

马萨诸塞州联邦
心理健康部
临时非自愿住院授权申请
M.G.L.第 123 章第 12 (a) 和 12 (b) 节
根据第 12 (a) 节申请

1). 申请对象 (设施名称) : _____

2). 本人申请入住上述设施 (个人姓名) : _____

地址: _____ 市/镇 _____ 州 _____

社会保障号: _____ 出生日期: _____ 性别: 男 ☐ 女 ☐

根据 M.G.L.第 123 章第 123 和 12 (a) 节, 本人特此授权运送和使用上述人员的限制措施, 但仅限被运送人员或可能与其接触的其他人的安全所需的情况。M.G.L.第 123 章第 21 节

根据我的诊察¹, 为避免因精神疾病而造成严重伤害的可能性, 我认为此人需要在上述设施住院。支持我的观点的证据包括:

A). **精神疾病**: 就第 12 条规定的住院设施而言, “精神疾病”是指严重影响判断、行为、认识现实或满足日常生活需求的能力的实质性思维、情绪、感知、定向或记忆障碍。仅由智力或发育障碍、自闭症谱系障碍、创伤性脑损伤或精神或行为障碍引起的症状, 或由美国精神病学协会出版的最新版《精神障碍诊断和统计手册》(DSM) 中规定的或 104 CMR 27.18 中规定的其他疾病引起的症状, 以及酒精和药物使用障碍不构成严重的精神疾病; 但是, 如果这类情况与精神疾病同时发生, 则不应取消符合心理健康设施住院标准的人的住院资格。详细说明证据, 包括行为和症状:

B). **严重伤害的可能性** (勾选所有适用的类别) :

- (1) 表明此人极有可能实质性伤害自己的证据, 如威胁或尝试自杀或严重自残; 和/或
- (2) 表明此人极有可能伤害他人的证据, 如杀人、其他暴力行为或让他人陷入合理恐惧的暴力行为和对他人造成人身伤害的行为; 和/或
- (3) 表明此人判断力受到严重影响, 极有可能受到让自己受到人身伤害或损害的证据, 如无法在社区内保护自己, 且社区内无法为其提供合理的保护。

详细说明证据, 包括行为和症状: _____

3). **申请人证明** (勾选所有适用的方框)

- a. 我是一名: ☐ 执照医生 ☐ 合格 (如执照) 心理学家 ☐ 高级执业注册护士
☐ 执照独立临床社工 (LICSW) ☐ 警察
- b. 我已经 ☐ 我尚未 ☐ 亲自诊察此人。如果尚未诊察, 请说明原因: _____

c. 我已咨询接收设施或紧急筛查计划。

d. 我尚未咨询, 因为 _____

申请人 (非患者) 姓名:

(印刷体) _____ 电话: _____

地址: _____ 市/镇 _____ 州 _____

申请人签名: _____ 日期: _____ 时间: _____

注: 必须填写上方的 1) 至 3) 部分才能申请非自愿住院。

表格 AA-5

见第 12 (b) 节反面

2021 年 9 月 30 日修订

¹ 如果由于事件紧急和当事人拒绝同意进行诊察而无法进行诊察, 可由医生、合格心理学家、高级执业注册护士或执照独立临床社工根据事实和情况决定是否有必要住院并进行申请。G.L. 第 123 章第 12 (a) 节

根据第 12 (b) 节授权

指定临床医生*授权:

(注: 必须勾选下面的方框 A. 至 G. 才能授权第 12 (b) 节的非自愿入住设施。)

- A. 我是上述机构的指定临床医生*, 有权根据第 12 (b) 节授权住院。
- B. 我已亲自诊察此人, 时间为:
 在他/她到达设施后 2 小时内
 在他/她到达设施后 2 小时后, 因为我当时处于紧急情况。**紧急情况是:

_____ 我诊察此患者的时间为: 上午/下午 _____

- C. 此人不需要紧急处理或住院医疗或外科护理。
- D. 我已向此人提供有条件自愿的护理和治疗申请书, 且此人:
 (必须勾选以下两个方框中的一个才能继续获得第 12 (b) 节规定的授权)

拒绝签名, 或
 申请被拒绝 (必须在申请中说明申请被拒绝的原因, 被拒绝的申请应载入此人在该机构的医疗记录)。

注: 104 CMR 27.07 (1) 要求为患者提供机会在住院后三天内再次转变为有条件自愿状态。

- E. 我同意申请人的建议, 并已完成支持这一结论的精神科诊察。或者, 我就是申请人, 我已亲自诊察此人, 并已填写本表格反面的 1)、2)、2A) 和 2B) 部分。
- F. 在我看来, 目前, 将此人限制性安置在他/她愿意的地方是最合适的做法。
- G. 我授权此人住院。
- H. 我拒绝此住院申请, 原因如下:

指定临床医生姓名 (印刷体):

_____ 电话: _____

地址: _____

指定临床医生签名: _____

日期: _____ 时间: _____

* 本科室根据 104 CMR 33.00 授权的适用医生或合格高级执业注册护士

** 见 104 CMR 27.07 (2)