

Как заполнять форму заявления о психиатрическом лечении

Инструкции

Подача **заявления о психиатрическом лечении** (далее — **Заявление**) является исключительно вашим выбором.

Прежде чем заполнять **Заявление**, необходимо внимательно прочитать «УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ ЛИЦА, ДЕЛАЮЩЕГО **ЗАЯВЛЕНИЕ** О ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ», а также «УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ ВРАЧА ИЛИ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ», которые приведены на страницах 8–9 формы **Заявления**. Эти уведомления содержат общую информацию о **Заявлении**.

После подачи **Заявление** будет действительным в течение трех лет или пока вы не отзовете его. По истечении трех лет оно будет считаться недействительным. Вам необходимо будет подать новое **Заявление**. Если по истечении трех лет вы не будете способны подать новое **Заявление**, поданное ранее **Заявление** будет оставаться в силе до тех пор, пока вы не будете способны подать новое.

Если вы решите, что не хотите подавать **Заявление** или хотите внести в него изменения, вы имеете право это сделать. Чтобы отозвать **Заявление**, необходимо сообщить об этом своему врачу, поставщику медицинских услуг и всем прочим лицам, у которых могут храниться копии вашего **Заявления**. На всякий случай следует сделать это письменно или собрать все копии **Заявления** и разорвать их. Кроме того, вы не можете отозвать свое **Заявление**, если будете признаны недееспособным.

Если вам будут непонятны какие-либо положения этого документа после прочтения уведомлений и приведенных далее инструкций, попросите юриста пояснить их вам.

Как заполнять форму заявления о психиатрическом лечении

Первоначальные действия

Во-первых, для подачи **Заявления** необходимо являться вменяемым лицом. Во-вторых, необходимо заполнить официальную форму. Вы не можете подать юридически действительное **Заявление** без соответствующей формы. Прилагаемая к данному документу форма является официальной и будет считаться действительной, если она правильно заполнена, подписана и засвидетельствована.

Чтобы форма была действительной и законной, она должна соответствовать следующим критериям:

- А. Содержать ваши имя и фамилию.
- Б. Быть подписанной и датированной вами.
- В. Быть подписанной и датированной двумя свидетелями, которые присутствовали при подписании **Заявления**. На момент подписания формы они должны считать вас вменяемым лицом.
- Г. Содержать ваши указания относительно психиатрического лечения.

Для подачи юридически действительного Заявления о психиатрическом лечении необходимо выполнить приведенные далее действия

Шаг 1. Имя и фамилия

Разборчиво напишите или напечатайте свои имя и фамилию в первой строке формы после слова «Я».

Шаг 2. Выбор лица, принимающего решения

В следующем разделе вы должны выбрать, кто будет принимать решения за вас, если вы будете неспособны дать согласие на психиатрическое лечение.

Вы можете выбрать либо человека, который будет лечить вас, либо представителя. Впишите свои инициалы в строку рядом с выбранным вариантом.

Хотя в форме это не указано, некоторые лица не могут выступать в качестве ваших представителей. Лица, которые НЕ МОГУТ быть вашими представителями:

- ваш врач, поставщик услуг психиатрической помощи, сотрудник вашего врача или поставщика услуг, если вы не являетесь его родственником;
- владелец, управляющий или сотрудник медицинского учреждения, в котором вы проживаете или проходите лечение, если вы не являетесь его родственником.

Если вы не назначите представителя либо назначенное вами лицо не примет назначение или будет признано непригодным для него, все остальные инструкции в Заявлении остаются в силе.

Шаг 3. Назначенный представитель

Если вы выберете представителя, на странице 3 формы внесите во все пустые поля соответствующую информацию об этом человеке. Если вы решите назначить какое-либо лицо в качестве дополнительного представителя, предоставьте соответствующую информацию о нем на странице 3 формы.

