**Mẫu số 12-1**

Thông báo về việc gia hạn thời gian nằm viện để chăm sóc y tế và bảo vệ

(Trường hợp không tương ứng với các nội dung trong mục 15 Điều 15 của Quy định thực thi pháp luật)

Kính gửi: (Họ tên thành viên gia đình, v.v. của bệnh nhân nhập viện để chăm sóc y tế và bảo vệ)

Ngày ... tháng ... năm ...

[Về việc gia hạn thời gian nằm viện để chăm sóc y tế và bảo vệ]

Nhập viện để chăm sóc y tế và bảo vệ là chế độ nhập viện có xác định thời gian (trong vòng 3 tháng kể từ ngày nhập viện để chăm sóc y tế và bảo vệ cho đến trước khi qua 6 tháng. Nếu đã qua 6 tháng thì trong vòng 6 tháng) trong phạm vi được quy định trong Luật về Sức khỏe tâm thần và Phúc lợi dành cho người mắc bệnh tâm thần (sau đây gọi là “Bộ luật”) khi được bác sĩ điều trị sức khỏe tâm thần được chỉ định chẩn đoán là mắc chứng rối loạn tâm thần sau khi kiểm tra sức khỏe và cần phải nhập viện để được chăm sóc y tế và bảo vệ, và bắt buộc phải có sự đồng ý của gia đình bệnh nhân, v.v. do bệnh nhân không thể đồng ý nhập viện do bị rối loạn tâm thần. Tuy nhiên, nếu cho rằng cần tiếp tục nằm viện thì thời gian nằm viện sẽ được gia hạn sau khi có sự đồng ý của gia đình bệnh nhân, v.v.

Lần này, lý do cần gia hạn thời gian nằm viện của bệnh nhân....(họ tên bệnh nhân nhập viện để chăm sóc y tế và bảo vệ) (sau đây gọi là “bệnh nhân”) cũng như việc xử lý thời gian nằm viện sau khi gia hạn và về việc đồng ý là như sau.

1. Bệnh nhân hiện đang nằm viện để chăm sóc y tế và bảo vệ được cho rằng cần phải tiếp tục nằm viện dựa theo quy định tại Khoản 6 Điều 33 của Bộ luật vì những lý do và mục đích sau đây.

<Về lý do cần tiếp tục nằm viện>

(1) Theo kết quả kiểm tra sức khỏe, bệnh nhân đã được chẩn đoán là đang ở tình trạng sau đây.

* ① Trạng thái hoang tưởng ảo giác (tưởng tượng ra các tình huống không hề có thật, không phân biệt được giữa ảo giá và thực tế)
* ② Trạng thái hưng phấn tâm lý vận động quá mức (dễ bị kích động, dễ hưng phấn, khó kiểm soát bản thân)
* ③ Trạng thái ngẩn ngơ (không phản ứng với thế giới bên ngoài do rối loạn cảm xúc nghiêm trọng hoặc do kiềm chế ý chí quá mạnh mẽ)
* ④ Trạng thái trầm cảm (tâm trạng chán nản, suy nghĩ bi quan, mất hứng thú và niềm vui, v.v. kéo dài)
* ⑤ Trạng thái hưng cảm (cảm xúc hưng phấn cao độ, hoạt động tăng, tư duy hưng phấn kéo dài)
* ⑥ Trạng thái mê sảng/mơ hồ (mức độ tỉnh táo giảm do rối loạn ý thức)
* ⑦ Trạng thái sa sút trí tuệ (chức năng nhận thức đã suy giảm và đang ảnh hưởng đến toàn bộ cuộc sống hàng ngày)
* ⑧ Trạng thái di chứng của bệnh tâm thần phân liệt, v.v. (khó khăn trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày, đưa ra phán đoán mang tính xã hội và thực hiện các chức năng do rối loạn tâm thần)
* ⑨ Trạng thái khác ( )

(2) Bệnh nhân được cho rằng cần phải tiếp tục nằm viện vì lý do sau đây.

* Do không thể điều trị đầy đủ khi thực hiện điều trị ngoại trú cho nên cần phải nhập viện để được cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế một cách đầy đủ
* Cần phải nhập viện để đảm bảo an toàn cho chính bệnh nhân trong quá trình chẩn đoán và điều trị
* Lý do khác ( )

Tiếp tục ở trang sau

2. Ủy ban hỗ trợ sau khi ra viện của bệnh nhân nhập viện để chăm sóc y tế và bảo vệ đã tổ chức hội chẩn nhằm xúc tiến hỗ trợ bệnh nhân hòa nhập với cuộc sống cộng đồng.

3. Thời gian nằm viện sau khi gia hạn là đến ngày ... tháng ... năm ...

4. Nếu bạn đồng ý với việc gia hạn lần này, vui lòng điền các thông tin cần thiết vào Phiếu đồng ý kèm theo và gửi cho bệnh viện. (Có thể trả lời bệnh viện bằng một cách thức khác ngoài việc dùng Phiếu đồng ý chẳng hạn như bằng điện thoại, nhưng kể cả đã làm như vậy thì sau đó bạn vẫn cần nộp bổ sung Phiếu đồng ý.)

5． Nếu bạn không đồng ý với việc gia hạn lần này, vui lòng trả lời bệnh viện qua điện thoại, v.v. rằng bạn không đồng ý.

6． Nếu bạn không muốn trả lời là đồng ý hoặc không đồng ý với việc gia hạn lần này, vui lòng thông báo cho bệnh viện qua điện thoại, v.v. về việc đó.

7. Tuy nhiên, sau khi nhận được thông báo này, nếu trong thời gian kể từ ngày ... tháng ... năm ... (là ngày trước ngày hết hạn nhập viện để chăm sóc y tế và bảo vệ hiện tại, và là ngày đã trôi qua 2 tuần kể từ ngày bệnh viện đưa ra thông báo về việc gia hạn thời gian nằm viện để nằm viện để chăm sóc y tế và bảo vệ (bao gồm cả giải thích bằng miệng qua điện thoại, v.v.), nếu không nhận được câu trả lời của bạn về một trong các nội dung từ số 4 đến số 6 nói trên thì sẽ coi là bạn đã đồng ý và chúng tôi sẽ làm thủ tục gia hạn thời gian nằm viện của bạn dựa theo quy định của Khoản 8 Điều 33 của Bộ luật. Trong trường hợp này, bạn không cần nộp Phiếu đồng ý mới nữa.

Tên bệnh viện

Họ tên Quản lí bệnh viện

Họ tên bác sĩ điều trị sức khỏe tâm thần được chỉ định/bác sĩ đặc định

Họ tên bác sĩ điều trị chính (\*)

(\*) Ghi vào nếu đã quyết định bác sĩ điều trị chính khác với bác sĩ điều trị sức khỏe tâm thần được chỉ định