

Niniejsze pole jest wyłącznie do użytku Szkockiego Trybunału ds. Zdrowia Psychicznego (Mental Health Tribunal for Scotland)

Instrukcje

v7.1

Z niniejszego druku korzysta:

Pracownik socjalny ds. zdrowia psychicznego (MHO) przy składaniu wniosku do Szkockiego Trybunału ds. Zdrowia Psychicznego o wydanie nakazu przymusowego leczenia.

Wykorzystanie niniejszego druku nie jest obowiązkiem prawnym, lecz jest to bardzo zalecane. Niniejszy formularz zwraca uwagę na niektóre wymogi proceduralne, o których przewiduje Ustawa (Szkocji) z 2003 r. o zdrowiu psychicznym (opieka i leczenie). Niewywiązanie się z tych proceduralnych wymogów może unieważnić wniosek.

W przypadku niewypełniania druku w formie elektronicznej, w celu dopilnowania dokładności informacji należy przestrzegać następujących konwencji:

Prosimy o wyraźne wpisywanie w polach DRUKOWANYMI LITERAMI używając CZARNEGO lub NIEBIESKIEGO tuszu

Na przykład

Prosimy zamazywać okręgi jak obok ->

Prosimy ich nie zaznaczać tak ->

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



Jeżeli po lewej stronie pola tekstowego podany jest numer referencyjny i jeśli nie zawiera ono wystarczającego miejsca na odpowiedź, można ją rozszerzyć na zwykłym arkuszu papieru, który należy wyraźnie oznaczyć imieniem i nazwiskiem pacjenta oraz jego numerem CHL. Każdą rozszerzoną odpowiedź należy oznaczyć odpowiednim numerem referencyjnym znajdującym się przy danym polu i załączyć na koniec wniosku.

PROSIMY NIE ROBIĆ DODATKOWYCH KOPII STRON FORMULARZA - powoduje to problemy przy skanowaniu w Komisji ds. Zdrowia Psychicznego (Mental Welfare Commission).

Dane pacjenta

Numer CHI

[illegible]

Nazwisko

[illegible]

Imię/imiona

[illegible]

Inne / znany/-a jako

[illegible]

„Inne / znany/-a jako” oznacza wszelkie imiona/pseudonimy, których używanie preferuje pacjent w celu zwracania się do niego.

Pan(i)

[illegible]

Płeć

☐ Mężczyzna ☐ Kobieta ☐ Woli nie mówić ☐ Nie figuruje

Data urodzenia

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Jeśli nie figuruje, sprecyzuj

Adres domowy
pacjenta

[illegible]

Kod pocztowy

--	--	--	--	--	--	--

<< Wstawić NF1 1AB, jeśli nie ma stałego miejsca zamieszkania

Adres korespondencyjny pacjenta to:

- ☐ Adres domowy podany powyżej
- ☐ Szpital/oddział zatrzymania (wpisać w polu)
- ☐ Inny adres (wpisać w polu)

Znak sprawy Ośrodka
Pomocy Społecznej (jeśli
dotyczy)

[illegible]

Wypełnia pracownik socjalny ds. zdrowia psychicznego (MHO)

[illegible][illegible]

Pan(i)								Nr w Naczelnej Izbie Lekarskiej (GMC)						
--------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--

Szpital

[illegible]

Kod pocztowy							
--------------	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

Adres e-mail

Zatwierdzony na podstawie art. 22 Ustawy przez:

[illegible]

☐ Pacjent nie posiada wyznaczonego opiekuna państwowego

☐ Pacjent posiada wyznaczonego opiekuna państwowego - dane poniżej

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Adres e-mail:

CZĘŚĆ 1 - Dane kontaktowe

Wypełnia pracownik socjalny ds. zdrowia psychicznego (MHO)

Główny opiekun, pracownik usług rzecznictwa, pełnomocnik ds. dobrostanu, opiekun prawny ds. dobrostanu

Jeśli znane, podać imiona, w tym drugie, nazwiska, adresy, numery telefonu oraz adresy e-mail.

Główny opiekun pacjenta (jeśli takiego ma)

W stosownych przypadkach pracownik usług rzecznictwa pacjenta

W stosownych przypadkach pełnomocnik ds. dobrostanu pacjenta (patrz uwagi)

W stosownych przypadkach opiekun prawny ds. dobrostanu pacjenta (patrz uwagi)

Uwagi „Pełnomocnik ds. dobrostanu” oznacza osobę umocowaną na mocy pełnomocnictwa w sprawach dobrostanu udzielonego na podstawie art. 16 Ustawy (Szkocji) z 2000 r. o ubezwłasnowolnionych dorosłych (akt Parlamentu Szkocji 4) oraz zarejestrowanego na podstawie art. 19 tej Ustawy, w celu występowania w takim charakterze.

„Opiekun prawny” oznacza osobę ustanowioną w charakterze opiekuna prawnego na podstawie Ustawy (Szkocji) z 2000 r. o ubezwłasnowolnionych dorosłych (akt Parlamentu Szkocji 4), która posiada w związku z dobrostanem osobistym określonej osoby uprawnienia na mocy art. 64 ust. 1 lit. a lub lit. b tej Ustawy.

Detale danych kontaktowych innych istotnych dla Wniosku osób

Podać imiona i nazwiska oraz adresy (w tym numery telefonu oraz adresy e-mail) innych osób, które mogą być istotne dla niniejszego wniosku i dane których nie zostały podane w innych częściach niniejszego formularza lub opiniach psychiatrycznych, i od których Szkocki Trybunał ds. Zdrowia Psychicznego może pragnąć usłyszeć zeznania, na przykład: lekarza rodzinnego pacjenta. Podać należy również dane wszelkich innych osób, które powinny zostać zaproszone na posiedzenie.

