

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОМ ПРИЁМЕ В КОМПЛЕКСНУЮ
ПРОГРАММУ НЕОТЛОЖНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
(СРЕР)**

I. ТРЕБОВАНИЯ К ДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

A. ЗАЯВЛЕНИЕ

Для добровольного приёма в СРЕР лицо старше 18 лет, или лицо младше 18 лет, которое не считается несовершеннолетним в соответствии с разделом 33.21 Закона о психической гигиене, обязано добровольно подать письменное заявление о приёме в программу. Если этому лицу не исполнилось 18 лет, то письменное заявление о приёме в программу должно быть подано одним из следующих лиц:

- родитель, законный опекун или ближайшие родственники;
- сотрудник социальной службы или уполномоченное учреждение, предоставляющее данному лицу уход и осуществляющее его опеку в соответствии с Законом о социальных услугах, с соблюдением условий судебного приказа или документа, оформленного в соответствии с разделом 384-а Закона о социальных услугах;
- директор Управления по делам детей и семьи штата Нью-Йорк (OCFS), действующий в соответствии с разделом 509 Закона об исполнительной власти;
- физическое лицо или уполномоченный представитель юридического лица, осуществляющего опеку данного лица в соответствии с разделом 756 или разделом 1055 Закона о суде по семейным делам.

Если данное лицо считается несовершеннолетним в соответствии с МНЛ 33.21, директор СРЕР может по своему усмотрению принять это лицо в качестве добровольного пациента по его личному заявлению или по заявлению лица, уполномоченного подать заявление о приёме в программу. Критерии для несовершеннолетних, обращающихся за помощью в СРЕР без согласия опекуна, описаны в части В ниже. Критерии для несовершеннолетних, обращающихся за помощью в ЕОВ, описаны в части С ниже.

В соответствии с Законом об электронных подписях и документах, эта форма может заполняться и подписываться в электронном виде, в том числе с использованием электронной медицинской карты поставщика услуг. Поставщики услуг должны обеспечивать возможность распечатывать эти формы и/или доставлять их в утверждённом формате пациенту, официальному опекуну пациента, юридическим службам по вопросам психической гигиены и другим законным адресатам.

В. КРИТЕРИИ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ БЕЗ СОГЛАСИЯ ОПЕКУНА

ФОРМА ОМН 476А ЧАСТЬ А: Несовершеннолетние лица могут получать амбулаторную психиатрическую помощь, включая оценку СРЕР, без согласия родителей в рамках амбулаторной программы, которая лицензирована или работает в соответствии с правилами комиссара по вопросам психического здоровья и МНЛ 33.21.

Специалист по психическому здоровью, практикующий в рамках программы, лицензированной или управляемой ОМН, может предоставлять несовершеннолетним амбулаторные услуги по охране психического здоровья без согласия родителей, если:

- несовершеннолетний сознательно и добровольно обращается за такими услугами, А ТАКЖЕ
- услуги клинически показаны и необходимы для благополучия несовершеннолетнего, А ТАКЖЕ
 - родитель или опекун недоступны в достаточной степени. Родитель или опекун считается в достаточной степени доступным, если с ним можно связаться, приложив добросовестные усилия. ИЛИ
 - требование согласия или участия родителей или опекунов окажет пагубное влияние на курс амбулаторного лечения, ИЛИ
 - родитель или опекун отказался дать такое согласие, а врач решил, что лечение необходимо и отвечает интересам несовершеннолетнего (в случаях, когда в согласии отказано, врач должен принять такое решение).

ФОРМА ОМН 476А ЧАСТЬ С: Несовершеннолетний в возрасте 16 лет и старше может обратиться за получением стационарной психиатрической помощи (в том числе с предоставлением места в СРЕР для расширенного наблюдения) без согласия родителей, если такой несовершеннолетний добровольно обращается за лечением и если директор учреждения согласен с этим.

