



# MARYLAND

## Department of Health

行为健康管理局

### 非自愿收治入院申请随附的医生、精神科医生 或 精神科执业护士证明

个人非自愿收治入精神疾病照护或治疗机构受《马里兰州注释法典》“健康通用条款” § 10-613—10-617 和 COMAR 10.21.01 管辖。

任何对当事人福利享有有合法利益的人员均可申请当事人的非自愿收治。必须使用所要求的表格 (DHMH#34) 进行申请，且由申请人注明日期并签名，说明申请人与寻求非自愿入院的个人之间的关系，并一并附上两名医生或一名医生和一名精神科医生，或一名医生和一名精神科执业护士的证明。

非自愿收治证明应采用本表格；基于签署该证明的医生、精神科医生或精神科执业护士的个人检查；并包括：(1) 当事人精神疾病的诊断书，(2) 认为当事人需要住院接受照护或治疗的意见，(3) 认为当事人需要住院以保护其本人或他人的意见。如果检查系为在证明签署前超过 1 周或机构收到入院申请前超过 30 天进行，则不得使用该证明申请入院。

证明应附有任何可获取的能够支持当事人需要在机构中接受非自愿照护或治疗，以保护其本人或他人的相关医疗报告或病历记录。如果这些报告或记录不容易获得或不存在，则认证医生、精神科医生或精神科执业护士之一应提交详细说明，总结当事人的病史；说明当事人的当前症状和诊断，并解释为什么在认证医生、精神科医生或精神科执业护士的专业判断中，该当事人符合非自愿照护或治疗的要求。（健康通用条款 § 10-616 和 COMAR 10.21.01）。

如果当事人获得证明，并且该急诊科 (ED) 附属医院没有可用的床位，则 ED 工作人员应通过 MIEMSS 与床位登记中心进行核对，或致电未在登记中心的医院寻找床位。欲了解床位可用情况，请参见 MIEMSS 网站 <http://www.miemss.org> 然后点击“医院登录 (FRED)”处进行登录。

马里兰州卫生部的服务和项目以非歧视性为基础，并符合 1964 年《民权法》第六条的要求。如有关于歧视的任何投诉，可以书面形式，提送至行为健康管理局 (Spring Grove Hospital Center, 55 Wade Avenue, Dix Building, Catonsville, MD 21228) 和美国卫生与公众服务部 (150 S. Independence Mall West, Suite 372, Philadelphia, PA 19106-3499)。

## 医生、精神科医生或精神科护士执业护士证明

本人, \_\_\_\_\_, 来自 \_\_\_\_\_  
医生、精神科医生或精神科执业护士的姓名 机构名称或办公地址 电话号码

兹证明, 本人于 \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ 亲自检查:

当事人姓名: \_\_\_\_\_  
姓 名 中间名

当事人地址:

\_\_\_\_\_ 街道 城市 州 县 电话号码

\_\_\_\_\_ 出生日期 年龄 性别 婚姻状况 社会保障号码

西班牙裔或拉丁裔:  是  否

种族 (勾选所有适用的种族类别):

- 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
- 亚裔
- 黑人或非裔美国人
- 夏威夷原住民或其他太平洋岛民
- 白种人

直系亲属姓名: \_\_\_\_\_ 与当事人的关系: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_  
城市, 州, 邮编 电话号码

精神疾病的诊断为:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

症状:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

当前用药 (类型和剂量):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

紧急用药 (如有):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 
- 本人发现：
- 当事人患有精神疾病；
  - 当事人需要住院接受照护或治疗；
  - 当事人对其本人或他人的生命或安全构成威胁；
  - 当事人无法或不愿意自愿入院；
  - 无可用的符合当事人福利和安全的限制性更低的其他干预形式；此外，
  - 如果当事人年龄已年满 65 岁，且被转诊收治于州立机构，老年评估小组已经确定没有适合当事人需求的可用的限制性更低的照护或治疗形式。
- 本人特此证明，根据《马里兰州注释法典》第 14 条“健康职业条款”的规定，本人已获得在马里兰州行医的许可。
- 本人特此证明，根据《马里兰州注释法典》第 18 条“健康职业条款”的规定，本人已获得在马里兰州心理学执业的许可。
- 本人特此证明，根据《马里兰州注释法典》第 8 条“健康职业条款”的规定，本人已获得在马里兰州精神科执业护士执业的许可。
- 本人在该当事人（情况已得到证明）申请收治入院的专有机构中，不存在通过所有权或补偿获得的经济利益。
- 本人与该当事人或申请收治当事人的申请人没有血缘或婚姻关系。

日期：\_\_\_\_\_ 时间：\_\_\_\_\_

医生、精神科医生或精神科护士执业护士签名\_\_\_\_\_