

DEMANDE VOLONTAIRE D'HOSPITALISATION
(Mental Hygiene Law Sections 9.09, 9.13 et 9.23)

Vous pouvez demander l'admission dans un hôpital pour le traitement d'une maladie mentale, pour vous-même ou pour une personne âgée de moins de 16 ans, en remplissant et signant ce formulaire. L'admission se fera sur une base volontaire. Veuillez lire attentivement les informations ci-dessous avant de remplir ce formulaire.

Les lois de l'État et fédérales interdisent toute discrimination fondée sur la race, l'origine ethnique, la confession religieuse, l'origine nationale, l'âge, l'orientation sexuelle ou le handicap.

I. CONDITIONS D'ADMISSION VOLONTAIRE

A. DEMANDE

Pour être admise dans un hôpital psychiatrique sur une base volontaire, une personne âgée de plus de 18 ans, ou âgée de moins de 18 ans mais capable de donner son consentement conformément à l'article 33.21 de la Mental Hygiene Law (MHL), doit présenter une demande écrite d'admission de manière volontaire. Si la personne a moins de 16 ans, la demande écrite d'admission doit être faite par l'une des personnes suivantes :

- un parent, tuteur légal ou proche parent ;
- un responsable des services sociaux ou une agence autorisée ayant la garde de la personne conformément à la Social Services Law, sous réserve des dispositions de toute ordonnance judiciaire ou de tout document signé conformément à l'article 384-a de la Social Services Law ;
- le Commissaire du New York State Office of Children and Family Services (OCFS), agissant conformément à l'article 509 de l'Executive Law ;
- une personne ou un représentant autorisé d'une entité ayant la garde de la personne conformément aux articles 756 ou 1055 du Family Court Act.

Si la personne est âgée de plus de 16 ans et de moins de 18 ans, le directeur de l'hôpital peut, à sa discrétion, admettre cette personne soit comme patient volontaire sur sa propre demande, soit sur demande de toute personne autorisée à faire une demande d'admission pour un patient de moins de 16 ans.

B. PERTINENCE DE L'ADMISSION

Le directeur de l'hôpital doit déterminer que la personne souffre d'une maladie mentale pour laquelle des soins et un traitement dans un établissement psychiatrique sont appropriés, et la personne remplit les critères d'admission volontaire, tels que décrits ci-dessous à la section C.

C. APTITUDE À L'ADMISSION

Pour être admise volontairement dans un hôpital, la personne doit être informée et être capable de comprendre les éléments suivants :

- qu'elle fait une demande d'admission ;
- que l'établissement dans lequel elle demande son admission est un hôpital psychiatrique ; et
- la nature du statut volontaire et les dispositions régissant la sortie de l'hôpital ou le changement au statut involontaire.

D. CHANGEMENT DE STATUT

Pour qu'un patient hospitalisé sous statut involontaire passe en statut volontaire, les exigences mentionnées ci-dessus concernant la demande écrite et l'admissibilité à l'admission s'appliquent également.

E. SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

Les formulaires OMH 472, 472-SR1 et 472-SR2 peuvent être complétés et signés électroniquement, conformément à la loi Electronic Signatures and Records Act, y compris via le dossier médical électronique d'un prestataire. Les prestataires doivent s'assurer que les formulaires peuvent être imprimés et/ou transmis dans le format approuvé au patient, à son tuteur, à l'hôpital d'admission et aux Mental Hygiene Legal Services.

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU STATUT VOLONTAIRE

Les patients admis sur une base volontaire doivent recevoir un avis écrit indiquant leur statut et leurs droits au moment de l'admission ou lors du changement au statut volontaire, puis tous les 120 jours par la suite. Au moment de cette notification périodique, le consentement écrit du patient à poursuivre son séjour en tant que patient volontaire doit être obtenu, et une copie de ce consentement doit être transmise au Mental Hygiene Legal Service. Aucun patient sous statut volontaire ne peut rester dans ce statut pendant plus de 12 mois, sauf si son admissibilité et sa volonté de rester patient volontaire ont été examinées par le Mental Hygiene Legal Service. À tout moment pendant la période de statut volontaire, le patient ou toute personne agissant en son nom peut demander des informations ou une assistance au Mental Hygiene Legal Service. Des informations supplémentaires concernant ce service figurent à la page suivante du présent formulaire.

