

ADMINISTRATION DE LA SANTÉ COMPORTEMENTALE

**CERTIFICAT D'INFIRMIER(ÈRE) PSYCHIATRIQUE, DE PSYCHOLOGUE OU DE MÉDECIN**

**POUR ACCOMPAGNER LA**

**DEMANDE D'ADMISSION INVOLONTAIRE**

Les admissions involontaires des personnes dans des établissements pour les soins ou le traitement de troubles mentaux sont régies par l'article général sur la santé, §§10-613—10-617, Code annoté du Maryland et COMAR 10.21.01.

Une demande d'admission involontaire d'une personne peut être faite par une personne ayant un intérêt légitime dans le bien-être de la personne. La demande doit être sous la forme exigée (DHMH #34), datée et signée par le demandeur, indiquer la relation du demandeur avec la personne dont l'admission involontaire est demandée et accompagnée des certificats de deux médecins ou d'un médecin et d'un psychologue ou d'un médecin et d'un infirmier en psychiatrie.

Un certificat d'admission involontaire doit figurer sur ce formulaire ; être basé sur l'examen personnel du médecin, du psychologue ou de l'infirmier en psychiatrie qui signe le certificat ; et inclure : (1) Un diagnostic du trouble mental de la personne, (2) Un avis énonçant que la personne a besoin de soins ou de traitement en interne et (3) Un avis énonçant que l'hospitalisation est nécessaire pour la protection de la personne ou d'une autre. Un certificat ne peut être utilisé pour l'admission si l'examen a été effectué plus de 1 semaine avant la signature du certificat ou plus de 30 jours avant que l'établissement ne reçoive la demande d'admission.

Un certificat doit être accompagné de tous les rapports ou dossiers médicaux disponibles qui confirment le besoin de soins ou de traitements involontaires dans un établissement, pour la protection de la personne ou d'autrui. Si ces rapports ou dossiers ne sont pas facilement accessibles ou n'existent pas, alors l'un des médecins, psychologues ou infirmiers psychiatriques certificateurs doit soumettre une note détaillée résumant les antécédents médicaux de la personne ; indiquant les symptômes et le diagnostic actuels de la personne, et expliquant pourquoi, selon le jugement professionnel du médecin, du psychologue ou de l'infirmier psychiatrique certificateur, la personne répond aux exigences de soins ou de traitement involontaire. (Article général sur la santé, §10-616 and COMAR 10.21.01).

Si la personne est certifiée et qu'il n'y a pas de lit disponible dans l'hôpital affilié à ce service d'urgence (SU), le personnel du SU doit alors vérifier le registre des lits par l'intermédiaire du MIEMSS ou appeler les hôpitaux qui ne figurent pas sur le registre pour trouver un lit. Pour la disponibilité des lits, veuillez vous référer au site interne de MIEMSS au [http://www.miemss.org](http://www.miemss.org/), puis cliquez sur «Hospital Login (FRED)» pour vous inscrire.

Les services et les programmes du ministère de la Santé du Maryland sont offerts sans discrimination et conformément au Titre VI de la loi des droits civils de 1964. Toute plainte portant sur une discrimination alléguée peut être déposée, par écrit, auprès du Directeur, Administration de la santé comportementale, Spring Grove Hospital Center, 55 Wade Avenue, Dix Building, Catonsville, MD 21228 et le bureau des droits civils, États-Unis, Département de la santé et des services sociaux, 150 S. Independence Mall West, Suite 372, Philadelphie, PA 19106-3499.

**CERTIFICAT DU MÉDECIN, PSYCHOLOGUE OU INFIRMIER PSYCHIATRIQUE**

Je, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du médecin, du psychologue ou Nom de l'établissement ou adresse  Numéro de téléphone

de l'infirmier(ère) en psychiatrie du bureau

certifie que le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, j'ai examiné personnellement :

Nom de la personne : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Nom Prénom. Deuxième prénom

Adresse de la personne :

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

Rue Ville État Pays Numéro de téléphone

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

Date de naissance Âge Sexe État civil n° de SS

Origine hispanique ou latine : ⬜oui ⬜non

Race (consultez toutes les catégories raciales applicables) :

⬜ Indien d'Amérique ou natif d'Alaska

⬜ Asiatique

⬜ Noir ou afro-américain

⬜ Natif d'Hawaï ou d'une autre île du Pacifique

⬜ Blanc

Nom du proche parent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relation avec la personne : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ville, État, Code postal Numéro de téléphone

**════════════════════════════════════════════**

LE DIAGNOSTIC DU TROUBLE MENTAL EST : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

SYMPTÔMES :

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

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

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

MÉDICAMENTS ACTUELS (type et dosage) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

MÉDICAMENTS D'URGENCE, LE CAS ÉCHÉANT :

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

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

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

**════════════════════════════════════════════**

Je conclus que : ⬜ La personne souffre d'un trouble mental ;

⬜ La personne a besoin de soins ou de traitement en interne ;

⬜ La personne présente un risque pour sa vie ou sa sécurité ou celle des autres ;

⬜ La personne est incapable ou peu disposée à être admise volontairement ;

⬜Il n'y a aucune forme d'intervention moins restrictive adaptée au bien-être et à la sécurité de la personne ; et

⬜ Si la personne a 65 ans ou plus et est concernée par une admission dans un établissement étatique, une équipe d'évaluation gériatrique a déterminé l'absence de forme de soins ou de traitement moins restrictive adaptée aux besoins de la personne.

⬜ Je certifie que je suis autorisé, en vertu de l'article sur les professions de la santé, titre 14, Code annoté du Maryland, à pratiquer la médecine dans l'état du Maryland.

⬜ Je certifie que je suis autorisé, en vertu de l'article sur les professions de la santé, titre 18, Code annoté du Maryland, à pratiquer la psychologie dans l'état du Maryland.

⬜ Je certifie que je suis autorisé, en vertu de l'article sur les professions de la santé, titre 8, Code annoté du Maryland, à pratiquer la profession d'infirmier(ère) comme pratiquant(e) en psychiatrie dans l'état du Maryland.

⬜ Je n'ai pas d'intérêt financier, à travers la propriété ou une indemnisation, dans un établissement propriétaire dans lequel l'admission est demandée pour la personne dont le statut est en cours de certification.

⬜ Je ne suis pas lié, par le sang ou le mariage, à la personne ou au demandeur d'admission de la personne.

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du médecin, du psychologue ou de l'infirmier(ère) psychiatrique :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_