В соответствии с МНЛ 33.21(е) несовершеннолетний в возрасте 16 лет и старше, поступивший в больницу с добровольным статусом несовершеннолетнего лица, может дать согласие на применение психотропных препаратов без согласия родителя или опекуна или постановления суда при соблюдении следующих условий:

- Родитель или опекун недоступен в достаточной степени (родитель или опекун считается достаточно доступным, если с ним можно связаться, приложив добросовестные усилия), если лечащий врач установит, что несовершеннолетний дееспособен и что применение этих препаратов отвечает интересам несовершеннолетнего, ИЛИ
- Требование согласия родителя или опекуна будет иметь пагубные последствия для несовершеннолетнего, при условии, что лечащий врач и второй врач, который специализируется на психиатрии и не является сотрудником больницы, решат, что (А) такое пагубное воздействие будет иметь место; и (В) несовершеннолетний дееспособен и имеет право давать согласие; и (С) применение этих препаратов отвечает интересам несовершеннолетнего, ИЛИ
- Родитель или опекун отказался дать такое согласие, при условии, что лечащий врач и второй врач, который специализируется на психиатрии и не является сотрудником больницы, решат, что (А) несовершеннолетний дееспособен и имеет право давать согласие; и (В) применение этих препаратов отвечает интересам несовершеннолетнего. Уведомление о принятом решении назначить психотропный препарат в соответствии с настоящим подпунктом направляется родителю или опекуну.

Причины сделанного исключения должны в полном объёме документироваться в клинической карте несовершеннолетнего.

С. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИЁМА В ПРОГРАММУ

Директор СРЕР обязан установить, что у данного лица имеется психическое заболевание, требующее ухода и лечения в психиатрической больнице, и что добровольный приём такого лица в программу целесообразен в соответствии с условиями, описанными в части D ниже.

D. СООТВЕТСТВИЕ ПРИЁМА В ПРОГРАММУ ТРЕБОВАНИЯМ

Для того, чтобы некое лицо отвечало требованиям, предъявляемым к добровольному приёму в программу, это лицо должно быть информировано и понимать следующее:

- что оно подаёт заявление о приёме в СРЕР.
- характер добровольного статуса и положения, регулирующие освобождение или перевод в другую программу на добровольной или недобровольной основе.

II. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ДОБРОВОЛЬНОМ СТАТУСЕ

Пациенты, имеющие добровольный статус, в период приёма в программу должны получить письменное уведомление об их статусе и правах. При направлении такого уведомления необходимо получить письменное согласие пациента на его дальнейшее добровольное пребывание в программе и сохранить в деле копию такого согласия.

III. УВЕДОМЛЕНИЕ ЮРИДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ГИГИЕНЫ О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, ИЗМЕНЕНИИ ПРАВОВОГО СТАТУСА НА ДРУГОЙ, ПЕРЕВОДЕ ИЛИ ОСВОБОЖДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ.

При госпитализации лица в возрасте до 18 лет или изменении его статуса на другой Юридическая служба психической гигиены будет уведомлена о такой госпитализации или изменении статуса в течение трёх дней. В уведомлении будут указываться возраст и статус при госпитализации.

Добровольные пациенты в возрасте до 18 лет, госпитализированные по их личным заявлениям, могут переводиться только с их предварительного согласия, кроме случая, когда письменное уведомление о предлагаемом переводе направлено в Юридическую службу психической гигиены за три дня до этого и у Службы имеется возможность увидеться с пациентом и проанализировать предлагаемый перевод.

Добровольные пациенты в возрасте до 18 лет, госпитализированные по заявлению другого лица, могут переводиться только с предварительного согласия пациента и его родителей или официальных опекунов, кроме случая, когда письменное уведомление о предлагаемом переводе направлено в Юридическую службу психической гигиены за три дня до этого и у Службы имеется возможность увидеться с пациентом и проанализировать предлагаемый перевод.

Юридическая служба психической гигиены немедленно получает письменные уведомления об освобождении или переводе пациентов в возрасте до 18 лет.

IV. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

A. ЮРИДИЧЕСКИЕ УСЛУГИ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ГИГИЕНЫ

Юридическая служба психической гигиены является агентством Управления судебной администрации штата Нью-Йорк, которое предлагает услуги в области правовой защиты, консультации и помощь, включая представительство всех пациентов, поступающих в психиатрические учреждения. Пациенты имеют право на получение информации об их правах в отношении госпитализации и лечения, а также на судебное слушание, представительство адвокатов и запрос независимых медицинских заключений.

Отделения Юридической службы психической гигиены имеются во многих психиатрических больницах. Те больницы, в которых нет такого отделения, представитель Службы посещает периодически и часто. Любой пациент или иное лицо от его имени может увидеться или пообщаться с представителем Службы, позвонив или написав непосредственно в отделение Службы или попросив об этом кого-либо из персонала палаты пациента. С представителем Юридической службы психической гигиены этой больницы можно связаться по адресу

V. КОМПЕНСАЦИЯ

Пациент несёт юридическую ответственность за оплату стоимости лечения. Дополнительную ответственность несут супруг (супруга) пациента, а в некоторых случаях – родители пациента, которому менее 21 года. Кроме того, юридическую ответственность несёт комитет, опекун или попечитель целевого фонда, созданного для поддержки пациента, или фидуциарий или получатель средств для пациента. При невозможности оплаты сборы могут отменяться или уменьшаться. Лицо, подавшее заявление об освобождении от оплаты или уменьшении её размера, обязано сотрудничать при проведении финансового расследования с целью определения платёжеспособности.