III. DISPOSITIONS RELATIVES À LA SORTIE DES PATIENTS SOUS STATUT VOLONTAIRE ET AU CHANGEMENT AU STATUT INVOLONTAIRE

Les patients sous statut volontaire peuvent : 1) demeurer sous statut volontaire ; 2) être libérés sous condition ; 3) être définitivement sortis de l'hôpital ; ou 4) être placés sous statut involontaire.

Un patient sous statut volontaire qui souhaite quitter l'hôpital doit en informer par écrit le directeur de l'hôpital. À réception de cet avis, le directeur doit soit laisser sortir rapidement le patient, soit, s'il existe des motifs raisonnables de penser que le patient répond aux critères d'une hospitalisation involontaire, garder le patient pendant une période maximale de 72 heures. Avant l'expiration dudit délai de 72 heures, le directeur doit soit libérer le

patient, soit saisir le tribunal afin d'obtenir une ordonnance autorisant le maintien involontaire du patient à l'hôpital. Le patient sera informé de son droit d'être entendu.

Si le tribunal détermine que le patient souffre d'une maladie mentale et nécessite une hospitalisation involontaire, il rendra une ordonnance autorisant le maintien du patient pour une durée maximale de 60 jours à compter de la date de l'ordonnance. Une demande visant à prolonger le maintien du patient pour des périodes supplémentaires de six mois, d'un an, puis de périodes successives de deux ans peut être présentée au tribunal si l'état du patient justifie une hospitalisation involontaire prolongée.

Dans le cas d'un patient mineur âgé de 16 ans ou plus, la demande de sortie du patient peut être faite par le patient lui-même, par la personne ayant fait la demande d'admission, par une personne ayant un lien de parenté égal ou plus proche ou par le Mental Hygiene Legal Service. Si la demande est faite par une autre personne, le directeur peut, à sa discrétion, refuser la sortie du patient. En cas de refus, ladite personne ou le Mental Hygiene Legal Service peut saisir le tribunal pour demander la sortie du patient.

Dans le cas d'un patient mineur âgé de moins de 16 ans qui demande lui-même sa sortie, le directeur peut, à sa discrétion, refuser de procéder à la sortie. En cas de refus, la personne ayant fait la demande d'admission du mineur, une personne ayant un lien de parenté égal ou plus proche, ou le Mental Hygiene Legal Service peut saisir le tribunal pour demander la sortie du patient.

IV. NOTIFICATION AU SERVICE JURIDIQUE DE LA SANTÉ MENTALE CONCERNANT L'ADMISSION, LE CHANGEMENT DE STATUT LÉGAL ET LE TRANSFERT OU LA SORTIE DES PATIENTS DE MOINS DE 18 ANS.

Lorsqu'une personne âgée de moins de 18 ans est admise dans un hôpital ou que son statut d'admission est modifié, le Mental Hygiene Legal Service doit être informé de l'admission ou du changement de statut dans un délai de trois jours. L'avis doit préciser l'âge de la personne et son statut d'admission.

Aucun patient volontaire de moins de 18 ans admis sur sa propre demande ne peut être transféré sans son consentement préalable, sauf si un préavis écrit de trois jours concernant le transfert proposé est donné au Mental Hygiene Legal Service, et que le service a la possibilité de rencontrer le patient et d'examiner la proposition de transfert.

Aucun patient volontaire de moins de 18 ans admis sur la demande d'une autre personne ne peut être transféré sans le consentement préalable du patient ou de son parent ou tuteur légal, le cas échéant, sauf si un préavis écrit de trois jours concernant le transfert proposé est donné au Mental Hygiene Legal Service, et que le service a la possibilité de rencontrer le patient et d'examiner la proposition de transfert.

Le Mental Hygiene Legal Service doit recevoir un avis écrit immédiat concernant la sortie ou le transfert de tout patient de moins de 18 ans.

V. INFORMATIONS GÉNÉRALES

A. MENTAL HYGIENE LEGAL SERVICE

Le Mental Hygiene Legal Service est une agence du New York State Office of Court Administration qui fournit des services juridiques de protection, des conseils juridiques, une assistance juridique, ainsi que la représentation juridique, à tous les patients admis dans des établissements psychiatriques. Les patients ont le droit d'être informés de leurs droits en matière d'hospitalisation et de traitement, et ils ont le droit à une audience devant un tribunal, à être représenté par un avocat et à demander un avis médical indépendant.

