**Mẫu số 25**

Thông báo về việc thực hiện cách ly

Kính gửi: (Họ tên bệnh nhân nhập viện)

Ngày tháng năm

1. Vì tình trạng của bạn thuộc một trong những trường hợp dưới đây nên kể từ bây giờ ( giờ phút sáng/chiều), bạn sẽ phải thực hiện cách ly.

2. Việc cách ly sẽ được chấm dứt nếu các tình trạng dưới đây không còn nữa.

Nội dung

a) Lời nói và hành động của bệnh nhân gây ảnh hưởng xấu đến tình trạng bệnh và tiên lượng bệnh của họ, chẳng hạn như có nguy cơ gây tổn hại đáng kể đến mối quan hệ với các bệnh nhân khác

b) Đang trong tình trạng có ý định tự tử hoặc hành vi tự làm hại bản thân

c) Bị xét thấy có những hành vi bạo lực, gây phiền toái đáng kể hoặc phá hoại tài sản cho bệnh nhân khác và không thể ngăn chặn bằng các biện pháp khác

d) Có triệu chứng bất ổn, tăng động, dễ bùng nổ rõ rệt do bị kích động tâm thần vận động cấp tính, gặp nhiều khó khăn trong việc điều trị hoặc chăm sóc tại các phòng bệnh tâm thần thông thường

e) Khi bệnh nhân có các biến chứng về thể chất cần được cách ly để kiểm tra, điều trị, v.v.

f) Khác ( )

Họ tên của bác sĩ