ngoại trừ Thứ Bảy, Chủ Nhật và ngày lễ).
- Khi tôi thông báo rằng tôi muốn con tôi/người được tôi giám hộ rời khỏi cơ sở, tôi hiểu rằng nếu Giám Đốc Cơ Sở cho rằng con tôi/người được tôi giám hộ có thể gây nguy hiểm cho bản thân hoặc người khác vì bệnh tâm thần, họ có thể đệ đơn lên Tòa Án Khu Vực trong thời hạn ba ngày để con tôi/người được tôi giám hộ phải ở lại (được lệnh ở lại) cơ sở này trong thời gian tối đa sáu tháng. Tòa Án sẽ lên lịch phiên điều trần. Tôi hiểu rằng con/người được giám hộ của tôi 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 đệ đơn, Tòa Án có năm (5) ngày làm việc để bắt đầu một phiên điều trần đối với đơn yêu cầu buộc ở lại. Trong thời gian này, con tôi/người được tôi giám hộ phải ở lại cơ sở. Tại phiên điều trần, thẩm phán sẽ quyết định xem con tôi/người được tôi giám hộ có thể rời khỏi cơ sở hay không.
- Tôi đồng ý cho con tôi/người được tôi giám hộ được điều trị bệnh tâm thần tại cơ sở này. Tôi hiểu rằng thỏa thuận này không giới hạn quyền của con tôi/người được tôi giám hộ trong việc từ chối các can thiệp điều trị cụ thể vào bất kỳ lúc nào như thuốc chống loạn thần, liệu pháp sốc điện hoặc phẫu thuật tâm thần.
- Tôi đã được cung cấp một bản sao Thông Báo về Các Quyền (Mẫu CV-301P/G).
- Tôi đã được cung cấp cơ hội tham vấn với luật sư hoặc người thuộc sự giám sát của luật sư về ảnh hưởng của việc nhập viện tự nguyện có điều kiện.
- 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 Phụ Huynh hoặc Người Giám Hộ

Ngày

Người Làm Chứng

Ngày

*Giám Đốc Cơ Sở là tổng 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 LỆNH GIÁM HỘ

CHẤP NHẬN/TỪ CHỐI CỦA 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

- | | Có | Không |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A. đã 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 như vậy <u>hoặc</u> (ii) để ngăn ngừa tổn hại nghiêm trọng do không có phương án sắp xếp thay thế thích hợp hơn. | ☐ | ☐ |

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

☐ ☐

3. Tình trạng của người nộp đơn là phụ huynh hoặc người giám hộ đã được xác nhận.

☐ ☐

Nếu mọi ô đều được đánh dấu là “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 các tiêu chí nhập viện của cơ sở đã được đáp ứng. 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 là “Không”, trong trường hợp đó cơ sở có thể chấp nhận nếu việc bệnh nhân nhập viện tự nguyện có điều kiện là cần thiết để ngăn ngừa tổn hại nghiêm trọng do không có phương án sắp xếp thay thế thích hợp hơn.

Phụ Huynh/Người Giám Hộ không được ký thông báo trong ba ngày trừ khi mẫu đơn này đã được chấp nhận.

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

4. ☐ **Chấp nhận** đơn xin nhập viện tự nguyện có điều kiện của trẻ vị thành niên này:
- ☐ A. Phụ Huynh/Người Giám Hộ đang nộp đơn xin chăm sóc và điều trị cho con họ/người được họ giám hộ trên cơ sở tự nguyện có điều kiện.
- ☐ B. Tôi đã xác định rằng tất cả các tiêu chí cho tình trạng nhập viện tự nguyện có điều kiện đều được đáp ứng.
- ☐ C. Chỉ các ô “1.A”, “1.B” hoặc “2” được đánh dấu là “Không” và tiếp tục nhập viện là cần thiết để ngăn ngừa tổn hại nghiêm trọng do không có phương án sắp xếp thay thế thích hợp hơn.
5. ☐ **Từ chối** đơn xin nhập viện tự nguyện có điều kiện này. Lý do:

Chữ Ký của Bác Sĩ Được Chỉ Định

Ngày

Tên Viết In Hoa

Chức Vụ

Tình trạng Tự Nguyện Có Điều Kiện của bệnh nhân này phải được đánh giá lại vào mỗi lần đánh giá định kỳ.

ĐƯA VÀO HỒ SƠ BỆNH NHÂN NGAY LẬP TỨC

* Một bác sĩ hoặc y tá có đăng ký hành nghề nâng cao đủ điều kiện, được Sở cho phép, nếu có, theo 104 CMR 33.00