**Formulário 12-2**

**Comunicado de Renovação do Período de Hospitalização**

**para Tratamento Médico e Proteção**

Prezado(a) Sr(a). (Nome de familiar ou outros do paciente hospitalizado para tratamento e proteção)

Dia ...../Mês ...../Ano .......

Renovação do período de hospitalização para tratamento médico e proteção

A hospitalização para tratamento médico e proteção é um sistema pelo qual uma pessoa é internada no hospital quando os resultados de exames realizado por um médico de saúde mental designado 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 ou outras pessoas.

Os motivos da necessidade de renovação do período de hospitalização, assim como os trâmites relacionados ao período de hospitalização e ao consentimento após a renovação do Sr(a). (nome do paciente hospitalizado para tratamento médico e proteção) (doravante denominado(a) "o paciente"), que se encontra internado(a) atualmente, são os seguintes.

1. A hospitalização para tratamento médico e proteção do paciente foi reconhecida como necessária pelos motivos e finalidades abaixo, de acordo com os dispositivos do Parágrafo 6 do Artigo 33 da Lei.

）

Motivos da necessidade de continuar a hospitalização

(1) Os resultados do exame médico indicaram que o paciente 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) O paciente tem necessidade de continuar a hospitalização pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

A hospitalização é necessária para receber cuidados médicos intensos, uma vez que não é possível receber tratamento adequado, por exemplo, em consultas ambulatoriais.

A hospitalização é necessária para que o paciente seja diagnosticado e tratado com garantia de sua segurança.

Outros ( )

Continua no verso

2. O Comitê de Apoio à Alta dos Pacientes Hospitalizados para Tratamento Médico e Proteção realizou uma reunião de deliberação para estimular a transferência do paciente a um ambiente de vida na comunidade.

3. O período de hospitalização após a renovação do período será até o dia ...../mês ...../ano .......

4. Caso você concorde com a renovação, preencha os dados necessários no “Termo de Consentimento”, em anexo, e envie-o ao hospital. (Também é possível transmitir o consentimento ao hospital por outros meios como, por exemplo, por telefone, mas, mesmo nesse caso, o Termo de Consentimento deverá ser apresentado posteriormente.)

5. Caso você não concorde com a renovação, informe, sem falta, ao hospital, sua intenção de não consentir, por telefone ou outros meios.

6. Caso você não queira concordar nem discordar com a renovação proposta desta vez, informe sua intenção ao hospital por telefone ou outros meios.

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

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

Nome do médico designado: ...........................................

Nome do médico responsável\*: .........................................

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