

**WNIOSEK O DOBROWOLNE PRZYJĘCIE W RAMACH
KOMPLEKSOWEGO PROGRAMU POMOCY
PSYCHIATRYCZNEJ W SYTUACJACH NAGŁYCH (CPEP)**

I. WYMAGANIA DOTYCZĄCE DOBROWOLNEGO PRZYJĘCIA

A. WNIOSEK

Aby zostać dobrowolnie przyjętym do programu CPEP, osoba powyżej 18 roku życia lub poniżej 18 roku życia, która nie jest uznawana za osobę niepełnoletnią zgodnie z sekcją 33.21 ustawy o higienie psychicznej, musi dobrowolnie złożyć pisemny wniosek o przyjęcie. Jeśli osoba ma mniej niż 18 lat, pisemny wniosek o przyjęcie musi zostać złożony przez jedną z następujących osób:

- rodzica, opiekuna prawnego lub najbliższego krewnego;
- urzędnika opieki społecznej lub upoważnioną agencję sprawującą opiekę i pieczę nad daną osobą zgodnie z ustawą o usługach społecznych, z zastrzeżeniem warunków nakazu sądowego lub dokumentu sporządzonego zgodnie z sekcją 384-a ustawy o usługach społecznych;
- dyrektora Biura ds. Dzieci i Usług Rodzinnych Stanu Nowy Jork (OCFS), działającego zgodnie z sekcją 509 ustawy wykonawczej;
- osobę lub upoważnionego przedstawiciela podmiotu sprawującego opiekę nad tą osobą zgodnie z sekcją 756 lub sekcją 1055 ustawy o sądach rodzinnych.

Jeśli dana osoba jest uznawana za osobę niepełnoletnią zgodnie z MHL 33.21, dyrektor CPEP może według własnego uznania przyjąć daną osobę jako pacjenta dobrowolnego na jej własny wniosek lub na wniosek dowolnej osoby upoważnionej do złożenia wniosku o przyjęcie. Kryteria dotyczące osób niepełnoletnich zgłaszających się do CPEP bez zgody opiekuna zostały opisane poniżej w punkcie B. Kryteria dotyczące osób niepełnoletnich zgłaszających się do EOB zostały opisane poniżej w części C.

Niniejszy formularz może zostać wypełniony i podpisany elektronicznie, zgodnie z ustawą o podpisach elektronicznych i dokumentacji elektronicznej, w tym za pośrednictwem elektronicznej dokumentacji medycznej dostawcy. Dostawcy muszą zapewnić możliwość wydrukowania i/lub dostarczenia formularzy w zatwierdzonym formacie dla pacjenta, opiekuna prawnego pacjenta i/lub agencji Mental Hygiene Legal Services (Usługi Prawne w zakresie Zdrowia Psychicznego) oraz innych zamierzonych odbiorców.

B. KRYTERIA DOTYCZĄCE OSÓB NIEPEŁNOLETNICH ZGŁASZAJĄCYCH SIĘ PO OPIEKĘ BEZ ZGODY OPIEKUNA

FORMULARZ OMH 476A CZĘŚĆ A: osoba niepełnoletnia może korzystać z ambulatoryjnych usług w zakresie zdrowia psychicznego, w tym z oceny w CPEP, bez zgody rodziców w ramach programu ambulatoryjnego, który jest licencjonowany lub prowadzony zgodnie z przepisami Komisarza ds. zdrowia psychicznego i MHL 33.21.

Specjalista ds. zdrowia psychicznego praktykujący w ramach programu licencjonowanego lub prowadzonego przez OMH może świadczyć ambulatoryjne usługi w zakresie zdrowia psychicznego na rzecz osoby niepełnoletniej bez zgody rodziców, jeżeli:

- osoba niepełnoletnia świadomie i dobrowolnie stara się uzyskać takie usługi; ORAZ
- usługi są wskazane klinicznie i niezbędne dla dobra osoby niepełnoletniej; ORAZ
 - rodzic lub opiekun nie jest dostępny w racjonalny sposób. Rodzic lub opiekun prawny jest uważany za dostępnego w racjonalny sposób, jeśli można się z nim skontaktować przy dołożeniu należytej staranności; LUB
 - wymóg zgody lub udziału rodziców lub opiekunów miałby szkodliwy wpływ na przebieg leczenia ambulatoryjnego; LUB
 - rodzic lub opiekun odmówił wyrażenia takiej zgody, a lekarz stwierdził, że leczenie jest konieczne i leży w najlepszym interesie osoby niepełnoletniej (w przypadku odmowy wyrażenia zgody decyzję podejmuje lekarz).