Шаг 4. Указания относительно психиатрического лечения

В следующей части формы, которая называется «УКАЗАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ», вы должны предоставить свои инструкции относительно психиатрического лечения, которое вы хотите и не хотите получать. Ваши указания могут включать пожелания относительно лекарств, госпитализации и пребывания в психиатрическом лечебном учреждении (не более 17 дней), применения судорожной терапии и амбулаторного лечения. Этот раздел состоит из 3 отдельных частей, которые рассматриваются в данном документе как шаги 4-А, 4-Б и 4-В.

Шаг 4-А. Психиатрическое лечение, на которое вы даете согласие

На странице 4 формы в разделе «УКАЗАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ» вы должны предоставить инструкции о том, какие виды психиатрического лечения вы одобряете. Если вы хотите, чтобы поставщик медицинских услуг или ваш представитель выполнял конкретные инструкции, их необходимо указать в этом разделе.

- Если вы хотите дать согласие на использование определенных типов лекарств, вам следует указать, какие именно лекарства вы одобряете.
- Если вы хотите дать согласие на использование любого лекарства, рекомендуемого врачом, напишите «Я даю согласие на прием любого лекарства, которое порекомендует мой врач».
- Если вы хотите каким-либо образом ограничить свое согласие, например, указав максимальную дозировку лекарства, или хотите, чтобы в ходе лечения учитывалась определенная информация (например, об имеющейся у вас аллергии), вы можете добавить эти инструкции или информацию. Вы можете указать имеющиеся у вас патологические состояния и ограничения. Вы также можете указать, почему следует использовать конкретное лекарство в указанной дозировке.
- Если у вас есть представитель, предполагается, что он должен дать согласие на дозировку и тип лекарства.
- Если вы согласны на краткосрочное стационарное лечение, вы можете указать это. Вы также можете указать конкретное учреждение, в котором согласны проходить краткосрочное стационарное лечение, и (или) конкретного поставщика услуг краткосрочного стационарного лечения.
- Вы можете дать согласие на применение судорожной терапии, которая может включать шоковую или электросудорожную терапию. Если вы хотите заранее принять решение о таком лечении, вы можете сделать это в данном разделе или в пункте 4-Б. Вы можете ограничить объем или тип лечения, на которое предоставили согласие, или дать указание проконсультироваться со своим представителем относительно принятия таких решений.

Если вы даете согласие на любые методы психиатрического лечения, возможно, не все они будут применены. Сначала врач должен дать рекомендации относительно лечения вашего текущего состояния. Ваше согласие не обеспечивает врачу права давать безосновательные рекомендации.

Шаг 4-Б. Психиатрическое лечение, на которое вы не даете согласие

Следующие поля, которые необходимо заполнить в верхней части страницы 5 формы, предназначены для предоставления указаний о том, на какие виды психиатрического лечения вы не даете своего согласия. Если вы хотите, чтобы поставщик медицинских услуг или ваш представитель выполнял конкретные инструкции, то их необходимо указать в этом разделе. Вы должны знать, что вас могут лечить без вашего согласия, если вы содержитесь в учреждении в соответствии с законодательством о принудительной госпитализации или находитесь в критическом состоянии, когда ваша жизнь или здоровье находится под угрозой.

- Если вы не хотите давать согласие на использование определенных типов лекарств или дозировок, напишите «Я не даю согласия на прием следующих лекарств:», после чего укажите названия или типы лекарств, от которых вы отказываетесь.
- Если вы не хотите давать согласие на прием всех лекарств, напишите «Я отказываюсь давать согласие на прием всех лекарств».
- Если вы хотите объяснить свой отказ давать согласие, это можно сделать в данном разделе. Например, вы можете подкрепить свой отказ, указав побочные эффекты, аллергию или постановку ложных диагнозов, с которыми вы сталкивались при применении определенного лекарства и (или) метода психиатрического лечения.
- Если вы не согласны на краткосрочное стационарное лечение, вы можете указать это. Вы также можете указать, что не согласны на краткосрочное стационарное лечение в определенном учреждении и (или) у определенного поставщика медицинских услуг.
- Если вы не согласны на использование судорожной терапии и хотите заранее принять решение об этом виде лечения, которое может включать шоковую и электросудорожную терапию, вы можете указать это в данном разделе.

