

هذا المربع خاص لاستعمال الهيئة القضائية للصحة العقلية
في اسكتلندا فقط

v7.1

تعليمات

يجب استعمال النموذج التالي:

من خلال موظف للشؤون العقلية بتقديم طلب إلى الهيئة القضائية للصحة العقلية في اسكتلندا لاستصدار أمر علاج إجباري.

لا يوجد متطلبات قانونية لاستعمال هذا النموذج، إلا أنه يوضى بشدة استعماله. هذا النموذج يلفت الانتباه إلى بعض المتطلبات الإجرائية بموجب قانون (اسكتلندا) (الرعاية والعلاج) للصحة العقلية لعام 2003. وعدم اتباع المتطلبات الإجرائية قد يبطل الطلب.

في حالة عدم استيفاء هذا النموذج إلكترونياً، يُرجى اتباع الخطوات التالية لضمان دقة المعلومات:

على سبيل المثال

يُرجى الكتابة داخل المربعات بالأحرف
الكبيرة والحبر الأسود أو الأزرق

تظليل الدوائر هكذا ->

ليس هكذا ->

2 5 MARKET ST

في المربعات الذي يُذكر له رقم مرجعي على اليسار، يمكنك تكملة الإجابة على ورقة بيضاء إذا لم تتسع المساحة في هذا المربع. يجب ذكر اسم المريض ورقم الرعاية الصحية بوضوح على الأوراق الإضافية للإجابة، وعلى كل ورقة إضافية يجب ذكر الرقم المرجعي لكل مربع مخصص، ويجب إرفاقها في نهاية الطلب. يُرجى عدم استنساخ صور إضافية من صفحات النموذج - فهذا يتسبب في صعوبة مسحها ضوئياً لدى هيئة الرفاهة العقلية.

بيانات المريض

رقم الرعاية والصحة

اسم العائلة

الاسم الأول (الأسماء الأولى)

أسماء أخرى / معروف باسم

"أسماء أخرى/ معروف بها المريض قد تتضمن أي اسم / اسم شهرة يفضل المريض أن يُعرف به"

النوع

ذكر ☐ أنثى ☐ يفضل عدم ذكره ☐ غير مذكور ☐

إذا لم يكن النوع مذكوراً، يُرجى تحديده

اللقب

تاريخ الميلاد
اليوم / الشهر / السنة

عنوان منزل المريض

الرمز البريدي

>> يُرجى كتابة NF1 1AB إذا لم يكن هناك عنوان ثابت

عنوان مراسلة المريض: ☐ عنوان المنزل مذكور أعلاه☐ مستشفى/غير الحجز (يُرجى كتابته في مربع) ☐ عنوان آخر

(يُرجى كتابته في مربع)

الرقم المرجعي للشؤون الاجتماعية (حسب الأحوال)

بيانات موظف الشؤون العقلية

اسم العائلة

الاسم الأول

اللقب

العنوان

الرمز البريدي

رقم الهاتف البريد

الإلكتروني

السلطة المحلية

مثلا مدينة جلازجو، أو مدينة إدنبرا، أو الحدود الاسكتلندية، أو هايلاند، أو ما شابه (يجوز حذف كلمة "مجلس")

الوضع الحالي للمريض

يُرجى استيفاء (أ) أو (ب) أو (ج) حسب الأحوال

(أ) ☐ المريض يخضع حالياً لإجراء تحويل لتلقي توجيهاً العلاج أو توجيهات المستشفى، ومحجوز في:

المستشفى،

أقرب يوم للتصريح هو:

التاريخ

أو

(ب) ☐ المريض يخضع حالياً لأوامر إجبارية بموجب القانون والجهة المانحة للصلاحيّة هي:

هذه الصلاحيّة في سبيلها للانقضاء في منتصف الليل بنهاية

المريض محجوز في:

اسم المستشفى

أو

(ج) ☐ المريض لا يخضع حالياً لأوامر إجبارية بموجب القانون، ولكنه مريض نزيل في - اسم المستشفى

أو

(د) ☐ المريض لا يخضع حالياً لأوامر إجبارية بموجب القانون، ويعيش حالياً في المجتمع المحلي

بيانات الموظف الطبي المسؤول - مطلوبة فقط في حالة عدم تقديمه تقارير للصحة العقلية

																				اسم العائلة
																				الاسم الأول
										الرقم المرجعي للمجلس الطبي العام										
																				اللقب
																				المستشفى
																				عنوان المستشفى
																				الرمز البريدي
										رقم الهاتف الإلكتروني										

[illegible]

بيانات الشخص المذكور اسمه

○المريض ليس له شخص مذكور اسمه

○المريض له شخص مذكور اسمه - ترد بياناته أدناه

[illegible][illegible]

مقدم الرعاية الرئيسي، النصير، مدافع عن الرفاهية، وصي للرفاهية

يُرجى ذكر الأسماء الكاملة والعناوين، بما فيها أرقام الهواتف والعناوين الإلكترونية، متى كانت معروفة.