Il existe un bureau du Mental Hygiene Legal Service dans de nombreux hôpitaux psychiatriques. Lorsque ce n'est pas le cas, un représentant du service effectue des visites périodiques et fréquentes. Tout patient, ou toute personne agissant en son nom, peut rencontrer ou communiquer avec un représentant du service en téléphonant ou en écrivant directement au bureau du service, ou en demandant à un membre du personnel de l'unité de faire les démarches nécessaires. Le représentant du Mental Hygiene Legal Service pour cet hôpital peut être joint à l'adresse suivante :

B. REMBOURSEMENT

Le patient est légalement responsable du paiement des coûts des soins. Peuvent également être tenus responsables le conjoint du patient et dans certains cas, les parents d'un patient de moins de 21 ans. Peuvent aussi être légalement responsables le curateur, le tuteur, le fiduciaire d'un fonds fiduciaire établi pour soutenir le patient ou tout administrateur ou bénéficiaire de fonds destinés au patient. Les frais peuvent être annulés ou réduits en cas d'incapacité de paiement. Toute personne qui demande une réduction ou une annulation des frais doit coopérer à une enquête financière destinée à déterminer sa capacité de paiement.

<p>DEMANDE VOLONTAIRE D'HOSPITALISATION (Mental Hygiene Law Sections 9.13 et 9.23)</p> <p><i>Avant de remplir ce formulaire, veuillez lire les instructions figurant aux pages précédentes.</i></p> <p>OMH Form 472</p>	<p>Nom (Nom de famille, Prénom, initiale du deuxième prénom) _____</p> <p>Sexe _____ Date de naissance _____</p> <p>Numéro de dossier médical (MRN) _____</p> <p>Établissement / Lieu _____</p>
--	---

PARTIE A – DEMANDE DE STATUT VOLONTAIRE

Cette partie doit être signée par la personne demandant l'admission en statut volontaire ou le changement au statut volontaire.

J'ai été informé(e) et je comprends la nature du statut volontaire ainsi que les dispositions régissant la sortie de l'hôpital ou le changement au statut volontaire.

Admission

Je soussigné(e) _____, demande par la présente mon admission à _____, un hôpital pour personnes atteintes de troubles mentaux.

Changement au statut volontaire

Je soussigné(e), _____, demande par la présente le changement au statut volontaire à _____, un hôpital pour personnes atteintes de troubles mentaux.

Mes raisons pour demander l'admission ou le changement au statut volontaire sont les suivantes :

Signature de la personne demandant le statut volontaire ou le changement au statut volontaire	Date	Heure (AM/PM)
---	------	---------------

PARTIE B - CONFIRMATION PAR UN MÉDECIN OU UN INFIRMIER PRATICIEN DE LA NÉCESSITÉ D'HOSPITALISATION ET DE L'APTITUDE AU STATUT VOLONTAIRE

J'ai examiné le patient mentionné ci-dessus avant son admission ou son changement de statut et je confirme :

- que le patient souffre d'une maladie mentale pour laquelle des soins et un traitement dans un hôpital psychiatrique sont appropriés ;
- que le patient est apte à être admis sous statut volontaire ; et
- que l'hospitalisation peut raisonnablement améliorer l'état du patient ou au moins empêcher sa détérioration.

Signature du médecin ou infirmier praticien	Date	Heure (AM/PM)
---	------	---------------

<p>DEMANDE VOLONTAIRE D'HOSPITALISATION (Mental Hygiene Law Sections 9.13 et 9.23)</p> <p><i>Avant de remplir ce formulaire, veuillez lire les instructions figurant aux pages précédentes.</i></p> <p>OMH Form 472</p>	<p>Nom (Nom de famille, Prénom, initiale du deuxième prénom) _____</p> <p>Sexe _____ Date de naissance _____</p> <p>Numéro de dossier médical (MRN) _____</p> <p>Établissement / Lieu _____</p>
--	---

PARTIE C – DEMANDE D'ADMISSION VOLONTAIRE D'UN MINEUR

Cette partie doit être signée par la personne demandant l'admission volontaire ou le changement au statut volontaire d'un mineur.

J'ai été informé(e) et je comprends la nature du statut volontaire ainsi que les dispositions régissant la sortie de l'hôpital ou le changement au statut volontaire.

Admission

Je demande par la présente l'admission de _____, âgé(e) de _____ ans, à _____, un hôpital pour personnes atteintes de troubles mentaux.