Kurator procesowy

Jeśli uważasz, że pacjent potrzebuje kuratora procesowego, prosimy zaznaczyć to tutaj i uzasadnić.

Zawiadomienie

Pragnę potwierdzić, że o zamiarze złożenia wniosku o wydanie nakazu przymusowego leczenia po pojawieniu się obowiązku jego złożenia następujące strony zawiadomiłem/-am tak szybko, jak było to praktycznie możliwe:

Zaznaczyć odpowiedni podpunkt

- ☐ Pacjent
- ☐ Wyznaczony państwowy opiekun pacjenta
- ☐ Komisja ds. Dobrostanu Psychicznego
- ☐ Ministrowie Szkocji (jeżeli pacjent podlega poleceniu przeniesienia w celu leczenia lub poleceniu szpitala)

Uwaga: jeżeli opinia psychiatryczna (formularz CTO 2) zatwierdzonego lekarza specjalisty (AMP) mówi, że NIE należy zawiadamiać pacjenta zgodnie z upoważnieniem z art. 57 ust. 5 lit. C pkt. i Ustawy, w takiej sytuacji nie trzeba go przekazywać pacjentowi, o ile pracownik socjalny ds. zdrowia psychicznego nie uzna tego za odpowiednie.

Wszystkie powyższe strony zostały zawiadomione przed: Data:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zawiadamianie Komisji ds. Dobrostanu Psychicznego: Jako zawiadomienie NIE należy wysyłać kopii wniosku. Wystarczające w tym celu jest wysłanie kopii pisma wysłanego do pacjenta.

OPINIA PRACOWNIKA SOCJALNEGO DS. ZDROWIA PSYCHICZNEGO (MHO)

zgodnie z wymogiem art. 61 Ustawy

Wymogi na podstawie art. 61 ust. 2

Zastosowałem/-am się do wymogów z art. 61 ust. 2 Ustawy i:

Zaznaczyć odpowiedni podpunkt w celu potwierdzenia

- ☐ a) odbyłem/-am z pacjentem rozmowę, jeśli było to wykonalne;
- ☐ b) poinformowałem/-am pacjenta o jego prawach w związku z wnioskiem;
- ☐ c) poinformowałem/-am pacjenta o możliwości skorzystania z usług niezależnego rzecznictwa;
- ☐ d) podjęłem/-am odpowiednie kroki, aby dopilnować, że pacjent ma możliwość skorzystania z tych usług; oraz
- ☐ e) poinformowałem/-am pacjent o zamiarze złożenia wniosku.

Jeśli rozmowa z pacjentem nie była możliwa, wyjaśnij, dlaczego nie było to wykonalne.

1

Podaj podjęte kroki w celu wywiązania się z powyższych podpunktów a) - e)

2



Detale sytuacji życiowej pacjenta

Podaj detale sytuacji życiowej pacjenta w zakresie, w jakim jest to istotne dla niniejszego wniosku.

3

Poglądy pracownika socjalnego ds. zdrowia psychicznego (MHO) na temat opinii psychiatrycznych

Podaj swoje poglądy na temat dwóch opinii psychiatrycznych, które składasz w ramach niniejszego wniosku.

Uwaga: Obejmuje to poglądy na temat treści opinii psychiatrycznych w związku z art. 57 ust. 4 lit. a, lit. b i lit. e Ustawy, jak również wszystkich innych istotnych aspektów opinii (na przykład czy opinie lekarskie wyraźnie spełniają wymogi prawne; czy są jakiegokolwiek problemy w związku z opiniami)

Poglądy na temat opinii zatwierdzonego lekarza

4

Poglądy na temat opinii drugiego lekarza

5

Oświadczenie woli*Wypełnić A lub B, stosownie do przypadku***A** ☐ O ile mi wiadomo, pacjent złożył oświadczenie woli składane na podstawie art. 275 Ustawy i jego nie wycofał.

Kopia oświadczenia woli powinna zostać w odpowiednich przypadkach załączona do niniejszego wniosku. Jeśli załączenie kopii oświadczenia woli nie jest możliwe, poniżej opisz jego treść. Podaj również datę tego oświadczenia woli.

6**LUB****B** ☐ O ile mi wiadomo, pacjent nie złożył oświadczenia woli składanego na podstawie Ustawy.**Pozostałe istotne informacje**

Podaj wszelkie inne informacje ze swojej oceny, rozmowy/rozmów oraz konsultacji, które uważasz, że będą istotne dla Szkockiego Trybunału ds. Zdrowia Psychicznego przy rozpoznawaniu przez niego niniejszego wniosku, i które nie zostały podane w innych częściach niniejszych dokumentów.

7

PROPOŃOWANY PLAN OPIEKI

zgodnie z wymogiem art. 62 Ustawy

Część 3a: Wstęp

Pragnę potwierdzić, że przed opracowaniem niniejszego planu opieki skonsultowałem/-am się z lekarzami, którzy złożyli opinie psychiatryczne odnośnie pacjenta (patrz uwagi poniżej), jak również tymi osobami, które wydają się zapewniać pacjentowi

- ☐ i) leczenie w związku z jego zdrowiem psychicznym
- ☐ ii) usługi opieki środowiskowej lub inne stosowne usługi
- ☐ iii) inne leczenie, opiekę lub usługi

rodzaju proponowanego w niniejszym proponowanym planie opieki.

