

**COMMONWEALTH DE MASSACHUSETTS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL**

**Pedido de Cuidados e Tratamento Voluntário Condicional
M.G.L. Capítulo 123, Seções 10 & 11
(feito por um paciente de 16 anos ou mais)**

Nome do Paciente (letra de forma) _____

Endereço: _____ Cidade _____ Estado _____

Data de Nascimento: _____ Sexo M F

Para o Diretor* da Instituição _____
Nome da Instituição

1. Tenho 16 anos de idade ou mais e por meio deste me inscrevo para ser um paciente na instituição acima.
2. Estou ciente de que, quando quiser deixar a instituição, devo notificar por escrito o Diretor da Instituição, que poderá atrasar minha saída por até três dias (exceto sábados, domingos e feriados).
3. Assim que notificar minha intenção de deixar a instituição, percebo que, se o Diretor da Instituição achar que posso ser um perigo para mim ou para outras pessoas por causa de minha doença mental, ele ou ela poderá solicitar ao Tribunal Distrital dentro do prazo de três dias a minha internação (com ordem de permanência) na instituição por até seis meses. O Tribunal marcará uma audiência. Tenho o direito de ser representado por um advogado na audiência. Se eu não puder pagar um advogado, o Tribunal nomeará um para mim. Após o arquivamento da petição, o Tribunal dispõe de 5 (cinco) dias úteis para iniciar a audiência do pedido de internação. Durante este tempo, devo permanecer na instalação. Na audiência, o juiz decidirá se posso ou não deixar a instituição.
4. Concordo em receber tratamento nesta instituição para minha doença mental. Compreendo, no entanto, que este acordo não limita o meu direito de recusar a qualquer momento intervenções de tratamento específicas que possam ser oferecidas, como medicação antipsicótica ou terapia eletroconvulsiva.
5. Recebi uma cópia do meu Aviso de Direitos (Formulário CV-301).
6. Foi-me oferecida a oportunidade de consultar um advogado ou pessoa sob a supervisão de um advogado sobre o efeito de uma admissão voluntária condicional.
7. Entendo que a instituição aceitará ou rejeitará esta solicitação de acordo com os padrões clínicos e legais aplicáveis.

Assinatura do Paciente

Data

Testemunha

Data

*O Diretor da Instituição é o superintendente, diretor executivo, diretor de programa ou outro administrador designado pela instituição para supervisionar administrativamente uma instituição, ou seu representante.

ACEITAÇÃO/REJEIÇÃO PELA INSTITUIÇÃO

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

- | | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Este paciente | | |
| A. foi diagnosticado com doença mental conforme definido em 104 CMR 27.05(2), | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. precisa de cuidados e tratamento para esta doença mental, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. precisa de internação (i) para tais cuidados e tratamento <u>ou</u> (ii) para evitar danos graves devido à ausência de uma alternativa de colocação mais adequada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Esta instituição é adequada para tais cuidados e tratamentos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Eu determinei que este paciente entende que ele/ela: | | |
| A. concorda em permanecer e receber tratamento nesta instituição, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. deve assinar um aviso de três dias de sua intenção de sair, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. pode ou não ser autorizado a sair sem uma audiência no tribunal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se todas as caixas estiverem marcadas como "Sim", a inscrição será aceita, a menos que o paciente ainda não tenha sido admitido, caso em que a inscrição só poderá ser aceita se os critérios de admissão da instituição forem atendidos. Se qualquer caixa for marcada como "Não", a solicitação será rejeitada, a menos que apenas as caixas "1.A", "1.B" ou "2" sejam marcadas como "Não", caso em que a instituição pode aceitar se a condição de internação voluntária do paciente for necessária para evitar danos graves devido à ausência de uma alternativa de colocação mais adequada.

O paciente não pode assinar um aviso de três dias a menos que este formulário tenha sido aceito

Eu, um clínico designado* desta instituição, por meio deste (marque todas as caixas aplicáveis):

4. **Aceito** este pedido de internação voluntária condicional:
- A. O paciente está solicitando cuidados e tratamento de forma voluntária condicional.
 - B. Eu determinei que o paciente tem capacidade para solicitar internação voluntária condicional.
 - C. Eu determinei que os critérios aplicáveis para o status de admissão voluntária condicional foram atendidos.
 - D. Apenas as caixas "1.A", "1.B" ou "2" são marcadas como "Não" e a internação continuada é necessária para evitar danos graves devido à ausência de uma alternativa de colocação mais adequada.
5. **Rejeito** este pedido de internação voluntária condicional. Motivos:

Assinatura do Clínico Designado

Data

Nome em letra de forma

Título

A capacidade desse paciente de permanecer no status Voluntário Condicional deve ser reavaliada no momento de cada revisão periódica.

ARQUIVAR NO REGISTRO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE

* Um médico ou enfermeiro qualificado de prática avançada, autorizado, conforme aplicável, pelo Departamento de acordo com 104 CMR 33.00