Changement au statut volontaire

Je demande par la présente le changement de _____, âgé(e) de _____ ans, au statut volontaire à _____, un hôpital pour personnes atteintes de troubles mentaux.

Mes raisons pour demander l'admission ou le changement au statut volontaire sont les suivantes :

Signature de la personne demandant le statut volontaire ou le changement au statut volontaire	Lien avec le patient	Date	Heure (AM/PM)
---	----------------------	------	---------------

PARTIE D - CONFIRMATION PAR UN MÉDECIN OU UN INFIRMIER PRATICIEN DE LA NÉCESSITÉ D'HOSPITALISATION ET DE L'APTITUDE AU STATUT VOLONTAIRE

J'ai examiné le patient mentionné ci-dessus avant son admission ou son changement de statut et je confirme :

- que le patient souffre d'une maladie mentale pour laquelle des soins et un traitement dans un hôpital psychiatrique sont appropriés ;
- que le patient est apte à être admis sous statut volontaire ; et
- que l'hospitalisation peut raisonnablement améliorer l'état du patient ou au moins empêcher sa détérioration.

Signature du médecin ou infirmier praticien	Date	Heure (AM/PM)
---	------	---------------

<p>AVIS DE STATUT ET DE DROITS ADMISSION VOLONTAIRE (Mental Hygiene Law Sections 9.13)</p> <p><i>À remettre au patient au moment de son admission à l'hôpital</i></p> <p>OMH Form 472 SR1</p>	<p>Nom (Nom de famille, Prénom, initiale du deuxième prénom) _____</p> <p>Sexe _____ Date de naissance _____</p> <p>Numéro de dossier médical (MRN) _____</p> <p>Établissement / Lieu _____</p>
--	---

À : _____ Date d'admission _____

Après réception de votre demande, et après qu'il a été déterminé que vous êtes apte à une admission volontaire, vous avez été admis(e) comme patient en statut volontaire dans cet hôpital qui fournit des soins et un traitement aux personnes atteintes de troubles mentaux.

-OU-

(Pour l'admission volontaire d'un mineur uniquement) Après réception d'une demande faite en votre nom conformément à la Mental Hygiene Law, et après qu'il a été déterminé que vous êtes apte à une admission volontaire, vous avez été admis(e) comme patient en statut volontaire dans cet hôpital qui fournit des soins et un traitement aux personnes atteintes de troubles mentaux.

À partir de maintenant, vous pouvez rester comme patient volontaire ou être libéré(e) si vous n'avez plus besoin d'hospitalisation. Vous pouvez également passer au statut involontaire, mais uniquement s'il est déterminé que vous répondez aux critères d'admission involontaire et si vous refusez ou n'êtes plus apte à rester à l'hôpital volontairement.

Pendant que vous êtes en statut volontaire, vous pouvez à tout moment informer par écrit le personnel de l'hôpital de votre souhait de quitter l'hôpital. Après réception de cette notification, vous pourrez partir rapidement, sauf si le directeur estime que vous remplissez les critères d'une admission involontaire et que vous devez rester. Dans ce cas, le directeur dispose de 72 heures pour demander au tribunal une ordonnance vous maintenant à l'hôpital.

Nous vous invitons, ainsi que toute personne agissant en votre nom, à vous adresser au personnel de l'hôpital pour obtenir des informations sur votre état de santé, votre statut et vos droits en vertu de la loi sur l'hygiène mentale, ainsi que sur les règles et règlements de cet hôpital.

MENTAL HYGIENE LEGAL SERVICE

Le Mental Hygiene Legal Service, un organisme judiciaire indépendant de cet hôpital, peut vous fournir, à vous et à votre famille, des services juridiques de protection, des conseils et une assistance, y compris une représentation, en ce qui concerne votre hospitalisation. Vous avez le droit d'être informé de vos droits en matière d'hospitalisation et de traitement, et vous avez le droit à une audience devant un tribunal, à être représenté par un avocat et à demander un avis médical indépendant.

Vous, ou une personne agissant en votre nom, pouvez rencontrer ou communiquer avec un représentant du Mental Hygiene Legal Service en téléphonant ou en écrivant directement au bureau du Service, ou en demandant au personnel de l'hôpital de prendre ces dispositions pour vous.

Le représentant du Mental Hygiene Legal Service pour cet hôpital peut être joint à l'adresse suivante :

JE CERTIFIE AVOIR LU, OU QU'ON M'A LU, ET COMPRIS LE CONTENU DE CET AVIS.