نصير المريض، حسب الأحوال

مقدم الرعاية الرئيسي للمريض (إن وُجد)

الوصي المعني برفاهية المريض، حسب الأحوال (انظر إلى الملاحظة)

المدافع عن رفاهية المريض، حسب الأحوال (انظر إلى الملاحظة)

"الوصي" يُقصد به الشخص المعيّن وصيًا بموجب قانون (اسكتلندا) للأشخاص البالغين ذوي الإعاقات العقلية لعام 2000 (دعم الأشخاص البالغين وحمايتهم 4) الذي لديه صلاحيات بموجب المادة (a)(146) أو (b) فيما يتعلق برفاه الشخص المعني

ملاحظات "المدافع عن الرفاهية" يُقصد به الشخص المخول بموجب توكيل للرفاهية صادر وفق المادة 16 من قانون (اسكتلندا) للأشخاص البالغين ذوي الإعاقات العقلية لعام 2000 (دعم الأشخاص البالغين وحمايتهم 4)، والمسجل وفق المادة 19 من هذا القانون، للتصرف بهذه الصفة

سجل بيانات الاتصال بأشخاص آخرين ذوي صلة بالطلب

يُرجى تقديم أسماء وعناوين الأشخاص الآخرين (بما في ذلك أرقام الهواتف والعناوين الإلكترونية) الذين قد يكون لهم صلة بهذا الطلب، ولا يرد ذكرهم في موضع آخر في هذا النموذج أو في تقارير الصحة العقلية، والذين قد ترغب الهيئة القضائية للصحة العقلية في اسكتلندا في سماع شهادتهم، على سبيل المثال: الطبيب العام للمريض. كما يُرجى تسجيل أي أشخاص آخرين يجب دعوتهم لحضور الجلسة.

وصي المريض

إذا كان المريض، في رأيك، يحتاج إلى ممثل قانوني، يُرجى ذكر هذا هنا وإدراج أسبابك.

إخطار

أؤكد أنني أخطرت الأطراف التالية بضرورة تقديم هذا الطلب لاستصدار أمر علاج إجباري في أقرب وقت عملي ممكن بعد أن تبين واجب تقديم الطلب:

ظلل حسب الأحوال

ملاحظة: إذا كان تقرير الصحة العقلية (نموذج أمر العلاج الإجباري 2) الصادر عن الممارس الطبي المعتمد يذكر أنه لا يجب تقديم إخطار للمريض بموجب المادة 57(5)(C)(i) من القانون، فلا ضرورة لتقديم إخطار إلى المريض إلا إذا كان موظف الشؤون العقلية يرى هذا الإجراء مناسباً.

○ المريض

○ الشخص الذي ذكر اسمه المريض (إن

وُجد)

○ هيئة الرفاهة العقلية

○ الوزراء الاسكتلنديون (إذا كان التوجيه بإيداع المريض بالمستشفى أو بتحويله للعلاج)

التاريخ:

--	--	--	--

 /

--	--

 /

--	--

أخطر جميع الأطراف المتقدم ذكرهم من قبل:

إخطار إلى هيئة الرفاهة العقلية يجب ألا تُرسل صور الطلب على أنها إخطار. يكفي إرسال صورة من الخطاب إلى المريض لهذا الغرض.

تقرير موظف الشؤون العقلية

المتطلبات بموجب المادة (2) 61

بمقتضى المادة 61 من القانون

لقد امتثلت لمتطلبات المادة (2) 61 من القانون وقمت بما يلي:

ظل من (أ) إلى (هـ) للتأكيد

- ☐ أ) مقابلة المريض، متى كان عملياً القيام بذلك؛
- ☐ ب) إعلام المريض بحقوقه فيما يتعلق بالطلب؛
- ☐ ج) إعلام المريض بتوافر خدمات المناصرة المستقلة؛
- ☐ د) اتخاذ الخطوات المناسبة لضمان أن يُمنح المريض فرصة استخدام هذه الخدمات؛ وأخيراً،
- ☐ هـ) إعلام المريض بأن هذا الطلب يجب تقديمه.

إذا لم تتمكن من مقابلة المريض، يُرجى ذكر الأسباب التي لم تكن عملية للقيام بذلك بالتفصيل.

1

يُرجى ذكر الخطوات بالتفصيل التي اتخذتها للامتثال للنقاط من (أ) إلى (هـ) أعلاه

2

يرجى ذكر تفاصيل الظروف الشخصية للمريض حسب صلتها بهذا الطلب.