Шаг 4-В. Дополнительная информация о вашем психическом здоровье

В верхней части страницы 6 вы можете указать дополнительную информацию о своих потребностях в области психического здоровья. Вы можете указать в этом разделе все, что имеет отношение к вашим пожеланиям относительно психиатрического лечения. В форме рекомендуется указать историю психических и физических заболеваний, диетологические требования, религиозные соображения, людей, которых следует уведомить, и другие важные моменты. «Другие важные моменты» могут касаться всего, что связано с лечением и что, по вашему мнению, может улучшить ваше психическое здоровье.

- Например, вы можете указать, что когда вы очень расстроены, больше всего вам помогает посидеть в тишине в темной комнате с открытой дверью. Вы также можете указать, что когда вы очень расстроены, худшее, что может случиться, — это оказаться в запертой комнате. Врач не обязан следовать этим инструкциям, однако если он будет знать, какие методы могут сработать или не сработать, он может согласиться лечить вас в соответствии с вашими пожеланиями.
- Если вы на собственном опыте поняли, что регулярное участие в мероприятиях центра социально-медицинской помощи приносит вам наибольшее облегчение, вы можете попросить, чтобы ваше лечение включало участие в таких мероприятиях. Ваше желание участвовать не гарантирует, что какие-либо подобные программы будут доступны.
- Если вы хотите, чтобы кому-либо сообщили или не сообщали о том, что вы находитесь в кризисном состоянии или в больнице, вы можете указать это в данном разделе.

Шаг 5. Ваша подпись

Подпишите форму и поставьте дату в нижней части страницы 6. Сделайте это в присутствии двух свидетелей. Для того чтобы какая-либо часть этих распоряжений имела силу, в данном месте должна стоять ваша подпись.

Шаг 6. Подтверждение свидетелей

Попросите двух свидетелей подписать форму и поставить дату на странице 7 в разделе **«Подтверждение свидетелей»**.

Некоторые лица НЕ МОГУТ выступать в качестве свидетелей. К таким лицам относятся:

- Ваш основной или дополнительный представитель. Любое лицо, назначенное в шаге 2 («Выбор лица, принимающего решения»), не может выступать в качестве свидетеля.
- Лечащий вас врач или поставщик услуг психиатрической помощи либо родственник человека, который вас лечит. Куратор вашего дела, любой врач, лечащий вас во время пребывания в больнице, ваш психолог или частный психиатр не может выступать в качестве свидетеля.
- Владелец или управляющий учреждения, в котором вы проживаете, или его родственник. Например, если вы проживаете в интернатном учреждении, владелец и сотрудники такого учреждения не могут выступать в качестве свидетелей. То же самое касается персонала домов престарелых, детских домов, пансионатов и т. д.
- Кровный родственник, супруг или супруга, приемные дети или родители.

Подписывая форму, свидетели подтверждают, что:

- (1) вы подписали **Заявление**;
- (2) на момент подписания формы они считали вас вменяемым лицом; и
- (3) по их мнению, на момент подписания формы вы не подвергались принуждению или ненадлежащему влиянию и не были введены в заблуждение.

Шаг 7. Подписи других лиц

Если у вас есть представитель, убедитесь, что он поставил подпись и дату в разделе принятия полномочий представителя на странице 7. Аналогичным образом, если у вас есть дополнительный представитель, убедитесь, что он поставил подпись и дату в том же разделе на странице 7.

Шаг 8. Передача копий

Предоставьте копии заполненной формы всем врачам, поставщикам медицинских услуг и медицинским учреждениям, которые, по вашему мнению, будут предоставлять вам лечение. Если вы назначили представителя, убедитесь, что у него также есть копия. Ваши указания не могут быть выполнены, если о них никто не знает.