FORMULARZ OMH 476A CZĘŚĆ C: Osoba niepełnoletnia w wieku powyżej 16 lat może ubiegać się o przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, w tym na oddział CPEP Extended Observation Beds, bez zgody rodziców, jeśli osoba ta dobrowolnie zgłasza się na leczenie, a dyrektor placówki wyraża na to zgodę.

Zgodnie z MHL 33.21(e) osoba niepełnoletnia w wieku powyżej 16 lat, która została dobrowolnie przyjęta do szpitala, może wyrazić zgodę na stosowanie leków psychotropowych bez zgody rodzica lub opiekuna lub nakazu sądowego, jeśli spełnione zostaną następujące warunki:

- rodzic lub opiekun nie jest w racjonalny sposób dostępny (rodzic lub opiekun prawny jest uważany za dostępnego w racjonalny sposób, jeśli można się z nim skontaktować przy dołożeniu należytej staranności), pod warunkiem że lekarz prowadzący stwierdzi, że osoba niepełnoletnia posiada zdolność do podejmowania decyzji, a leki są w najlepszym interesie osoby niepełnoletniej, LUB
- wymaganie uzyskania zgody rodzica lub opiekuna miałoby szkodliwy wpływ na osobę niepełnoletnią, pod warunkiem że lekarz prowadzący i drugi lekarz specjalizujący się w psychiatrii, niebędący pracownikiem szpitala, stwierdzą, że (A) taki szkodliwy wpływ miałby miejsce; oraz (B) osoba niepełnoletnia ma zdolność do wyrażenia zgody; oraz (C) takie leki leżą w najlepszym interesie osoby niepełnoletniej, LUB

- rodzic lub opiekun odmówił wyrażenia takiej zgody, pod warunkiem że lekarz prowadzący i drugi lekarz specjalizujący się w psychiatrii, niebędący pracownikiem szpitala, stwierdzą, że (A) osoba niepełnoletnia ma zdolność do wyrażenia zgody; oraz (B) takie leki leżą w najlepszym interesie osoby niepełnoletniej. Powiadomienie o decyzji dotyczącej podania leków psychotropowych zgodnie z niniejszym podpunktem należy przekazać rodzicowi lub opiekunowi.
- Przyczyny wyjątku należy w pełni udokumentować w karcie klinicznej osoby niepełnoletniej.

C. STOSOWNOŚĆ PRZYJĘCIA

Dyrektor CPEP musi stwierdzić, że dana osoba cierpi na chorobę psychiczną wymagającą opieki i leczenia w szpitalu psychiatrycznym, oraz że osoba ta kwalifikuje się do dobrowolnego przyjęcia, zgodnie z opisem w punkcie D poniżej, w celu przyjęcia w trybie dobrowolnym.

D. KRYTERIA PRZYJĘCIA

Aby dana osoba kwalifikowała się do dobrowolnego przyjęcia do programu CPEP, musi zostać poinformowana o następujących kwestiach i być w stanie je zrozumieć:

- że składają wniosek o przyjęcie do programu CPEP;
- charakter statusu dobrowolnego oraz przepisy regulujące zwolnienie lub przeniesienie do innego programu na zasadzie dobrowolnej lub niedobrowolnej.

POSTANOWIENIA OGÓLNE DOTYCZĄCE STATUSU DOBROWOLNEGO

Pacjenci przebywający w szpitalu w trybie dobrowolnym muszą otrzymać pisemne zawiadomienie o swoim statusie i prawach w momencie przyjęcia do szpitala. W momencie takiego powiadomienia należy uzyskać pisemną zgodę pacjenta na dalszy pobyt jako pacjent dobrowolny i zachować kopię takiej zgody.