Signature du patient	Date	Heure (AM/PM)
(Le cas échéant) Signature de la personne ayant signé la demande d'admission volontaire	Date	Heure (AM/PM)

LE PATIENT CI-DESSUS A REÇU UNE COPIE DE CET AVIS. Une copie de cet Avis relatif au statut et aux droits est aussi envoyée au Mental Hygiene Legal Service.

Signature du professionnel de santé mentale membre du personnel	Date	Heure (AM/PM)
---	------	---------------

<p>AVIS DE STATUT ET DE DROITS CHANGEMENT AU STATUT VOLONTAIRE (Mental Hygiene Law Sections 9.13)</p> <p><i>À remettre au patient au moment de son admission à l'hôpital</i></p> <p>OMH Form 472 SR2</p>	<p>Nom (Nom de famille, Prénom, initiale du deuxième prénom) _____</p> <p>Sexe _____ Date de naissance _____</p> <p>Numéro de dossier médical (MRN) _____</p> <p>Établissement / Lieu _____</p>
---	---

À : _____ Date d'admission _____

Date du changement _____

- Après réception de votre demande, et après qu'il a été déterminé que vous êtes apte à une admission volontaire, votre statut a été changé en statut volontaire dans cet hôpital qui fournit des soins et un traitement aux personnes atteintes de troubles mentaux.
- OU-
- (Pour l'admission volontaire d'un mineur uniquement)** Après réception d'une demande faite en votre nom conformément à la Mental Hygiene Law, et après qu'il a été déterminé que vous êtes apte à une admission volontaire, votre statut a été changé en statut volontaire dans cet hôpital qui fournit des soins et un traitement aux personnes atteintes de troubles mentaux.

À partir de maintenant, vous pouvez rester comme patient volontaire ou être libéré(e) si vous n'avez plus besoin d'hospitalisation. Vous pouvez également passer au statut involontaire, mais uniquement s'il est déterminé que vous répondez aux critères d'admission involontaire et si vous refusez ou n'êtes plus apte à rester à l'hôpital volontairement.

Pendant que vous êtes en statut volontaire, vous pouvez à tout moment informer par écrit le personnel de l'hôpital de votre souhait de quitter l'hôpital. Après réception de cette notification, vous pourrez partir rapidement, sauf si le directeur estime que vous remplissez les critères d'une admission involontaire et que vous devez rester. Dans ce cas, le directeur dispose de 72 heures pour demander au tribunal une ordonnance vous maintenant à l'hôpital.

Nous vous invitons, ainsi que toute personne agissant en votre nom, à vous adresser au personnel de l'hôpital pour obtenir des informations sur votre état de santé, votre statut et vos droits en vertu de la loi sur l'hygiène mentale, ainsi que sur les règles et règlements de cet hôpital.

MENTAL HYGIENE LEGAL SERVICE

Le Mental Hygiene Legal Service, un organisme judiciaire indépendant de cet hôpital, peut vous fournir, à vous et à votre famille, des services juridiques de protection, des conseils et une assistance, y compris une représentation, en ce qui concerne votre hospitalisation. Vous avez le droit d'être informé de vos droits en matière d'hospitalisation et de traitement, et vous avez le droit à une audience devant un tribunal, à être représenté par un avocat et à demander un avis médical indépendant.

Vous, ou une personne agissant en votre nom, pouvez rencontrer ou communiquer avec un représentant du Mental Hygiene Legal Service en téléphonant ou en écrivant directement au bureau du Service, ou en demandant au personnel de l'hôpital de prendre ces dispositions pour vous.

Le représentant du Mental Hygiene Legal Service pour cet hôpital peut être joint à l'adresse suivante :

JE CERTIFIE AVOIR LU, OU QU'ON M'A LU, ET COMPRIS LE CONTENU DE CET AVIS.

Signature du patient	Date	Heure (AM/PM)
(Le cas échéant) Signature de la personne ayant signé la demande d'admission volontaire	Date	Heure (AM/PM)

LE PATIENT CI-DESSUS A REÇU UNE COPIE DE CET AVIS. Une copie de cet Avis relatif au statut et aux droits est aussi envoyée au Mental Hygiene Legal Service.

Signature du professionnel de santé mentale membre du personnel	Date	Heure (AM/PM)
---	------	---------------