**Formulário 9**

**Comunicado de Hospitalização para Tratamento e Proteção**

Prezado(a) Sr(a). (Nome da pessoa internada para tratamento e proteção)

Dia ...../Mês ...../Ano ......

[Hospitalização para tratamento e proteção]

A hospitalização para tratamento e proteção é um sistema pelo qual uma pessoa é internada no hospital quando os resultados de exames realizados por um médico de saúde mental designado ou por um médico específico determinarem que o paciente é portador de transtorno mental e precisa ser hospitalizado para tratamento médico e proteção, mas que não é possível obter o consentimento de hospitalização devido a esse transtorno mental. Nesse caso, sem outra forma, com o consentimento da família ou outros, o paciente é hospitalizado de acordo com o escopo da Lei Relacionada à Saúde Mental e Bem-Estar de Pessoas com Deficiência Mental (doravante mencionada como "a Lei"). O sistema permite a hospitalização por um determinado período (máximo de três meses até seis meses desde o início da hospitalização para tratamento e proteção, e máximo de seis meses após passarem seis meses desde o início da hospitalização para tratamento e proteção). Entretanto, caso se considere necessário continuar a hospitalização, o período de hospitalização será renovado com um novo consentimento da família e outras pessoas.

Você foi hospitalizado no dia ..... /mês ..... /ano ...... (às .... horas e .... minutos da ☐manhã/☐tarde) de acordo com os resultados dos exames realizados por (☐médico de saúde mental designado/☐médico específico), que indicaram que você precisa ser hospitalizado pelos seguintes motivos e finalidades:

Sua hospitalização é para tratamento e proteção, de acordo com os dispositivos de (☐ ① Parágrafo 1/ ☐② Parágrafo 2, ☐③ segunda parte do Parágrafo 3) do Artigo 33 da Lei. Se seu caso se enquadrar em ① ou ②, o período de sua hospitalização será de, no máximo, 3 meses a partir do dia da hospitalização, ou até o dia ...../mês ...../ano ....... ）

[Motivos da hospitalização]

1. Os resultados do exame médico indicaram que você tem os seguintes sintomas:

① Estado de alucinações e delírios (Tem alucinações e delírios e dificuldade em distingui-los da realidade.)

② Estado de agitação psicomotora (A atividade motora e a excitação mental aumentam, e o paciente se torna facilmente exaltado, com dificuldade de controlá-las).

③ Estado de estupor (Devido à forte supressão da vontade e confusão mental acentuada, apresenta dificuldade em reagir ao mundo exterior.)

④ Estado depressivo (Apresenta continuamente humor deprimido, pensamentos pessimistas, perda de interesse e prazer pelas coisas, etc.)

⑤ Estado de psicose (Apresenta continuamente estado de humor elevado, atividade acentuada, irritabilidade, etc.)

⑥ Estado de delírio e com a percepção vaga (Apresenta redução do nível de atenção/concentração devido a distúrbio na consciência.)

⑦ Estado de demência (Apresenta deterioração das funções cognitivas, que causa dificuldades nas atividades diárias em geral.)

⑧ Estado de esquizofrenia e outras condições remanescentes (Apresenta dificuldade em realizar atividades cotidianas, tomar decisões sociais e desempenhar as funções devido à incapacidade.)

⑨ Outros ( )

2. Você foi hospitalizado(a) pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

Você precisa ser hospitalizado(a) para receber cuidados médicos intensos, uma vez que não é possível receber tratamento adequado, por exemplo, em consultas ambulatoriais.

Você precisa ser hospitalizado(a) para ser diagnosticado e receber tratamento com garantia de sua segurança.

Outros ( 　　 )

Continua no verso

Vida durante a hospitalização

1. Durante a hospitalização, não há restrições para enviar ou receber cartas ou cartões postais. No entanto, quando julgarmos que existe algum objeto estranho dentro da sua correspondência, pediremos que você abra o envelope na presença de um funcionário do hospital e, dependendo do caso, o objeto poderá ficar sob a guarda do hospital.

2. Durante a hospitalização, não há restrições para que você converse por telefone com/receba visitas de funcionário(s) de algum órgão governamental de defesa dos direitos humanos ou advogado que seja seu representante, assim como de advogado que possa vir a ser seu representante, a seu pedido ou de seus familiares e outras pessoas. Contudo, dependendo da condição de sua enfermidade, conversações por telefone ou pessoalmente com outras pessoas, além das acima citadas, podem ser temporariamente restritas por instruções médicas.

3. Durante a hospitalização, caso necessário por motivos de tratamento médico, seus atos poderão ser restringidos.

4. Quanto ao período de hospitalização, confirmaremos a necessidade de internação a cada período determinado.

5. Dentro de sete dias após o dia da internação, será designado, como consultor de ambiente de vida pós-alta, um funcionário que fornecerá, a pedido de você, sua família e outras pessoas, informações, orientações e assistência necessárias sobre o ambiente de vida após a saída do hospital.

6. Caso você deseje ou necessite utilizar o seguro de tratamento e cuidados ou de serviços de bem-estar para idosos e pessoas com deficiência física, o hospital apresentará um local de consultas sobre esse assunto. Por favor, entre em contato com o consultor de ambiente de vida pós-alta ou com funcionários do hospital.

7. Durante a hospitalização, faremos tudo o que estiver ao nosso alcance para que sua condição melhore. Se tiver alguma dúvida ou algo que não estiver de acordo em relação ao tratamento médico ou à vida no hospital, não hesite em falar com os funcionários do hospital.

8. Caso, mesmo assim, continue a não estar de acordo em relação à sua hospitalização ou à vida no hospital, você, seus familiares ou outras pessoas poderão solicitar ao governador da província a dar instruções para o hospital lhe dar alta ou melhorar o tratamento. Se desejar saber mais detalhes sobre esta questão, consulte o consultor de ambiente de vida pós-alta ou os funcionários do hospital, ou peça informações através do contato abaixo mencionado.

Contato do governo local (Inclusive o Nº de telefone)

9. Caso, durante a hospitalização, você sofra abuso ou violência de um funcionário do

hospital, você poderá denunciá-lo. Igualmente, se você vir outro paciente internado sendo abusado por um funcionário do hospital, por favor, informe o fato ao contato abaixo.

Contato do governo local para denúncia de abusos (Inclusive o Nº de telefone)

Nome do hospital: .............................................................

Nome do administrador: ...................................................

Nome do médico designado/médico específico: ...........................................

Nome do médico responsável: ..............................................

(\*) Caso o paciente já tenha um médico responsável por ele além do médico designado ou outros, por favor, indique-o.