III. POWIADOMIENIE AGENCJI MENTAL HYGIENE LEGAL SERVICES DOTYCZĄCE PRZYJĘCIA, ZMIANY STATUSU PRAWNEGO ORAZ PRZENIESIENIA LUB WYPISANIA PACJENTÓW W WIEKU PONIŻEJ 18 LAT.

W przypadku przyjęcia osoby poniżej 18 roku życia do dowolnego szpitala lub zmiany statusu jej przyjęcia, agencja Mental Hygiene Legal Service zostanie powiadomiona o przyjęciu lub zmianie statusu w ciągu trzech dni. W powiadomieniu zostanie podany wiek osoby oraz status przyjęcia.

Żaden pacjent poniżej 18 roku życia, przyjęty na własną prośbę, nie może zostać przeniesiony bez jego uprzedniej zgody, chyba że trzy dni przed planowanym przeniesieniem zostanie przekazane pisemne powiadomienie do agencji Mental Hygiene Legal Service, a ona będzie miała możliwość spotkania się z pacjentem i rozpatrzenia planowanego przeniesienia.

Żaden pacjent poniżej 18 roku życia, przyjęty na prośbę innej osoby, nie może zostać przeniesiony bez uprzedniej zgody pacjenta lub jego rodzica lub opiekuna prawnego, chyba że trzy dni przed planowanym przeniesieniem zostanie przekazane pisemne powiadomienie do agencji Mental Hygiene Legal Service, a ona będzie miała możliwość spotkania się z pacjentem i rozpatrzenia planowanego przeniesienia.

Agencja Mental Hygiene Legal Service zostanie niezwłocznie powiadomiona na piśmie o zwolnieniu lub przeniesieniu każdego pacjenta poniżej 18 roku życia.

IV. INFORMACJE OGÓLNE

A. MENTAL HYGIENE LEGAL SERVICE

Mental Hygiene Legal Service jest agencją Biura Administracji Sądowej stanu Nowy Jork, która zapewnia ochronę prawną, doradztwo i pomoc, w tym reprezentację wszystkim pacjentom przyjętym do placówek psychiatrycznych. Pacjenci mają prawo do uzyskania informacji o swoich prawach dotyczących hospitalizacji i leczenia, a także mają prawo do rozprawy sądowej, do reprezentacji przez adwokata i do uzyskania niezależnej opinii medycznej.

W wielu szpitalach psychiatrycznych znajduje się biuro agencji Mental Hygiene Legal Service. W przypadku braku biura w szpitalu przedstawiciel Agencji odwiedza placówkę regularnie i często. Każdy pacjent lub osoba działająca w jego imieniu może spotkać się lub skontaktować się z przedstawicielem Agencji, dzwoniąc lub pisząc bezpośrednio do biura Agencji lub prosząc pracownika oddziału pacjenta o zorganizowanie takiego spotkania. Z przedstawicielem agencji Mental Hygiene Legal Service tego szpitala można skontaktować się pod numerem

B. ZWROT KOSZTÓW

Pacjent ponosi odpowiedzialność prawną za pokrycie kosztów opieki. Dodatkowo odpowiedzialni są małżonek pacjenta, a w niektórych przypadkach rodzice pacjenta poniżej 21 roku życia. Odpowiedzialność prawną ponoszą również komisja, opiekun lub powiernik funduszu powierniczego utworzonego w celu wsparcia pacjenta, a także każdy powiernik lub odbiorca środków finansowych przeznaczonych dla pacjenta. Opłaty mogą zostać zniesione lub zmniejszone w przypadku niemożności ich uiszczenia. Każda osoba ubiegająca się o zwolnienie lub obniżenie opłat musi współpracować w ramach dochodzenia finansowego mającego na celu ustalenie jej zdolności płatniczej.

WNIOSEK O DOBROWOLNE PRZYJĘCIE W RAMACH KOMPLEKSOWEGO PROGRAMU POMOCY PSYCHIATRYCZNEJ W SYTUACJACH NAGŁYCH (CPEP)	Imię i nazwisko (nazwisko, imię, inicjał drugiego imienia)

	Płeć _____ Data urodzenia _____
	MRN _____
	Lokalizacja/Obiekt _____

CZĘŚĆ A – WNIOSEK O DOBROWOLNE PRZYJĘCIE DO PROGRAMU CPEP

Część A musi być podpisana przez osobę w wieku powyżej 18 lat, która ubiega się o status dobrowolnego uczestnika programu CPEP, przez opiekuna prawnego osoby poniżej 18 roku życia, przez wyznaczonego przez sąd opiekuna osoby powyżej 18 roku życia lub przez osobę niepełnoletnią, która spełnia kryteria udzielenia opieki bez zgody opiekuna.

