

马萨诸塞州联邦
心理健康部

有条件自愿的护理和治疗申请原则
M.G.L.第123章第10和11节
(由医疗保健代理进行)

患者姓名
请填写印刷体

地址：_____ 市/镇 _____ 州 _____

出生日期：_____ 性别 男 女

医疗保健代理姓名：_____ 电话：_____

地址：_____ 市/镇 _____ 州 _____

致设施主管* _____
设施名称

1. 我是上述患者的医疗保健代理，有权同意他/她自愿入住该设施。已附上证明此医疗保健代理授权的文件副本。
2. 我希望上述患者入住该设施。
3. 我知道，当我希望患者离开设施时，我必须向设施的设施主管发出书面通知，主管最多可将患者的离开时间延迟三天（不包括周六、周日和节假日）。
4. 一旦我通知我希望患者离开设施，我知道如果设施主管认为患者可能因为精神疾病而对自己或其他人构成危险，他或她可以在三天期限内提交一份申请书，要求将患者送入医院（下达住院命令）最多6个月。法院将安排听证会。我了解患者有权选择一名律师作为听证会代表。如果他或她无力聘请律师，法院将指定一名律师。申请书提交后，法院有五（5）个工作日的时间开始就患者住院事宜进行听证。在此期间，患者必须留在设施内。在听证会上，法官将决定患者是否可以离开设施。
5. 我同意患者在该设施接受精神疾病治疗，但须遵守医疗保健代理明确的任何限制。我理解本协议不限制患者提交三天通知、撤销其医疗保健代理或以其他方式随时拒绝特定干预治疗（如抗精神病药物或电休克疗法）的权利。我也可以拒绝任何特定干预治疗，但须遵守医疗保健代理明确的任何限制。
6. 我已收到一份权利通知（表格 CV-301HCA）。
7. 我有机会与律师或在律师监督下的人谈论有条件自愿住院的影响。
8. 我理解该设施将根据适用的临床和法律标准接受或拒绝此申请。

医疗保健代理签名

日期

见证人

日期

*设施主管是设施指定对设施或其指定人员进行行政监督的主管、首席执行官、计划主管或其他管理员。

附上设施接受/拒绝的

医疗保健代理副本

根据下述标准，申请应由设施的指定临床医生*接受或拒绝。

1. 此患者

是 否

- A. 已被诊断出患有 104 CMR 27.05 (2) 中定义的精神疾病。
- B. 需要此类精神疾病的护理和治疗。
- C. 需要住院 (i) 接受此类护理和治疗或 (ii) 避免由于没有更合适的安置替代方案而造成严重伤害。

2. 该设施适合进行此类护理和治疗。

3. 患者拥有有效的医疗保健代理，且该代理尚未过期或被撤销。

4. 由于患者无法做出明智的医疗保健决定，已正确调用医疗保健代理。

如果每个方框都勾选了“是”，则申请将被接受，除非患者尚未入院。在这种情况下，只有满足设施入院标准的申请才会被接受。如果任何方框被勾选了“否”，则申请将被拒绝，除非只有方框“1.A”、“1.B”或“2”被选中“否”。在这种情况下，如果是为了避免由于缺乏更合适的安置替代方案而造成严重伤害，患者有必要有条件自愿住院，则设施可以接受申请。

除非表格已被接受，否则患者或医疗保健代理不得签署三天通知。

我，设施的指定临床医生*（勾选所有适用的方框）：

5. **接受**这份有条件自愿住院申请：

- A. 医疗保健代理申请对患者进行有条件自愿的护理和治疗。
- B. 我已确定符合有条件自愿住院状态的所有标准。
- C. 只有方框“1.A”、“1.B”或“2”被选中“否”，且由于没有更合适的安置替代方案，需要继续住院以避免造成严重伤害。

6. **拒绝**这份有条件自愿住院申请。

原因：

指定临床医生签名

日期

印刷体姓名

称谓

必须在每次定期审查时重新评估患者的有条件自愿状态。
立即归档到患者记录

* 部门根据 104 CMR 33.00 授权（如适用）的医生或合格高级执业注册护士。