

CZĘŚĆ 1: ZAŚWIADCZENIE

Do wypełnienia przez autoryzowanego lekarza

Kryteria zatrzymania

Jako autoryzowany lekarz medycyny wymieniony na stronie 1 oświadczam, że zbadałem pacjenta. Wydaję niniejsze zaświadczenie o krótkotrwałym zatrzymaniu, ponieważ uważam, że pacjent spełnia kryteria określone w sekcji 44(4):

- (a) Uważam, że z powodów wymienionych poniżej prawdopodobne jest, iż pacjent cierpi na następujące rodzaje zaburzeń psychicznych

Główny kod ICD 11

Choroba psychiczna	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie																		
Zaburzenie osobowości	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie																		
Trudności w uczeniu się	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie																		

Proszę wprowadzić główny kod diagnozy ICD 11 dla każdego występującego zaburzenia.

Kliknij tutaj, aby uzyskać dostęp do narzędzia do kodowania ICD11.

1

- (b) Uważam, że z powodów wymienionych poniżej prawdopodobne jest, iż z powodu tego zaburzenia psychicznego zdolność pacjenta do podejmowania decyzji dotyczących leczenia tego zaburzenia psychicznego jest znacznie ograniczona.

2

Kryteria zatrzymania (kontynuacja)

- (c) Uważam, że z powodów wymienionych poniżej konieczne jest zatrzymanie pacjenta w szpitalu w celu:
- ustalenia, jakie leczenie zaburzeń psychicznych należy zastosować wobec pacjenta
 - zapewnienia pacjentowi leczenia.

3

- (d) Uważam, że z powodów wymienionych poniżej istnieje prawdopodobieństwo, iż gdyby pacjent nie został zatrzymany w szpitalu, istniałoby znaczne ryzyko -
- dla zdrowia, bezpieczeństwa lub dobra pacjenta
 - dla bezpieczeństwa innych osób.

4

- (e) Uważam, że z powodów wymienionych poniżej prawdopodobnie konieczne jest wydanie zaświadczenia o konieczności krótkotrwałego zatrzymania, np. wyjaśnienie, dlaczego pacjent nie może być leczony dobrowolnie.

5



W celu monitorowania stosowania ustawy o zdrowiu psychicznym (opieka i leczenie) (Szkocja) z 2003 r. w odniesieniu do różnych grup etnicznych oraz zapewnienia przestrzegania wymogów dotyczących równych szans wymagane są następujące informacje.

Numer CHI Pacjenta

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

Pacjent opisuje swoją grupę etniczną jako:

Informacja nie została podana.

A Biała

Szkot

Inny Brytyjczyk

Irlandczyk

Cygan/Wędrowiec

Polak

Rom

Showman/ Showwoman

Inna biała grupa etniczna – proszę opisać

B Grupa mieszana lub wieloetniczna

Wszelkie grupy mieszane lub wieloetniczne, proszę opisać

C Azjata, Szkot azjatyckiego pochodzenia lub Brytyjczyk azjatyckiego pochodzenia

Pakistańczyk, Szkot pochodzenia pakistańskiego lub Brytyjczyk pochodzenia pakistańskiego

Hindus, Szkot pochodzenia indyjskiego lub Brytyjczyk pochodzenia indyjskiego

Banglijczyk, Szkot pochodzenia bangladeskiego lub Brytyjczyk pochodzenia bangladeskiego

Chińczyk, Szkot pochodzenia chińskiego lub Brytyjczyk pochodzenia chińskiego

Inna azjatycka grupa etniczna, proszę opisać

D Grupa afrykańska, szkocko-afrykańska lub brytyjsko-afrykańska

Proszę opisać, na przykład Nigeryjczyk, Somalijczyk.

E Grupa etniczna karaibska lub czarnoskóra

Proszę opisać, na przykład Szkot pochodzenia karaibskiego, Czarnoskóry Szkot

F Inna grupa etniczna

Arab, Szkot pochodzenia arabskiego lub Brytyjczyk pochodzenia arabskiego

Inne, proszę opisać, np. Sikh, Żyd