3

وجهات نظر موظف الشؤون العقلية بشأن تقارير الصحة العقلية

يُرجى تقديم وجهات نظرك حول تقرير الصحة العقلية الذين تقدمهما كجزء من هذا الطلب.

ملاحظة: يتعلق هذا بوجهات نظرك حول محتوى تقارير الصحة العقلية فيما يرتبط بالمادتين 57(4)(a)(b) و(e) من القانون، وكذا كل الجوانب المهمة بالتقارير (مثال: هل من الواضح أن التقارير الطبية تفي بالمتطلبات القانونية؟ هل هناك مشاكل تخص التقارير؟)

وجهات النظر حول التقرير المقدم من الممارس الطبي المعتمد

4

وجهات النظر حول التقرير المقدم من الممارس الطبي الثاني

5

إفادة أولية

يُرجى استيفاء (أ) أو (ب) حسب الأحوال

(أ) ☐ على حد علمي، قدم المريض إفادة أولية ولم يسحبها بموجب شروط المادة 275 من القانون.

يجب إرفاق صورة من الإفادة الأولية بهذا الطلب حسب اللزوم. إذا لم يتسنى إرفاق صورة من الإفادة الأولية، يُرجى ذكر تفاصيل ما ورد في تلك الإفادة أدناه. يُرجى تضمين تاريخ الإفادة الأولية.

6

أو

(ب) ☐ على حد علمي، لم يقدم المريض إفادة أولية بموجب شروط المادة 275 من القانون.

معلومات أخرى ذات صلة

يُرجى تقديم أي معلومات أخرى من تقييمك ومقابلاتك ومشاوراتك التي تعتقد أنها ذات صلة بالقرار الذي سيصدر عن الهيئة القضائية للصحة العقلية في اسكتلندا، والتي لم تُدرج في أي موضع آخر في هذه الوثائق.

7

الجزء 3a(1): احتياجات المريض

ما احتياجات المريض فيما يتعلق بأي تقييمات أُجريت بموجب المادة 23(3) من قانون (اسكتلندا) للأطفال لعام 1995، إن كان المريض طفلاً، أو بموجب المادة 12A(1)(a) من قانون (اسكتلندا) للشؤون الاجتماعية لعام 1968؟ (بعبارة أخرى تقييم رعاية مجتمعية)

10

الجزء 3a(2): التدخلات المطلوبة لتلبية احتياجات المريض

3a(2)(a) بالإشارة إلى تقارير الصحة العقلية، ما أشكال العلاج الطبي للاضطراب العقلي كما تحدده المادة (1) 329 من القانون، وما يتصل به من أهداف يجب تحقيقها لتلبية احتياجات المريض المحددة في تقارير الصحة العقلية.

أساس إجباري؟

11

أساس طوعي؟

12

3a(2)(b) ما خدمات الرعاية المجتمعية، أو غيرها من خدمات ذات صلة، أو أشكال رعاية وعلاج أو خدمات، وما يتصل بها من أهداف يجب تحقيقها لتلبية كل احتياج جرى تقييمه للمريض وغير ذلك من احتياجات -

على أساس إجباري؟

13

على أساس طوعي؟

14

الجزء 3a(3): من سيجري التدخلات المطلوبة لتلبية تلك الاحتياجات

3a(3)(a): من سيقدم العلاج الطبي الموصوف في 3a(2)(a) (بما في ذلك أسماء الأشخاص مقدمي العلاج والعنوان الذي سيقدم فيه العلاج)؟

15

3a(3)(b) من سيقدم الخدمات الموصوفة في 3a(2)(b)، بما في ذلك أسماء الأشخاص مقدمي تلك الخدمات والعناوين التي سيقدم فيها العلاج، واسم المستشفى التي سيُحجز فيها المريض؟ في حالة التكليف باتخاذ تدابير أخرى بخلاف الحجز، يُرجى ذكر اسم المستشفى المسؤول عن تعيين الموظف الطبي المسؤول عن المريض.

16

الجزء 3b: الأدلة التي تستند إليها المقترحات

هذا الجزء يقدم لك فرصة لتوضيح طريقة / سبب الوصول إلى الاستنتاجات في الجزء 3a من هذه الخطة المقترحة للرعاية (انظر إلى المذكرة في نهاية الصفحة)

كيف تمثل المقترحات المذكورة في الجزء 3a من هذه الخطة المقترحة للرعاية لمبادئ التشريع وفق ما يرد ذكره في المواد من 1 إلى 3 من القانون؟

17

ما البدائل التي أخذت في الاعتبار بشأن الخيارات المذكورة في الجزئين 3a(2) و 3a(3)؟ لماذا اعتُبرت هذه البدائل غير قابلة للعمل بها أو تطبيقها؟

18

ما الخطط البديلة الموضوعية إذا لم يتسنّ العمل بالخيارات المذكورة في الجزئين 3a(2) و 3a(3) أعلاه؟

19

ملاحظة:

على الرغم من أن المعلومات المطلوبة في الجزء 3b غير منصوص عليها بمقتضى القانون، فإنها مهمة لمساعدة الهيئة القضائية للصحة العقلية في اسكتلندا على إصدار أمر بموجب المادتين 64 و 66 من القانون.