PRZYJĘCIE

Poinformowano mnie o charakterze dobrowolnego statusu CPEP i go rozumiem.

Ja, _____, niniejszym składam wniosek o przyjęcie
(Imię i nazwisko)

Ja, _____, niniejszym składam wniosek o przyjęcie osoby pozostającej pod moją opieką, _____
(Imię i nazwisko opiekuna) (Imię i nazwisko)

do _____, CPEP.
(Nazwa CPEP)

Powody, dla których składam wniosek o przyjęcie dla siebie lub osoby pozostającej pod moją opieką:

Podpis osoby LUB jej opiekuna prawnego	Data	Godzina (rano/po południu)

CZĘŚĆ B – POTWIERDZENIE LEKARZA

Przed przyjęciem do szpitala zbadałem wyżej wymienionego pacjenta i potwierdzam, że:

- pacjent cierpi na chorobę psychiczną, w przypadku której odpowiednia jest opieka i leczenie w ramach programu CPEP;
- pacjent kwalifikuje się do statusu dobrowolnego CPEP; oraz
- można racjonalnie oczekiwać, że opieka i leczenie w ramach programu CPEP poprawią stan pacjenta lub przynajmniej zapobiegą jego pogorszeniu.
- W przypadku osoby niepełnoletniej ubiegającej się o przyjęcie niezależnie od rodzica lub opiekuna, a rodzic lub opiekun odmówił wyrażenia takiej zgody: takie leczenie jest konieczne i leży w najlepszym interesie osoby niepełnoletniej.

Podpis lekarza	Data	Godzina (rano/po południu)

WNIOSEK O DOBROWOLNE PRZYJĘCIE W RAMACH KOMPLEKSOWEGO PROGRAMU POMOCY PSYCHIATRYCZNEJ W SYTUACJACH NAGŁYCH (CPEP)	Imię i nazwisko (nazwisko, imię, inicjał drugiego imienia)
	Płeć _____ Data urodzenia _____
	MRN _____
	Lokalizacja/Obiekt _____

CZĘŚĆ C – BADANIE W CELU POTWIERDZENIA KONIECZNOŚCI DOBROWOLNEJ HOSPITALIZACJI PRZEKRACZAJĄCEJ 24 GODZINY NA ODDZIALE OBSERWACYJNYM (EOB)

Instrukcje: Wypełnia lekarz, inny niż lekarz przyjmujący, który jest członkiem personelu psychiatrycznego, w ciągu 24 godzin od przyjęcia pacjenta na oddział ratunkowy CPEP. Jeśli osoba ubiegająca się o przyjęcie do programu CPEP EOB w trybie dobrowolnym ma 16 lub 17 lat i zgłasza się po opiekę bez zgody opiekuna, należy upewnić się, że spełnione są kryteria określone w sekcji I.B powyżej.

Uwaga: Żaden pacjent nie może pozostawać w CPEP dłużej niż 24 godziny bez przeniesienia go na łóżko w celu przedłużonej obserwacji.

Podpis osoby lub jej opiekuna prawnego	Data	Godzina (rano/po południu)
--	------	----------------------------

Osobiście obserwowałem i zbadałem _____
(Imię i nazwisko)

Na podstawie przeprowadzonego badania i historii choroby niniejszym potwierdzam, że pacjent może cierpieć na chorobę psychiczną, która wymaga natychmiastowej opieki i leczenia w ramach programu CPEP w ramach przedłużonej obserwacji szpitalnej. Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem fakty i informacje zawarte w niniejszym dokumencie są prawdziwe.

Jestem członkiem personelu psychiatrycznego w _____
(CPEP nazwa)

Podpis Psychiatry	Data	Godzina (rano/po południu)
-------------------	------	----------------------------