

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  
(由年滿 16 歲患者進行)

患者姓名 (請填寫印刷體) \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 市/真 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_ 性別 男 女

致設施主管\*: \_\_\_\_\_ 設施名稱 \_\_\_\_\_

1. 我已年滿 16 歲，特此申請成為上述設施患者。
2. 我知道，當我希望離開設施時，我必須向設施主管發出書面通知，主管最多可將我的離開時間延遲三天（不包括週六、周日和節假日）。
3. 一旦我通知我希望離開設施，我知道如果設施主管認為可能因為我的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，要求將我送入醫院（下達住院命令）最多 6 個月。法院將安排聽證會。我有權選擇一名律師作為聽證會代表。如果我無力聘請律師，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，我必須留在設施內。在聽證會上，法官將決定我是否可以離開設施。
4. 我同意在此設施接受我的精神疾病治療。但是，我理解，本協議並不限制我在任何時候拒絕可能提供的特定干預治療的權利，例如抗精神病藥物或電休克療法。
5. 我已收到我的權利通知（表格 CV-301）。
6. 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。
7. 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。

\_\_\_\_\_  
患者簽名

\_\_\_\_\_  
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。

## 設施接受/拒絕

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. 該患者   | 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. 我已確定該患者瞭解他/她:                                     |   |   |
| A. 同意入住該設施並接受治療;                                     |   |   |
| B. 必須簽署一份三天離開意向通知;                                   |   |   |
| C. 除法庭聽證的情況外，可允許或不允許離開。                              |   |   |

\*\*\*\*\*

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) :

4. **接受**這份有條件自願住院申請:
- A. 患者正在以有條件資源狀態申請護理和治療。
  - B. 已經確定患者有能力申請有條件自願住院。
  - C. 我已確定符合有條件自願住院狀態的適用標準。
  - D. 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。
5. **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維持有條件自願狀態的資格。

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。