الجزء 3b: الأدلة (تكملة)

بأي مقدار تعكس هذه الخطة المقترحة للرعاية رغبات المريض كما أعرب عنها في أي إفادة أولية أو في أي وثيقة أخرى؟ إذا لم تُحترم أي من هذه الرغبات، فما السبب؟

20

من جرى استشارته في عملية صياغة هذه الخطة المقترحة للرعاية؟ بأي مقدار تعكس وجهات نظر الأشخاص الذي جرى استشارتهم هذه الخطة المقترحة للرعاية؟

21

كيف أُخذت في الاعتبار مشاكل المخاطر المحتملة (إما للمريض أو غيره) في تقييم المريض وصياغة هذه الخطة المقترحة للرعاية؟

22

التدابير الإجبارية المقترحة

يجب ذكر تفاصيل أخرى في المربعات ذات الصلة وفقاً للإحاطة بها في وقت تقديم الطلب

○ (ح) مطلوب من المريض أن يخطر موظف الشؤون العقلية المسؤول عنه بأي تغيير في عنوان الإقامة قبل التغيير الفعلي له

المستشفى

تأكيد الطلب

بالتوقيع أدناه، تؤكد أن:

- (أ) أن المتطلبات الواردة في المادة 63(2)(a)(ii) من القانون كما جرى تحديدها في خطة الرعاية المقترحة في الجزء 4 من هذا النموذج;
- (ب) أنك أكملت كل الوثائق ذات الصلة (وهي خطة الرعاية المقترحة، وتقرير موظف الشؤون العقلية) المرفقة بهذا الطلب؛
- (ج) أنك تقدم تقريرين للصحة العقلية كمرفقات للوثائق المطلوب تقديمها مع هذا الطلب؛
- (د) أنك أكملت الجزء المتعلق بالخلفية العرقية للمريض.

التوقيع / التاريخ

توقيع

(موظف الشؤون العقلية مقدم الطلب)

/ /

التاريخ:

يجب إرسال الطلب والوثائق المرفقة به إلى الهيئة القضائية للصحة العقلية في اسكتلندا. يجب عدم إرسال صورة من هذا الطلب

الاسم، والعنوان، ورقم الهاتف، والبريد الإلكتروني للاتصال والموجودة في السجلات الطبية

تعليمات

تاريخ استلام الطلب

استلمت الهيئة القضائية للصحة العقلية في اسكتلندا طلب باستصدار أمر علاج إجباري في التاريخ:

تفاصيل الجلسة

عُقدت جلسة للنظر في الطلب المتقدم ذكره في

التاريخ

أمام أعضاء الهيئة القضائية التالية -

مسؤول الجلسة

الطبيب

العام

عُقدت الجلسة في:

العنوان

الرمز البريدي

قبل التقرير في الطلب، منحت الهيئة القضائية للصحة العقلية في اسكتلندا الأشخاص المذكورين في المادة (6) 103 من القانون فرصة: تقديم حججهم (سواء شفهيًا أو كتابيًا)، وتوجيه الأدلة أو تقديمها. يُرجى الرجوع إلى

أدلى بشهادته	حضر الجلسة	ظل
☐	☐	المريضة
☐	☐	الشخص الذي ذكر اسمه المريض
☐	☐	وصي المريض
☐	☐	المدافع عن رفاه المريض
☐	☐	موظف الشؤون العقلية المسؤول عن المريض
☐	☐	الموظف الطبي المسؤول عن المريض
☐	☐	مقدم الرعاية الرئيسي للمريض
☐	☐	الممثل القانوني للمريض

اذكر أدناه أي أشخاص آخرين سيمثلون أمام الهيئة ولديهم مصلحة في هذا الأمر، واذكر إن كانوا حضروا الجلسة وأدلووا بشهادتهم

1

تقرير الهيئة

يمكن إصدار أمر علاج إجباري في حال استوفيت جميع الشروط التالية (كما تحددها المادة (5) 64 من القانون):

- (أ) أن المريض يعاني من اضطراب عقلي؛
- (ب) أن العلاج الطبي من المرجح أن يؤدي إلى
 (1) منع تدهور الاضطراب العقلي؛ أو
 (2) التخفيف من أي أعراض أو آثار للاضطراب، وهو متاح للمريض؛
- (ج) أن عدم توفير هذا العلاج الطبي للمريض سيكون له خطر كبير -
 (1) على صحة المريض أو سلامته أو رفاهه؛ أو
 (2) على سلامة أي شخص آخر؛
- (د) أن قدرة المريض على اتخاذ قرارات بشأن توفير هذا العلاج الطبي ضعيفة للغاية بسبب الاضطراب العقلي الذي يعاني منه؛
- (هـ) أن إصدار أمر علاج إجباري ضروري للمريض

