

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  
(由年满 16 岁患者进行)

患者姓名 (请填写印刷体) \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 市/镇 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_ 性别 男 女

致设施主管\*: \_\_\_\_\_  
设施名称

1. 我已年满 16 岁, 特此申请成为上述设施患者。
2. 我知道, 当我希望离开设施时, 我必须向设施主管发出书面通知, 主管最多可将我的离开时间延迟三天 (不包括周六、周日和节假日)。
3. 一旦我通知我希望离开设施, 我知道如果设施主管认为可能因为我的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, 要求将我送入医院 (下达住院命令) 最多 6 个月。法院将安排听证会。我有权选择一名律师作为听证会代表。如果我无力聘请律师, 法院将指定一名律师。申请书提交后, 法院有五 (5) 个工作日的开始就患者住院事宜进行听证。在此期间, 我必须留在设施内。在听证会上, 法官将决定我是否可以离开设施。
4. 我同意在此设施接受我的精神疾病治疗。但是, 我理解, 本协议并不限制我在任何时候拒绝可能提供的特定干预治疗的权利, 例如抗精神病药物或电休克疗法。
5. 我已收到我的权利通知 (表格 CV-301)。
6. 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。
7. 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。

\_\_\_\_\_  
患者签名

\_\_\_\_\_  
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。

## 设施接受/拒绝

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. 该患者 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. 我已确定该患者了解他/她:
- A. 同意入住该设施并接受治疗;
  - B. 必须签署一份三天离开意向通知;
  - C. 除法庭听证的情况外，可允许或不允许离开。

\*\*\*\*\*

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）：

4. **接受**这份有条件自愿住院申请：
- A. 患者正在以有条件资源状态申请护理和治疗。
  - B. 已经确定患者有能力申请有条件自愿住院。
  - C. 我已确定符合有条件自愿住院状态的适用标准。
  - D. 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。
5. **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维持有条件自愿状态的资格。

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。