Jeśli skonsultowanie się z jakąkolwiek wyżej określoną osobą nie było możliwe, wyjaśnij, dlaczego:

8

Niniejszym potwierdzam, że przed opracowaniem niniejszego proponowanego planu opieki skonsultowałem/-am się z innymi osobami, które uważam za odpowiednie. Tymi osobami są:

9

Rozumiem, że pacjent choruje na następujące rodzaje zaburzeń psychicznych określonych w paragrafach od a) do c) art. 328 ust. 1 Ustawy:

Główny kod według międzynarodowej kwalifikacji chorób ICD-11										
Choroba psychiczna	☐ Tak	☐ Nie								Wpisać główny kod rozpoznania ICD 11 dla każdego obecnego zaburzenia. Kliknij tutaj, aby skorzystać z narzędzia kodującego ICD-11
Zaburzenie osobowości	☐ Tak	☐ Nie								
Upośledzenie intelektualne	☐ Tak	☐ Nie								

UWAGI/

Na podstawie art. 58 Ustawy drugie z dwóch badań lekarskich musi zostać wykonane nie później niż 5 dni po pierwszym, a pracownik socjalny ds. zdrowia psychicznego, na podstawie art. 57 ust. 7 Ustawy, zobowiązany jest złożyć wniosek o nakaz przymusowego leczenia w ciągu 14 dni od wykonania drugiego badania lekarskiego.

Aby wniosek o wydanie nakazu przymusowego leczenia mógł zostać rozpoznany, dwie opinie psychiatryczne muszą określać te same środki przymusowe

Część 3a(1): Potrzeby pacjenta

Jakie są potrzeby pacjenta w zakresie wszelkich ocen przeprowadzanych na podstawie art. 23 ust. 3 Ustawy (Szkocji) z 1995 r. o nieletnich, w którym to przypadku pacjentem jest nieletni, lub art. 12A ust. 1 lit. a Ustawy (Szkocji) z 1968 r. o Ośrodku Pomocy Społecznej (tj. oceny opieki środowiskowej)

10

Część 3a(2): Wymagane interwencje w celu zaspokojenia potrzeb pacjenta

3a(2)(a) Wymagane w odniesieniu do opinii psychiatrycznych i określone w art. 329 ust. 1 Ustawy formy i cele leczenia psychiatrycznego, aby zaspokoić stwierdzone w tych opiniach potrzeby pacjenta.

Tryb PRZYMUSOWY

11

Tryb DOBROWOLNY

12

3a(2)(b) Usługi opieki środowiskowej, inne stosowne usługi oraz inne formy opieki i leczenia i usług oraz ich cele, jakie należy zapewnić pacjentowi, aby zaspokoić każdą z ustalonych i innych potrzeb pacjenta w trybie

PRZYMUSOWYM

13

DOBROWOLNYM

14

Część 3a(3): Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie środków interwencji, jakie są wymagane, aby zaspokoić te potrzeby

3a(3)(a) Podmioty odpowiedzialne za zapewnianie leczenia opisanego w punkcie 3a(2)(a) (w tym imiona i nazwiska osób zapewniających leczenie oraz adres miejsca, gdzie to leczenie będzie zapewniane).

15

3a(3)(b) Podmioty świadczące usługi z punktu 3a(2)(b), w tym imiona i nazwiska osób świadczących te usługi, adres(y) miejsc(a) leczenia oraz nazwa i adres szpitala, w którym pacjent będzie zatrzymany. W przypadku autoryzowania innych środków niż zatrzymanie prosimy podać nazwę szpitala odpowiedzialnego za wyznaczenie lekarza prowadzącego.

16

Część 3b: Dowody na poparcie propozycji

Niniejsza część daje możliwość wyjaśnienia, jak/dlaczego autor doszedł do wniosków opisanych w Części 3a niniejszego proponowanego planu opieki (patrz uwaga w stopce strony).

W jaki sposób propozycje opisane w części 3a niniejszego proponowanego planu opieki są zgodne z zasadami postanowień określonych w artykułach od 1 do 3 Ustawy.

17

Rozważane alternatywne rozwiązania do tych określonych w częściach 3a(2) oraz 3a(3). Dlaczego rozwiązania te uznano za niewykonalne lub niepraktyczne.

18

Plan awaryjny w przypadku nieskuteczności rozwiązań określonych w częściach 3a(2) oraz 3a(3)

19

Uwaga:

Informacje, o które prosi się w Części 3b, mimo że nie są ustawowe, ważne są w celu udzielenia Szkockiemu Trybunałowi ds. Zdrowia Psychicznego pomocy w wydaniu nakazu z art. 64 i art. 66 Ustawy.

Część 3b: Dowody (ciąg dalszy)

Zakres, w jakim proponowany plan opieki odzwierciedla życzenia pacjenta wyrażone w jakimkolwiek oświadczeniu woli lub gdziekolwiek. Jeśli życzenia te nie zostały uwzględnione, prosimy podać powody, dlaczego.

20

Osoby, z którymi się skonsultowano w ramach opracowywania proponowanego planu opieki. Zakres, w jakim poglądy tych osób zostały odzwierciedlone w proponowanym planie opieki.

21

Uwzględnienie problemów związanych z zagrożeniem (dla pacjenta lub dla innych) w ocenie pacjenta oraz przy opracowywaniu niniejszego proponowanego planu opieki.

22

WNIOSEK O WYDANIE NAKAZU PRZYMUSOWEGO LECZENIA

Proponowane środki przymusowe

W świetle opinii psychiatrycznych, opinii pracownika socjalnego ds. zdrowia psychicznego (MHO) (część 2) oraz proponowanego planu opieki (część 3) zaleca się, aby nakaz przymusowego leczenia autoryzował zastosowanie następujących środków.