يُرجى استيفاء الخيار الملائم

يُستوفى إن - كان أمر العلاج الإجباري سوف يُصدر

الهيئة القضائية للصحة العقلية في اسكتلندا مقتنعة بأن كل الشروط المذكورة أعلاه قد استُوفيت وتصدر أمر علاج إجباري.
 أن المريض يعاني من الاضطرابات العقلية التالية، كما هو موضح في المادة (1) 328 من القانون (ظلل كل ما ينطبق على هذا المريض)

- ☐ مرض عقلي
- ☐ اضطراب في الشخصية
- ☐ إعاقة تعلم

يُرجى الانتقال إلى الصفحة 4 لذكر التدابير المخول اتباعها

يُستوفى إن - رُفض طلب إصدار أمر علاج إجباري

☐ الهيئة القضائية للصحة العقلية في اسكتلندا غير مقتنعة بأن كل الشروط المذكورة أعلاه قد استُوفيت، وترفض طلب إصدار أمر علاج إجباري.

يُرجى الانتقال إلى قسم التوقيع/التاريخ في الصفحة 6

ملاحظات

مبادئ توجيهية للسجلات الطبية بشأن هذا التقرير

صدر أمر العلاج الإجباري

التدابير مكلف باتخاذها لمدة ستة أشهر اعتبارًا من تاريخ توقيع هذا الأمر (الصفحة 20) إذا صدر الأمر في 25 يناير 2006، فسيُتوقف العمل بالتدابير المحددة في منتصف الليل في نهاية يوم 24 يوليو 2006.

إذا كان هناك توجيه لك يخضع المريض للتحويل للعلاج، أو لدخول مستشفى للعلاج. سوف يسي العمل بأمر العلاج الإجباري من تاريخ توقف هذا التوجيه، حيث يقع هذا التاريخ في خلال 28 يومًا من إصدار هذا الأمر.

رُفض الطلب

إذا كان المريض يخضع لحجز قصير الأجل بشهادة أو بأمر مؤقت للعلاج الإجباري، فيمكن حجز المريض إلى انتهاء سريان هذه الشهادة/هذا الأمر، وهو الوقت الذي يجب إخراج المريض من المستشفى، أو يجب عمل ترتيبات أخرى لمواصلة العلاج.

الجزء 5a: التدابير الإجبارية المصرح بها

يصرح هذا الأمر، بموجب المادة (a)(4) 64 من القانون، باتخاذ التدابير التالية لمدة ستة أشهر من تاريخ هذا الأمر:

☐ (أ) حجز المريض في المستشفى المحددة التالية:	
<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></table> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"></table> المستشفى وحدة بالمستشفى (حسب الأحوال)	
☐ (ب) تقديم العلاج الطبي للمريض وفقا للجزء 16 من القانون	
☐ (ج) طلب حضور المريض في: التواريخ المحددة أو المأمور بها؛ أو في الفترات المحددة أو المأمور بها في الأماكن المحددة أو المأمور بها بهدف الحصول على علاج طبي (بما في ذلك الانتقال لهذا المكان حسب الأحوال)، كما يرد ذكره أدناه. إذا حددت الهيئة مسألة، فلا بد من ذكرها في المربع أدناه. إذا تركت الهيئة تلك المسألة لتوجيه الموظف الطبي المسؤول، يُترك المربع أدناه خاليا.	
2	
☐ (د) مطلوب من المريض الحضور: في : التواريخ المحددة أو المأمور بها؛ أو في الفترات المحددة أو المأمور بها في الأماكن المحددة أو المأمور بها بهدف الحصول على خدمات الرعاية المجتمعية أو خدمات ذات صلة أو أي خدمة أو رعاية علاجية (بما في ذلك الانتقال لهذا المكان حسب الأحوال) كما يرد ذكره أدناه. إذا حددت الهيئة مسألة، فلا بد من ذكرها في المربع أدناه. إذا تركت الهيئة تلك المسألة لتوجيه الموظف الطبي المسؤول، يُترك المربع أدناه خاليا.	
3	
☐ (هـ) مطلوب من المريض الإقامة في مكان محدد كما يرد ذكره أدناه. إذا صُرح باتخاذ هذا التدبير، فلا بد أن تكتب الهيئة القضائية في المربع أدناه عنوان المكان المحدد، ولا يمكن أن يكون ذلك العنوان "وفق توجيه الموظف الطبي المسؤول".	
4	
☐ (و) مطلوب من المريض أن يسمح لأي من الأطراف التالية زيارته في المكان الذي يقيم فيه هؤلاء الأطراف هم: ☐ موظف الشؤون العقلية المسؤول عن المريض ☐ والموظف الطبي المسؤول عن المريض ☐ وأي شخص مسؤول عن تقديم العلاج الطبي للمريض، أو خدمات الرعاية المجتمعية، أو الخدمات ذات الصلة، أو أي خدمات أخرى للرعاية أو العلاج، ويكون هذا الشخص مخولا من الموظف الطبي المسؤول عن المريض.	
☐ (ز) مطلوب من المريض أن يحصل على موافقة موظف الشؤون العقلية المسؤول عنه على أي اقتراح لتغيير مكان إقامته	
☐ (ح) مطلوب من المريض أن يخطر موظف الشؤون العقلية المسؤول عنه بأي تغيير في عنوان الإقامة قبل التغيير الفعلي له	

