

麻塞諸塞州聯邦
心理健康部

有條件自願的護理和治療申請原則
M.G.L. 第 123 章第 10 和 11 節
(由醫療保健代理進行)

患者姓名
請填寫印刷體

地址： _____ 市/鎮 _____ 州 _____

出生日期： _____ 性別 男 女

醫療保健代理姓名： _____ 電話： _____

地址： _____ 市/鎮 _____ 州 _____

致設施主管* _____
設施名稱

1. 我是上述患者的醫療保健代理，有權同意他/她自願入住該設施。已附上證明此醫療保健代理授權的檔案副本。
2. 我希望上述患者入住該設施。
3. 我知道，當我希望患者離開設施時，我必須向設施的設施主管發出書面通知，主管最多可將患者的離開時間延遲三天（不包括週六、周日和節假日）。
4. 一旦我通知我希望患者離開設施，我知道如果設施主管認為患者可能因為精神疾病而對自己或其他人構成危險，他或她可以在三天期限內提交一份申請書，要求將患者送入醫院（下達住院命令）最多 6 個月。法院將安排聽證會。我瞭解患者有權選擇一名律師作為聽證會代表。如果他或她無力聘請律師，法院將指定一名律師。申請書提交後，法院有五（5）個工作日的時間開始就患者住院事宜進行聽證。在此期間，患者必須留在設施內。在聽證會上，法官將決定患者是否可以離開設施。
5. 我同意患者在該設施接受精神疾病治療，但須遵守醫療保健代理明確的任何限制。我理解本協議不限制患者提交三天通知、撤銷其醫療保健代理或以其他方式隨時拒絕特定干預治療（如抗精神病藥物或電休克療法）的權利。我也可以拒絕任何特定干預治療，但須遵守醫療保健代理明確的任何限制。
6. 我已收到一份權利通知（表格 CV-301HCA）。
7. 我有機會與律師或在律師監督下的人談論有條件自願住院的影響。
8. 我理解該設施將根據適用的臨床和法律標準接受或拒絕此申請。

醫療保健代理簽名

日期

見證人

日期

*設施主管是設施指定對設施或其指定人員進行行政監督的主管、首席執行官、計畫主管或其他管理員。

附上設施接受/拒絕 的醫療保健代理副本

根據下述標準，申請應由設施的指定臨床醫生*接受或拒絕。

1. 此患者 是 否
 - A. 已被診斷出患有 104 CMR 27.05 (2) 中定義的精神疾病。
 - B. 需要此類精神疾病的護理和治療。
 - C. 需要住院 (i) 接受此類護理和治療或 (ii) 避免由於沒有更合適的安置替代方案而造成嚴重傷害。
2. 該設施適合進行此類護理和治療。
3. 患者擁有有效的醫療保健代理，且該代理尚未過期或被撤銷。
4. 由於患者無法做出明智的醫療保健決定，已正確呼叫醫療保健代理。

如果每個方框都勾選了“是”，則申請將被接受，除非患者尚未入院。在這種情況下，只有滿足設施入院標準的申請才會被接受。如果任何方框被勾選了“否”，則申請將被拒絕，除非只有方框“1.A”、“1.B”或“2”被選中“否”。在這種情況下，如果是為了避免由於缺乏更合適的安置替代方案而造成嚴重傷害，患者有必要有條件自願住院，則設施可以接受申請。

除非表格已被接受，否則患者或醫療保健代理不得簽署三天通知。

我，設施的指定臨床醫生*（勾選所有適用的方框）：

5. **接受**這份有條件自願住院申請：
 - A. 醫療保健代理申請對患者進行有條件自願的護理和治療。
 - B. 我已確定符合有條件自願住院狀態的所有標準。
 - C. 只有方框“1.A”、“1.B”或“2”被選中“否”，且由於沒有更合適的安置替代方案，需要繼續住院以避免造成嚴重傷害。
6. **拒絕**這份有條件自願住院申請。
原因：

指定臨床醫生簽名

日期

印刷體姓名

稱謂

必須在每次定期審查時重新評估患者的有條件自願狀態。
立即歸檔到患者記錄

* 部門根據 104 CMR 33.00 授權（如適用）的醫生或合格高級執業註冊護士。