W odpowiednich polach prosimy wstawić dalsze informacje (jeśli są znane w czasie składania wniosku)

☐	(a) Zatrzymanie pacjenta w następującym szpitalu
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; margin-top: -1px;"></table>	
☐	(b) leczenie pacjenta zgodnie z Rozdziałem 16 Ustawy
☐	(c) zobowiązanie pacjenta do stawienia się / stawiania się: określonego lub wymaganego dnia, lub w określonych lub wymaganych odstępach czasu, w określone lub wymagane miejsca w celu poddania się лечению (w tym, w odpowiednich przypadkach, do związanej z tym podróży), zgodnie z tym, co następuje:
23	
☐	(d) zobowiązanie pacjenta do stawienia się / stawiania się: określonego lub wymaganego dnia, lub w określonych lub wymaganych odstępach czasu, w określone lub wymagane miejsca, aby można było zapewnić mu usługi opieki środowiskowej, stosowne usługi lub wszelki inny rodzaj leczenia, opieki lub usługi (w tym, w odpowiednich przypadkach, do związanej z tym podróży), zgodnie z tym, co następuje:
24	
☐	(e) zobowiązanie pacjenta do zamieszkiwania w określonym miejscu (podanym poniżej)
25	
☐	(f) zobowiązanie pacjenta do umożliwiania następującym osobom przeprowadzania wizyt w miejscu jego zamieszkania. Tymi osobami są: ☐ pracownik socjalny ds. zdrowia psychicznego (MHO) pacjenta ☐ lekarz prowadzący (RMO) pacjenta ☐ wszelkie inne osoby odpowiedzialne za zapewnianie pacjentowi leczenia, usług opieki środowiskowej stosownych usług lub wszelkiego innego rodzaju leczenia, opieki i usług, które zostały w tym celu upoważnione przez lekarza prowadzącego pacjenta
☐	(g) zobowiązanie pacjenta do uzyskania pozwolenia pracownika socjalnego ds. zdrowia psychicznego na proponowaną przeprowadzkę
☐	(h) zobowiązanie pacjenta do informowania pracownika ds. zdrowia psychicznego o zmianie adresu przed przeprowadzką

Jeżeli nakaz autoryzuje inne środki niż zatrzymanie pacjenta w szpitalu, za ustanowienie lekarza prowadzącego pacjenta zobowiązane będzie kierownictwo następującego szpitala.

[illegible]

CZĘŚĆ 4 (Ciąg dalszy)**Wypełnia pracownik socjalny ds. zdrowia psychicznego (MHO)****Potwierdzenie wniosku*****Składając poniżej swój podpis, potwierdzasz, że:***

- a) w proponowanym planie opieki w części 4 niniejszego formularza określone zostały wymogi z art. 63 ust. 2 lit. a pkt ii Ustawy;
- b) wypełniłeś/-aś wszystkie stosowne dokumenty (tj. proponowany plan opieki i opinię pracownika socjalnego ds. zdrowia psychicznego (MHO)) załączone do niniejszego wniosku;
- c) składasz dwie opinie psychiatryczne jako załączniki do niniejszego wniosku;
- d) wypełniłeś część dotyczącą pochodzenia etnicznego pacjenta.

Podpis / Data

Podpis
(składającego wniosek pracownika
socjalnego ds. zdrowia psychicznego)

--

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wniosek i załączone do niego dokumenty należy wysłać do Szkockiego Trybunału ds. Zdrowia Psychicznego

Kopii niniejszego wniosku NIE należy wysyłać do Komisji ds. Zdrowia Psychicznego

Imię i nazwisko, adres, numer telefonu i adres e-mail osoby kontaktowej Wydziału Akt Medycznych

--

Niniejsze pole jest wyłącznie do użytku Szkockiego Trybunału ds. Zdrowia Psychicznego (Mental Health Tribunal for Scotland)

Instrukcje

v7.1

Z niniejszego druku korzysta:

Szkocki Trybunał ds. Zdrowia Psychicznego w celu zaprotokołowania orzeczenia w sprawie rozpoznania wniosku pracownika socjalnego ds. zdrowia psychicznego (MHO) na podstawie art. 63 Ustawy.

Wykorzystanie niniejszego druku nie jest obowiązkiem prawnym, lecz jest to bardzo zalecane. Niniejszy formularz zwraca uwagę na niektóre wymogi proceduralne, o których przewiduje Ustawa (Szkocji) z 2003 r. o zdrowiu psychicznym (opieka i leczenie). Niewywiązanie się z tych proceduralnych wymogów może unieważnić wniosek.

W przypadku niewypełniania druku w formie elektronicznej, w celu dopilnowania dokładności informacji należy przestrzegać następujących konwencji:

*Prosimy o wyraźne wpisywanie w
polach DRUKOWANYMI
LITERAMI
używając CZARNEGO lub
NIEBIEJSKIEGO tuszu*

Na przykład

Prosimy zamazywać okręgi jak obok ->

Prosimy ich nie zaznaczać tak ->



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

Jeżeli po lewej stronie pola tekstowego podany jest numer referencyjny i jeśli nie zawiera ono wystarczającego miejsca na odpowiedź, można ją rozszerzyć na zwykłym arkuszu papieru, który należy wyraźnie oznaczyć imieniem i nazwiskiem pacjenta oraz jego numerem CHI. Każdą rozszerzoną odpowiedź należy oznaczyć odpowiednim numerem referencyjnym znajdującym się przy danym polu i załączyć na koniec wniosku.

PROSIMY NIE ROBIĆ DODATKOWYCH KOPII STRON FORMULARZA - powoduje to problemy przy skanowaniu w Komisji ds. Zdrowia Psychicznego (Mental Welfare Commission).

