Formulário 14

**Comunicado de Renovação do Período de Hospitalização**

**para Tratamento Médico e Proteção**

Prezado(a) Sr(a). (Nome do paciente hospitalizado para tratamento médico 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 realizados 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.

De acordo com os resultados dos exames realizados pelo médido de saúde mental designado, foi determinado que você necessita continuar hospitalizado pelos motivos e finalidades abaixo mencionados, e o Comitê de Apoio à Alta dos Pacientes Hospitalizados para Tratamento Médico e Proteção realizou uma reunião de deliberação e o período de hospitalização foi renovado.

A hospitalização para tratamento médico e proteção está de acordo com as disposições de (□①Parágrafo 1, □②Parágrafo 2) do Artigo 33 da Lei, e o período de hospitalização após a renovação está de acordo com os dispositivos do Parágrafo 6 do Artigo 33 da Lei, e será até o dia ...../mês ...../ano .......

Motivos da necessidade de continuar a 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 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

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. 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 o assunto. Assim, por favor, entre em contato com o consultor de ambiente de vida pós-alta ou com funcionários do hospital.

6. 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.

7. 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, fale com o consultor de ambiente de vida pós-alta ou com funcionários do hospital, ou peça informações através do contato abaixo mencionado.

Contato do governo local (Inclusive o Nº de telefone)

8. 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: ...........................................

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

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