في حال كلف الأمر بالقيام بتدابير أخرى بخلاف حجز المريض في مستشفى، يتولى مديرو المستشفى التالي مسؤولية تعيين الموظف الطبي المسؤول.

الجزء 5b: المسألة المسجلة

يُرجى استيفاء (أ) أو (ب) حسب الأحوال

أ) ☐ ترغب الهيئة القضائية للصحة العقلية في اسكتلندا في تحديد ما يلي باعتباره مسائل مسجلة ومتضمنة في هذا الأمر:
العلاج الطبي، أو خدمات الرعاية المجتمعية، أو الخدمات ذات الصلة، أو غير من ذلك من خدمات علاج أو رعاية.

5

أو

ب) ☐ لا تحدد الهيئة أي مسائل مسجل في هذا الأمر بالعلاج الإجباري.

الجزء 5c: إفادة أولية

يُرجى استيفاء (أ) أو (ب) أو (ج) حسب الأحوال

(أ) ☐ للتأكد بقدر ما يمكن تطبيقه عمليًا، لم يقدم المريض إفادة أولية بموجب المادة S275 من القانون.

أو

(ب) ☐ للتأكد بقدر ما يمكن تطبيقه عمليًا، قدم المريض إفادة أولية ولم يسحبها، بموجب المادة S275 من القانون؛ ولا تتعارض الرعاية والعلاج الحاليين/المقترحة مع أي رغبات محددة في تلك الإفادة الأولية.

أو

(ج) ☐ قدم المريض إفادة أولية بموجب المادة S275 من القانون ولم يسحبها. وهذا الإفادة الأولية تتعارض مع الرعاية والعلاج الحاليين/المقترحين والمكلف القيام بهما في التدابير الواردة في هذا الأمر. يُرجى تسجيل ما يلي في المربع أدناه:

- تاريخ الإفادة (الإفادات) الأولية.
- تفاصيل العلاج الذي يتعارض مع الإفادة الأولية وكيف سيتعارض معها.
- إذا كان التعارض مع الإفادة الأولية يتعلق بعلاج يرغب المريض تحديدا في الحصول عليه ولم يتم ذلك، يُرجى ذكر تفاصيل ذلك.
- أسباب التكليف باتخاذ تدابير تتيح تقديم العلاج/عدم تقديمه، رغم التعارض مع الإفادة الأولية، بالإشارة إلى المبادئ الواردة في القانون.

6

إذا كان العلاج يتعارض مع الإفادة الأولية، فقد أُرسِل سجل من المعلومات أدناه إلى

- ☐ المريض
- ☐ المدافع عن رفاه المريض
- ☐ الشخص الذي ذكر اسمه المريض (حسب)
- ☐ وصي المريض
- ☐ هيئة الرفاهة العقلية (أرسلت نسخة من هذا النموذج وأي سجلات أخرى إلى المريض/أطراف أخرى)

التوقيع / التاريخ

توقيع
رئيس الهيئة

التاريخ

اليوم / الشهر / السنة

v7.0

تعليمات

لإرفاقه بطلب استصدار أمر علاج إجباري

يجب استعمال النموذج التالي:

عندما يُطلب من ممارسين عموميين اثنين إجراء فحوص طبية للمريض كجزء من عملية طلب استصدار أمر علاج إجباري.

يجب أن يُكمل ممارس طبي معتمد أحد هذه التقارير. ويجوز للطبيب العام للمريض إجراء أحد هذه الفحوص وإكمال التقرير الثاني.

لا يوجد متطلبات قانونية لاستعمال هذا النموذج، إلا أنه يوصى بشدة استعماله. هذا النموذج يُلغى الانتباه إلى بعض المتطلبات الإجرائية بموجب قانون (اسكتلندا) (الرعاية والعلاج) للصحة العقلية لعام 2003. عدم اتباع المتطلبات الإجرائية قد يسحب صلاحية التقرير.