Dane pacjenta

Numer CHI

[illegible]

Nazwisko

[illegible]

Imie/imiona

[illegible]

Inne / znany/-a jako

[illegible]

„Inne / znany/-a jako” oznacza wszelkie imiona/pseudonimy, których używanie preferuje pacjent w celu zwracania się do niego.

Pan(i)

[illegible]

Płeć

☐ Mężczyzna ☐ Kobieta ☐ Woli nie mówić ☐ Nie figuruje

Data urodzenia
dd / mm / rrrr

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

Jeśli nie figuruje, sprecyzuj

a ☐ Woll nie mowic ☐ Nie figuruje

Adres domowy
pacjenta

[illegible]

Kod pocztowy

--	--	--	--	--	--	--

<< Wstawić NF1 1AB, jeśli nie ma stałego miejsca zamieszkania



Wypełnia Szkocki Trybunał ds. Zdrowia Psychicznego

Szkocki Trybunał ds. Zdrowia Psychicznego wniosek o wydanie nakazu przymusowego leczenia wydał w dniu

Data			/		/				
------	--	--	---	--	---	--	--	--	--

Posiedzenie w celu rozpoznania powyższego wniosku odbyło się w dniu

Data		/		/			
------	--	---	--	---	--	--	--

Zwołujący zebranie

Lekarz

--

Funkcja ogólna

Adres

[illegible]

Kod pocztowy

--	--	--	--	--	--	--

Przed rozpoznaniem wniosku Szkocki Trybunał ds. Zdrowia Psychicznego dał osobom, o którym mowa w art. 103 ust. 6 Ustawy, możliwość: przedstawienia swojego stanowiska w sprawie (ustnie lub pisemnie) oraz prowadzenia lub przedstawienia dowodów. Prosimy zaznaczyć.

	Obecny na posiedzeniu	Złożył zeznania
Pacjent	☐	☐
Wyznaczony państwowy opiekun pacjenta	☐	☐
Opiekun prawny pacjenta	☐	☐
Pełnomocnik ds. dobrostanu pacjenta	☐	☐
Pracownik socjalny ds. zdrowia psychicznego pacjenta (MHO)	☐	☐
Lekarz prowadzący pacjenta (RMO)	☐	☐
Główny opiekun pacjenta	☐	☐
Kurator procesowy	☐	☐

Poniżej wymienić wszelkie inne osoby, które według Trybunału mają interes w sprawie, i wskazać, czy uczestniczyły w posiedzeniu i czy złożyły zeznania

1

- ☐ Przez rozpoznaniem wniosku Szkocki Trybunał ds. Zdrowia Psychicznego wydał zawiadomienie zgodnie z wymogiem z art. 64 ust. 7 Ustawy.



CZĘŚĆ 5: NAKAZ PRZYMUSOWEGO LECZENIA (ciąg dalszy)

Wypełnia Szkowski Trybunał ds. Zdrowia Psychicznego

Orzeczenie Trybunału

Nakaz przymusowego leczenia może zostać wydany, jeżeli spełnione zostały WSZYSTKIE poniższe warunki (określone w art. 64 ust. 5 Ustawy):

- (a) pacjent choruje na chorobę psychiczną;
- (b) dla pacjenta dostępne jest leczenie, które może:
 - (i) zapobiec pogorszeniu się zaburzenia psychicznego; lub
 - (ii) złagodzić wszelkie objawy lub skutki zaburzenia;
- (c) jeżeli pacjentowi nie zapewni się takiego leczenia, będzie to poważnie zagrażało:
 - (i) zdrowiu, bezpieczeństwu i dobrostanowi pacjenta; lub
 - (ii) bezpieczeństwu jakiegokolwiek innej osoby;
- (d) z powodu zaburzenia psychicznego zdolność podejmowania decyzji przez pacjenta w związku z zapewnieniem takiego leczenia jest poważnie upośledzona;
- (e) wydanie nakazu przymusowego leczenia wobec pacjenta jest konieczne

Wypełnić odpowiednią opcję**wypełnić w przypadku - WYDAWANIA NAKAZU PRZYMUSOWEGO LECZENIA**

Szkocki Trybunał ds. Zdrowia Psychicznego przekonany jest, że wszystkie powyższe warunki zostały spełnione i wydaje nakaz przymusowego leczenia.

Pacjent choruje na następujące zaburzenie/-a psychiczne określone w art. 328 ust. 1 Ustawy
(**zaznaczyć WSZYSTKIE możliwe odpowiedzi odnoszące się do tego pacjenta**)

- ☐ choroba psychiczna
- ☐ zaburzenie osobowości
- ☐ niepełnosprawność intelektualna

Proszę przejść do strony 4 i wyszczególnić autoryzowane środki

wypełnić w przypadku - ODDALENIA WNIOSKU O NAKAZ PRZYMUSOWEGO LECZENIA

- ☐ Szkowski Trybunał ds. Zdrowia Psychicznego NIE jest przekonany, że wszystkie powyższe warunki zostały spełnione, i odda wniosek o nakaz przymusowego leczenia.

Przejdź do podpisu / daty na stronie 6

Uwaga

WYTYCZNE DO AKT MEDYCZNYCH DOTYCZĄCE NINIEJSZEGO ORZECZENIA**Wydano nakaz przymusowego leczenia**

Środki autoryzowano na okres 6 miesięcy z dniem złożenia podpisu na niniejszym nakazie (strona 20). W przypadku wydania nakazu w dniu 25 stycznia 2006 r. przestanie on autoryzować określone środki o północy z końcem 24 lipca 2006 r.

Jeżeli pacjent podlega poleceniu przeniesienia w celu leczenia lub poleceniu szpitala, nakaz przymusowego leczenia zacznie obowiązywać z dniem przestania obowiązywania tego polecenia, jeżeli data ta jest w ciągu 28 dni od wydania niniejszego nakazu.