<p>ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОМ ПРИЁМЕ В КОМПЛЕКСНУЮ ПРОГРАММУ НЕОТЛОЖНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (КПЭП)</p>	<p>ФИО (фамилия, имя, средний инициал) _____</p> <hr/> <p>Пол _____ Дата рождения _____</p> <p>MRN _____</p> <p>Местонахождение/учреждение _____</p>
--	--

ЧАСТЬ А – ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОМ ПРИЁМЕ В СРЕП

Часть А должна быть подписана лицом в возрасте 18 лет и старше, подающим заявление о присвоении статуса добровольного участника СРЕП, официальным опекуном лица младше 18 лет, назначенным судом опекуном лица старше 18 лет или несовершеннолетним, который соответствует критериям получения помощи без согласия опекуна.

ПРИЁМ В ПРОГРАММУ

Характер статуса добровольного участника СРЕП был мне разъяснён и мной понят

Я, _____, настоящим обращаюсь с заявлением о приёме в программу
(ФИО)

Я, _____, настоящим ходатайствую о приёме лица, находящегося на моём попечении, _____
(ФИО опекуна) (ФИО)

в _____, СРЕП.
(название СРЕП)

Причины для подачи заявления о приёме в программу меня или лица, находящегося на моём попечении:

Подпись лица ИЛИ его официального опекуна	Дата	Время (утра/вечера)
---	------	---------------------

ЧАСТЬ В – ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВРАЧА

Я осмотрел(а) вышеуказанного пациента перед приёмом в программу и подтверждаю, что:

- У данного пациента имеется психическое заболевание, для лечения которого целесообразны уход и помощь рамках СРЕП;
- Данный пациент отвечает критериям добровольного участника программы СРЕП; а также
- Можно обоснованно ожидать, что участие в СРЕП улучшит состояние пациента или, по крайней мере, предотвратит ухудшение его состояния.
- В случае, если несовершеннолетний просит о приёме в программу независимо от своего родителя или опекуна, а родитель или опекун отказался дать такое согласие: что такое лечение необходимо и отвечает интересам несовершеннолетнего.

Подпись врача	Дата	Время (утра/вечера)
---------------	------	---------------------

<p>ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОМ ПРИЁМЕ В КОМПЛЕКСНУЮ ПРОГРАММУ НЕОТЛОЖНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (КПЭП)</p>	<p>ФИО (фамилия, имя, средний инициал) _____</p> <hr/> <p>Пол _____ Дата рождения _____</p> <p>MRN _____</p> <p>Местонахождение/учреждение _____</p>
--	--

ЧАСТЬ С – ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ НЕОБХОДИМОСТИ ДОБРОВОЛЬНОГО ПРИЁМА СВЫШЕ 24 ЧАСОВ С ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ МЕСТА ДЛЯ РАСШИРЕННОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ЕОВ)

Инструкции: Заполняется врачом (кроме принимающего врача), который является штатным специалистом-психиатром, в течение 24 часов после поступления пациента в отделение неотложной помощи СРЕР. Если лицу, ходатайствующему о приёме в СРЕР ЕОВ в добровольном статусе, исполнилось 16 или 17 лет и оно обращается за медицинской помощью без согласия опекуна, проследите за соответствием критериям, изложенным в разделе I.B выше.

Примечание: Пациенты не могут оставаться в СРЕР более 24 часов без предоставления места для расширенного наблюдения.

Подпись лица или его официального опекуна	Дата	Время (утра/вечера)
---	------	---------------------

Я лично провел(а) наблюдение и обследование _____ (ФИО)

На основании такого обследования и истории болезни настоящим я подтверждаю, что у данного пациента может иметься психическое заболевание, для которого целесообразны немедленная помощь и лечение с предоставлением места для расширенного наблюдения в рамках СРЕР, и что, насколько мне известно, содержащиеся в настоящем документе факты и сведения соответствуют действительности.

я являюсь штатным психиатром _____ (Название СРЕР)

Подпись психиатра	Дата	Время (утра/вечера)
-------------------	------	---------------------