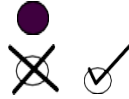
في حالة عدم استيفاء هذا النموذج إلكترونياً، يُرجى اتباع الخطوات التالية لضمان دقة المعلومات:

على سبيل المثال

تظليل الدوائر هكذا ->

ليس هكذا ->

2 5 | M A R K E T | S T |

يُرجى الكتابة داخل المربعات بالأحرف
الكبيرة والحبر الأسود أو الأزرق

في المربعات الذي يُذكر له رقم مرجعي على اليسار، يمكنك تكملة الإجابة على ورقة بيضاء إذا لم تتسع المساحة في هذا المربع. وعلى الأوراق الإضافية للإجابة يجب ذكر اسم المريض ورقم الرعاية الصحية بوضوح، وعلى كل ورقة إضافية يجب ذكر الرقم المرجعي لكل مربع مخصص.

بيانات المريض

رقم الرعاية والصحة اسم

العائلة

الاسم الأول (الأسماء

الأولى) / أسماء أخرى /

معروف باسم

"أسماء أخرى/ معروف بها المريض قد تتضمن أي اسم/ اسم شهرة يفضل المريض أن يُعرف به

اللقب

تاريخ الميلاد

اليوم/الشهر/السنة

بيانات الممارس الطبي

ملاحظة: يتعين على كلا الممارسين الطبيين إكمال تقرير منفصل للصحة العقلية في حال إجراء فحص مشترك.

اسم العائلة

الاسم الأول

اللقب العنوان

العنوان

الرمز البريدي رقم الهاتف

البريد الإلكتروني



بيانات الممارس الطبي (تكملة)

نُرجی استيفاء (أ) أو (ب) حسب الأحوال

(أ) ○ أنا، الممارس الطبي المذكور اسمه في الصفحة الأولى، معتمد بموجب المادة 22 من القانون من قبل

الهيئة الصحية هيئة الصحة الوطنية

حيث إنى أملك الخبرات الخاصة والمؤهلات وتدرت فى مجال تشخيص الاضطراب العقلى وعلاجه.

رقمی لدى المجلس الطبى العام هو:

أُو

(ب) ○ أنا ممارس طبي عام

يُرْجى ذكر مدى جودة معرفتك بالمرض

1

تفصيل الفحص

○أشهد بأنه لا يوجد أي تعارض للمصالح كما تحددها القوانين

أُجريت فحوصًا للمريض في:

اليوم / الشهر / السنة

يُرجى استيفاء (أ) أو (ب) حسب الأحوال

○ وهو فحص منفصل عما قدمه الممارس الطبي الآخر في تقرير الصحة العقلية

(ب) وهو فحص مشترك مع:

سوال

الممارس، الطي، الآخر

ووافق المريض على إجراء فحص مشترك، أو

حيث إن المريض ليس لديه الأهلية العقلية للموافقة على إجراء فحص مشترك، فقد أعطى الموافقة على هذا الفحص المشترك قبل إجرائه:

الشخص الذي ذكر اسمه المريض باعتباره الشخص المعين بموجب المواد من 250 إلى 253 من القانون؛

(2) الوصي (انظر إلى الملاحظات) المخول له إعطاء الموافقة بموجب قانون 2000؛

30 المدافع عن رفاه المريض (انظر إلى الملاحظات) المخول له إعطاء الموافقة بموجب قانون 2000؛

اسم

الشخص، الذي أعطى الموافقة

ملاحظات

"الوصي" يقصد به الشخص المعين وصيًا بموجب قانون (اسكتلندا) للأشخاص البالغين ذوي الإعاقات العقلية لعام 2000 (دعم الأشخاص البالغين وحمايتهم 4) الذي لديه صلاحيات بموجب المادة (a)(64/1) أو (b) فيما يتعلق برافاه الشخص المعني، لإعطاء الموافقة.

"المدافع عن الرفاهة" يُقصد به الشخص المخول بموجب توكيل للرفاهة صادر وفق المادة 16 من قانون (اسكتلندا) للأشخاص البالغين ذوي الإعاقات العقلية لعام 2000



أنا مقتنع بأن العلاج الطبي متوفر ومن المرجح أن يمنع تدهور الاضطراب العقلي أو التخفيف من أي أعراض أو آثار مرتبطة به. يُرجى ذكر احتياجات المريض من العلاج الطبي للاضطراب العقلي أدناه؛ العلاج الطبي المقترح الذي سيلبي تلك الاحتياجات ومن سيقدم ذلك العلاج. **ملاحظة:** يتضمن العلاج الطبي التمريض، والرعاية، والتدخل النفسي، والتأهيل وإعادة التأهيل (بما في ذلك التعليم والتدريب في العمل، والمهارات الاجتماعية والمعيشية المستقلة) إلى جانب التدخلات الصيدلانية.