Oddalenie wniosku

Jeżeli pacjent podlega zaświadczeniu o krótkoterminowym zatrzymaniu lub tymczasowemu nakazowi przymusowego leczenia, może zostać on wtedy zatrzymany do czasu wygaśnięcia stosownego zaświadczenia/nakazu, w którym to momencie pacjent musi zostać wypisany lub należy podjąć inne czynności w celu kontynuowania leczenia.

Na podstawie art. 64 ust. 4 lit. a niniejszy nakaz autoryzuje następujące środki na okres 6 miesięcy od daty niniejszego nakazu:

- [illegible]

- (c) zobowiązanie pacjenta do stawienia się / stawiania się: określonego lub wymaganego dnia, lub w określonych lub wymaganych odstępach czasu, w określone lub wymagane miejsca w celu poddania się leczeniu (w tym, w odpowiednich przypadkach, do związanej z tym podróży), zgodnie z tym, co następuje: Jeżeli Trybunał ustali kwestię szczegółową, należy ją wpisać w poniższym polu. Jeżeli Trybunał pozostawi kwestię do ustalenia przez lekarza prowadzącego (RMO), poniższe pole należy zostawić puste.

- 3

[illegible]

- 4

--

- ☐ pracownik socjalny ds. zdrowia psychicznego (MHO) pacjenta ☐ lekarz prowadzący (RMO) pacjenta
- ☐ wszelkie inne osoby odpowiedzialne za zapewnianie pacjentowi leczenia, usług opieki środowiskowej, stosownych usług lub wszelkiego innego rodzaju leczenia, opieki i usług, które zostały w tym celu upoważnione przez lekarza prowadzącego pacjenta (RMO)

- ☐ (h) zobowiązanie pacjenta do informowania pracownika ds. zdrowia psychicznego (MHO) o zmianie adresu przed przeprowadzką

[illegible]

Część 5b: Zaprotokołowane sprawy

Wypełnić A lub B, stosownie do przypadku

- A** ☐ Szkocki Trybunał ds. Zdrowia Psychicznego pragnie określić jako zaprotokołowane w niniejszym nakazie sprawy następujące leczenie, usługi opieki środowiskowej, stosowne usługi oraz innego rodzaju leczenie, opiekę i usługi.

5

LUB

- B** ☐ Trybunał nie określa w niniejszym nakazie przymusowego leczenia żadnych zaprotokołowanych spraw.

Część 5c: Oświadczenie woli

Wypełnić A, B lub C, stosownie do przypadku

A ☐ O ile możliwe jest to do ustalenia, pacjent nie złożył oświadczenia woli składanego na podstawie art. 275 Ustawy.

LUB

B ☐ O ile możliwe jest to do ustalenia, pacjent złożył oświadczenie woli składane na podstawie art. 275 Ustawy i jego nie wycofał; oraz bieżąca opieka oraz leczenie zapewniane pacjentowi lub te proponowane NIE stoją w sprzeczności z żadnymi pragnieniami określonymi w tym oświadczeniu woli.

LUB

C ☐ Pacjent złożył oświadczenie woli składane na podstawie art. 275 Ustawy i jego nie wycofał. To oświadczenie JEST sprzeczne z bieżącą opieką oraz leczeniem zapewnianym pacjentowi lub tymi proponowanymi autoryzowanymi na mocy określonych w niniejszym nakazie środków. W poniższym polu należy podać:

- Datę oświadczenia lub oświadczeń woli.
- Detale leczenia, które są sprzeczne z oświadczeniem woli, oraz tego, w jaki sposób.
- Jeżeli sprzeczność z oświadczeniem woli dotyczy leczenia, którego życzył sobie pacjent, a nie jest mu ono zapewniane, należy podać tego szczegóły.
- Uzasadnienie autoryzowanych środków umożliwiających dane leczenie lub zapobiegających zapewnieniu danego leczenia, pomimo sprzeczności z oświadczeniem woli, w odniesieniu do przepisów Ustawy.

6

Jeżeli leczenie stoi w sprzeczności z oświadczeniem woli, powyższe informacje zostały wysłane:

- ☐ pacjentowi ☐ pełnomocnikowi ds. dobrostanu pacjenta
- ☐ ewentualnemu wyznaczonemu państwowemu opiekunowi pacjenta ☐ opiekunowi prawnemu pacjenta
- ☐ Komisji ds. Dobrostanu Psychicznego (Mental Welfare Commission) (kopia niniejszego formularza oraz wszelkie inne informacje wysłane pacjentowi/innym)

Podpis/Data

Podpis
osoby zwołującej zebranieData
dd / mm / rrrr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

jeżeli w ramach procesu składania wniosku o nakaz przymusowego leczenia pacjenta zbadać musi dwóch lekarzy.

Wykorzystanie niniejszego druku nie jest obowiązkiem prawnym, lecz jest to bardzo zalecane. Niniejszy formularz zwraca uwagę na niektóre wymogi proceduralne, o których przewiduje Ustawa (Szkocji) z 2003 r. o zdrowiu psychicznym (opieka i leczenie). Niewywiązanie się z tych proceduralnych wymogów może unieważnić opinie.

W przypadku niewypełniania druku w formie elektronicznej, w celu dopilnowania dokładności informacji należy przestrzegać następujących konwencji:

Na przykład

Prosimy zamazywać okręgi jak obok ->

Prosimy ich nie zaznaczać w przedstawiony obok sposób ->

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

Jeżeli po lewej stronie pola tekstowego podany jest numer referencyjny i jeśli nie zawiera ono wystarczającego miejsca na odpowiedź, można ją rozszerzyć na zwykłym arkuszu papieru, który należy wyraźnie oznaczyć imieniem i nazwiskiem pacjenta oraz jego numerem CHI. Każdą rozszerzoną odpowiedź należy oznaczyć odpowiednim numerem referencyjnym znajdującym się przy danym polu.

