KHỐI THỊNH VƯỢNG CHUNG MASSACHUSETTS
TRUNG TÂM SỨC KHỎE TÂM THẦN (DMH)

Đăng ký Chăm sóc và Điều trị trên Cơ sở Tự nguyện có Điều kiện
M.G.L. Chương 123, Mục 10 & 11
(thực hiện bởi Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên)

Họ tên Bệnh nhân (viết chữ in)_____

Địa chỉ:_____Thành phố/Thị trấn _____Bang _____

Ngày sinh:_____Giới tính Nam ☐ Nữ ☐

Gửi Giám đốc Cơ sở* _____
Tên cơ sở

1. Tôi từ 16 tuổi trở lên và tại đây đăng ký làm bệnh nhân tại cơ sở trên.
2. Tôi nhận thấy rằng khi tôi muốn rời khỏi cơ sở, tôi phải thông báo bằng văn bản cho Giám đốc Cơ sở, người có thể hoãn tôi xuất viện đến ba ngày (không kể thứ bảy, chủ nhật và ngày lễ).
3. Khi tôi thông báo về ý định rời khỏi cơ sở, tôi nhận thấy rằng nếu Giám đốc Cơ sở cho rằng tôi có thể gây nguy hiểm cho bản thân hoặc người khác vì bệnh tâm thần, người đó có thể kiến nghị Tòa án Quận trong vòng ba ngày để tôi cam kết (được lệnh ở lại) cơ sở trong tối đa sáu tháng. Tòa sẽ lên lịch xét xử. Tôi có quyền được luật sư đại diện tại phiên điều trần. Nếu tôi không đủ khả năng thuê luật sư, Tòa án sẽ chỉ định một luật sư cho tôi. Sau khi nộp đơn, Tòa án có năm (5) ngày làm việc để bắt đầu xét xử đơn yêu cầu cam kết. Trong thời gian này, tôi phải ở lại cơ sở. Tại phiên điều trần, thẩm phán sẽ quyết định tôi có thể rời khỏi cơ sở hay không.
4. Tôi đồng ý điều trị bệnh tâm thần tại cơ sở này. Tuy nhiên, tôi hiểu rằng thỏa thuận này không giới hạn quyền của tôi từ chối bất cứ lúc nào các can thiệp điều trị cụ thể có thể được cung cấp như thuốc an thần hoặc liệu pháp sốc điện.
5. Tôi đã nhận được bản sao Thông báo Quyền (Mẫu CV-301).
6. Tôi đã được tạo cơ hội tham khảo ý kiến với luật sư hoặc người dưới sự giám sát của luật sư liên quan đến ảnh hưởng của việc nhập viện tự nguyện có điều kiện.
7. Tôi 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 Bệnh nhân Ngày

_____ _____
Người làm chứng Ngày

* Giám đốc Cơ sở là 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.

CHẤP NHẬN/TỪ CHỐI BỞI 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. 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 hoặc (ii) để ngăn ngừa tổn hại nghiêm trọng do không có phương án thay thế vị trí thích hợp hơn.	☐	☐

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

3. Tôi đã xác định rằng bệnh nhân này hiểu rằng họ:

A. đồng ý ở lại và được điều trị tại cơ sở này,	☐	☐
B. phải ký một thông báo ba ngày về ý định rời đi,	☐	☐
C. có thể được phép hoặc không được phép rời đi mà không có phiên tòa.	☐	☐

****

Nếu tất cả các ô được đánh dấu "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 đáp ứng các tiêu chí nhập viện của cơ sở. 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 "Không", trong trường hợp đó cơ sở có thể chấp nhận nếu nhập viện tự nguyện có điều kiện của bệnh nhân là cần thiết để ngăn ngừa tổn hại nghiêm trọng do không có phương án thay thế vị trí thích hợp hơn.

****

Bệnh nhân có thể không ký thông báo ba ngày trừ khi biểu mẫu này đã được chấp nhận.

****

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

4. ☐ **Chấp nhận** đơn xin nhập viện tự nguyện có điều kiện này:

☐ A. Bệnh nhân đang đăng ký chăm sóc và điều trị trên cơ sở tự nguyện có điều kiện.

☐ B. Tôi đã xác định rằng bệnh nhân có khả năng đăng ký nhập viện tự nguyện có điều kiện.

☐ C. Tôi đã xác định rằng đáp ứng các tiêu chí áp dụng cho tình trạng nhập viện tự nguyện có điều kiện.

☐ D. Chỉ các ô "1.A", "1.B" hoặc "2" được đánh dấu "Không" và cần tiếp tục nhập viện để ngăn ngừa tổn hại nghiêm trọng do không có phương án thay thế vị trí thích hợp hơn.

5. ☐ **Từ chối** đăng ký nhập viện tự nguyện có điều kiện này. Lý do:

_____
_____
_____

_____ _____
Chữ ký Bác sĩ được Chỉ định Ngày

_____
Họ tên (Chữ in)

_____
Chức danh

Khả năng duy trì tình trạng Tự nguyện có Điều kiện của bệnh nhân này phải được đánh giá lại vào thời điểm mỗi lần đánh giá định kỳ.

LƯU FILE TRONG HỒ SƠ BỆNH NHÂN NGAY LẬP TỨC

* Bác sĩ hoặc y tá đăng ký hành nghề cao cấp đủ điều kiện, được ủy quyền, nếu có, bởi Trung tâm theo 104 CMR 33.00.