5

أنا مقتنع للأسباب الوارد ذكرها أدناه بأن قدرة المريض على اتخاذ قرارات بشأن توفير هذا العلاج الطبي ضعيفة للغاية بسبب الاضطراب العقلي الذي يعاني منه؛
أنا مقتنع بأن إصدار أمر علاج إجباري هو ضروري للأسباب الوارد ذكرها أدناه: مثلاً، يُرجى توضيح سبب عدم إمكانية علاج المريض على أساس طوعي
في رأيي أن التدابير الإجبارية التالية يجب أن يكلف أمر العلاج الإجباري باتخاذها
ظلل حسب الأحوال

6

التدابير الإجبارية المقترحة

(أ) حجز المريض في مستشفى معيّن	☐
(ب) تقديم العلاج الطبي للمريض وفقاً للجزء 16 من القانون	☐
(ج) طلب حضور المريض في : التواريخ المحددة أو المأمور بها؛ أو في الفترات المحددة أو المأمور بها في الأماكن المحددة أو المأمور بها بهدف الحصول على علاج طبي	☐
(د) مطلوب من المريض الحضور في : التواريخ المحددة أو المأمور بها؛ أو في الفترات المحددة أو المأمور بها في الأماكن المحددة أو المأمور بها بهدف الحصول على خدمات الرعاية المجتمعية أو خدمات ذات صلة أو أي خدمة أو رعاية علاجية	☐
(هـ) مطلوب من المريض الإقامة في مكان محدد كما يرد ذكره أدناه	☐

على الممارس الطبي إكمال هذا الجزء

(و) مطلوب من المريض أن يسمح لأي من الأطراف التالية زيارته في المكان الذي يقيم فيه هؤلاء الأطراف هم: موظف الشؤون العقلية أو الموظف الطبي المسؤول عن المريض، أو أي شخص آخر مسؤول عن تقديم العلاج الطبي أو خدمات الرعاية المجتمعية أو الخدمات ذات الصلة أو أي علاج أو رعاية أو خدمة إلى المريض، ويكون مكلف من الموظف الطبي المسؤول عن المريض بزيارته في البيت لهذا الغرض	☐
(ز) مطلوب من المريض أن يحصل على موافقة موظف الشؤون العقلية المسؤول عنه على أي اقتراح لتغيير عنوانه	☐
(ح) مطلوب من المريض أن يخطر موظف الشؤون العقلية المسؤول عنه بأي تغيير في العنوان قبل التغيير الفعلي له	☐

ملاحظة: من أجل السير في إجراءات طلب استصدار أمر علاج إجباري، يجب أن يحدد هذا التقرير للصحة العقلية نفس التدابير الإجبارية التي يحددها تقرير الصحة العقلية الآخر.

ملاحظة للمريض

هذا القسم يجب إكماله فقط إذا كان هناك ممارس طبي معتمد يكمل هذا النموذج. في حالة وجود ممارسين طبيين عموميين اثنين يقدمان تقرير الصحة العقلية، من الأفضل عملياً أن يكمل الموظف الطبي المسؤول عن المريض هذا القسم.

أنا مقتنع بأن (ظلل حسب الأحوال)

☐ الإخطار بطلب استصدار أمر علاج إجباري يجب أن يقدمه موظف الشؤون العقلية إلى المريض بموجب المادة (60(1)(a) من القانون

أو

☐ الإخطار بطلب استصدار أمر علاج إجباري يجب ألا يقدمه موظف الشؤون العقلية إلى المريض بموجب المادة (60(1)(a) من القانون؛ حيث من المرجح، في رأيي، أن يتسبب إعطاؤه هذا الإخطار في ضرر جسيم للمريض أو لشخص آخر

9

☐ المريض مؤهل عقلياً لإعطاء تعليمات لمحام فيما يتعلق بالطلب، بموجب المادة 63 من هذا القانون

أو

☐ المريض غير مؤهل عقلياً لإعطاء تعليمات لمحام فيما يتعلق بالطلب، بموجب المادة 63 من هذا القانون

7

معلومات أخرى ذات صلة

8

التوقيع / التاريخ

يُرجى شرح أسباب خروجك بهذه الاستنتاجات:

التوقيع

		/							
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

التاريخ

اليوم / الشهر / السنة

ملاحظات

بموجب المادة 58 من القانون، يتعين إكمال الفحص الأخير من الفحصين الطبيين في مدة لا تتجاوز خمسة أيام بعد أداء الفحص الأول

يُطلب من موظف الشؤون العقلية، بموجب المادة (57(7) من القانون تقديم الطلب لاستصدار أمر علاج إجباري في غضون 14 يوماً من إجراء الفحص الطبي الثاني.
صفحة 9 من 9
أمر علاج