Dane pacjenta

Numer CHI

[illegible]

Nazwisko

[illegible]

Imię/imiona

[illegible]

Inne / znany/-a jako

[illegible]

„Inne / znany/-a jako” oznacza wszelkie imiona/pseudonimy, których używanie preferuje pacjent w celu zwracania się do niego.

Pan(i)

[illegible]

Data urodzenia

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

dd / mm / rrrr

Dane lekarza specjalisty

Uwaga: W przypadku przeprowadzania badania w dwuosobowym składzie każdy lekarz ZOBOWIĄZANY JEST wypełnić oddzielny formularz opinii psychiatrycznej.

Nazwisko

[illegible]

Imię

[illegible]

Pan(i)

[illegible]

Adres

[illegible]

Kod pocztowy

--	--	--	--	--	--	--

Telefon

[illegible]

Adres e-mail

[illegible]

Dane lekarza specjalisty (ciąg dalszy)

Wypełnić A lub B, stosownie do przypadku

A ☐ Niniejszym potwierdzam, że jestem lekarzem specjalistą określonym na stronie 1 i na podstawie artykułu 22 Ustawy

[illegible]

zastwierdziła mnie jako osobę posiadającą specjalne doświadczenie, kwalifikacje i praktykę w zakresie diagnozy i leczenia chorób psychicznych.

--	--	--	--	--	--	--

B ☐ Jestem lekarzem rodzinnym

B ☐ Jestem lekarzem rodzinnym

Proszę określić stopień znajomości pacjenta

☐ Pragnę potwierdzić, że między mną a pacjentem nie występuje konflikt interesów w znaczeniu określonym przez przepisy

Detale badania

--	--	--	--

Wypełnić A lub B, stosownie do przypadku

A niezależnie od drugiego lekarza specjalisty, który przygotował opinie psychiatryczną

III B

LUB	

B w ramach wspólnego badania w towarzystwie:

[illegible]

Pacjent zgodził się na wspólne badanie LUB

ponieważ pacjent jest niezdolny do wyrażenia zgody na wspólne badanie, zgody na to wspólne badanie udzielił przed jego wykonaniem:

☐ i) państwowy opiekun pacjenta (ustanowiony na podstawie art. 250 do 253 Ustawy);

☐ ii) opiekun prawny (patrz Uwagi), który jest upoważniony do udzielenia zgody na podstawie Ustawy z 2000 r.;

iii) pełnomocnik ds. dobrostanu (patrz Uwagi), który jest w pełni upoważniony do udzielenia zgody na podstawie Ustawy z 2000 r.;

[illegible]

Uwaga

„Opiekun prawny”, w sytuacji posiadania przez niego prawa do udzielania zgody, oznacza osobę ustanowioną w charakterze opiekuna prawnego na podstawie Ustawy (Szkocji) z 2000 r. o ubezwłasnowolnionych dorosłych (akt Parlamentu Szkocji 4), która posiada w związku z dobrostanem osobistym określonej osoby uprawnienia na mocy art. 64 ust. 1 lit. a lub lit. b tej Ustawy

„Pełnomocnik ds. dobrostanu”, w sytuacji posiadania przez niego prawa do udzielania zgody, oznacza osobę umocowaną na mocy pełnomocnictwa w sprawach dobrostanu udzielonego na podstawie art. 16 Ustawy (Szkocji) z 2000 r. o ubezwłasnowolnionych dorosłych (akt Parlamentu Szkocji 4) oraz zarejestrowanego na podstawie art. 19 tej Ustawy, w celu występowania w



Rozpoznanie zaburzenia psychicznego

Pacjent choruje na następujący/-e typ(y) zaburzenia psychicznego (patrz uwagi poniżej) -

Główny kod według międzynarodowej kwalifikacji chorób ICD-11										
Choroba psychiczna	☐ Tak ☐ Nie									Wpisać główny kod rozpoznania ICD-11 dla każdego obecnego zaburzenia. Kliknij tutaj, aby skorzystać z narzędzia kodującego ICD-11
Zaburzenie osobowości	☐ Tak ☐ Nie									
Upośledzenie intelektualne	☐ Tak ☐ Nie									

Proszę opisać objawy zaburzeń psychicznych pacjenta i w jaki sposób pacjent jest nimi dotknięty.

Informacje na temat proponowanego leczenia

Jestem przekonany/-a, że z niżej opisanych powodów w przypadku niezapewnienia pacjentowi leczenia poważnie narażone zostałyby:

- ☐ zdrowie, bezpieczeństwo oraz dobrostan pacjenta
- ☐ bezpieczeństwo innych osób

Uwaga

Uwaga
Jak określono w art. 328 ust. 2 Ustawy, osoba nie choruje na zaburzenie psychiczne ze względu wyłącznie na jedno z następujących sytuacji: dewiację seksualną; transseksualizm; transwestytyzm; uzależnienie od alkoholu lub narkotyków lub spożywanie alkoholu / zażywanie narkotyków; zachowanie, którym osoba nęka lub może nękać inną osobę, budzić u niej niepokój lub powodować stres; zachowanie w sposób, w który nie zachowywał się żadna rozsądna osoba.

Aby wniosek o wydanie nakazu przymusowego leczenia mógł zostać rozpoznany, niniejsza opinia psychiatryczna musi określać co najmniej jeden rodzaj zaburzenia psychicznego określonego w drugiej opinii psychiatrycznej.

Informacje na temat proponowanego leczenia (ciąg dalszy)

Jestem przekonany/-a, że istnieje możliwość leczenia pacjenta, które może zapobiec pogłębieniu się choroby psychicznej lub złagodzić jej objawy lub skutki.

Prosimy opisać potrzeby pacjenta w zakresie leczenia jego choroby psychicznej i proponowane leczenie, które te potrzeby będzie zaspokajać, oraz określić podmiot, który to leczenie będzie zapewniać.

Uwaga: leczenie w dodatku do interwencji farmakologicznej obejmuje usługi pielęgniarские, opiekę, interwencję psychologiczną oraz habilitację i rehabilitację (obejmujące edukację, szkolenie w pracy i pomoc w nabyciu umiejętności samodzielnego funkcjonowania, w tym w społeczeństwie).

4

Informacje na temat proponowanego leczenia (ciąg dalszy)

Jestem przekonany/-a, że z niżej opisanych powodów zaburzenie psychiczne pacjenta sprawia, że jego zdolność podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących zapewnianego mu leczenia jest znacząco ograniczona.

5

Jestem przekonany/-a, że z niżej opisanych powodów niezbędne jest wydanie nakazu przymusowego leczenia. Prosimy na przykład wyjaśnić, dlaczego pacjenta nie można leczyć w trybie dobrowolnym.

6

Proponowane środki przymusowe

Uważam, że nakaz przymusowego leczenia powinien autoryzować zastosowanie następujących środków przymusu

Zaznaczyć odpowiednie podpunkty

☐	(a) zatrzymanie pacjenta w określonym szpitalu
☐	(b) leczenie pacjenta zgodnie z Rozdziałem 16 Ustawy
☐	(c) zobowiązanie pacjenta do stawienia się / stawiania się: określonego lub wymaganego dnia, lub w określonych lub wymaganych odstępach czasu, w określone lub wymagane miejsca w celu poddania się leczeniu
☐	(c) zobowiązanie pacjenta do stawienia się / stawiania się: określonego lub wymaganego dnia, lub w określonych lub wymaganych odstępach czasu, w określone lub wymagane miejsca, aby można było zapewnić mu usługi opieki środowiskowej, stosowne usługi lub wszelki inny rodzaj leczenia, opieki lub usługi
☐	(e) zobowiązanie pacjenta do zamieszkiwania w określonym miejscu
☐	(f) zobowiązanie pacjenta do umożliwiania następującym osobom przeprowadzania wizyt w miejscu jego zamieszkania. Tymi osobami są: pracownik socjalny ds. zdrowia psychicznego pacjenta (MHO), lekarz dyżurny pacjenta (RMO), lub wszelkie osoby odpowiedzialne za zapewnianie pacjentowi leczenia, usług opieki środowiskowej, stosownych usług lub wszelkiego innego rodzaju leczenia, opieki i usług, które zostały w tym celu upoważnione przez lekarza prowadzącego pacjenta.
☐	(g) zobowiązanie pacjenta do uzyskania pozwolenia pracownika socjalnego ds. zdrowia psychicznego (MHO) na proponowaną przeprowadzkę.
☐	(h) zobowiązanie pacjenta do informowania pracownika socjalnego ds. zdrowia psychicznego (MHO) o zmianie adresu przed przeprowadzką.

Uwaga: Aby wniosek o wydanie nakazu przymusowego leczenia mógł zostać rozpoznany, niniejsza opinia psychiatryczna musi określać te same środki przymusowe, które zostały określone w drugiej opinii psychiatrycznej.

Zawiadomienie dla pacjenta

Niniejszą część należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy formularz wypełnia zatwierdzony lekarz specjalista (AMP). Jeżeli opinię psychiatryczną przygotowuje dwóch lekarzy specjalistów, najlepszą praktyką jest wypełnienie niniejszej części przez lekarza prowadzącego (RMO) pacjenta.

Uważam, że (zaznaczyć odpowiedni podpunkt):

- ☐ Pracownik socjalny ds. zdrowia psychicznego (MHO) powinien doręczyć pacjentowi zawiadomienie o wniosku o wydanie nakazu przymusowego leczenia na podstawie art. 60 ust. 1 lit. a Ustawy

LUB

- ☐ Pracownik socjalny ds. zdrowia psychicznego (MHO) NIE powinien doręczać pacjentowi zawiadomienia o wniosku o wydanie nakazu przymusowego leczenia na podstawie art. 60 ust. 1 lit. a Ustawy, ponieważ uważam, że złożenie takiego zawiadomienia mogłoby wyrządzić pacjentowi lub innej osobie poważną krzywdę

ORAZ

- ☐ Pacjent JEST w stanie wyznaczyć swojego radcę prawnego w związku z wnioskiem składanym na podstawie art. 63 Ustawy

LUB

- ☐ Pacjent NIE JEST w stanie wyznaczyć swojego radcy prawnego w związku z wnioskiem składanym na podstawie art. 63 Ustawy

Uzasadnij, jak doszedłeś/-aś do takich wniosków:

7**Pozostałe istotne informacje****8****Podpis / Data**

Podpis

Data
dd / mm / rrrr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Uwagi

Na podstawie art. 58 Ustawy drugie z dwóch badań lekarskich musi zostać wykonane nie później niż 5 dni po pierwszym, a pracownik socjalny ds. zdrowia psychicznego (MHO), na podstawie art. 57 ust. 7 Ustawy, zobowiązany jest złożyć wniosek o nakaz przymusowego leczenia w ciągu 14 dni od wykonania drugiego badania lekarskiego.