

ข้อปฏิบัติขณะเข้ารับการรักษา(แบบสมัครใจ)

นาย/นาง/นางสาว.....

วันที่ เดือน ปี

- 1.การเข้าโรงพยาบาลของท่านขึ้นอยู่กับความเห็นชอบของท่านเอง ตามกฎหมายมาตรา ๒๒ ข้อ ๓ กฎหมายว่าด้วยเรื่องสวัสดิการผู้มีปัญหาทางจิตรวมถึงสุขภาพจิตใจซึ่งระบุถึงเข้าโรงพยาบาลด้วยความสมัครใจ
- 2.ขณะเข้ารับรักษาพยาบาลท่านสามารถรับและส่งจดหมายได้แต่ในกรณีที่สงสัยว่ามีสิ่งผิดปกติสอดใส่ในจดหมาย จดหมายจะถูกเปิดตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และในกรณีที่ตรวจพบจะถูกเก็บรักษาไว้ที่โรงพยาบาล
- 3.ขณะเข้ารับรักษาพยาบาลท่านสามารถใช้เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่ทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิส่วนบุคคลทำหน้าที่เป็นตัวแทนท่านในการรับโทรศัพท์, สัมภาษณ์หรือปรึกษากับทนายที่ท่านจะต้องการว่าจ้างแต่สำหรับบุคคลอื่นที่นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว ต้องอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ เพื่อประโยชน์ในการรักษา
- 4.ขณะเข้ารับรักษาพยาบาลท่านจะได้รับการรับรองตามข้อรับรองว่าด้วยการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีเสรี (สามารถเข้าออกโรงพยาบาลได้โดยอิสระยกเว้นยามวิกาล)แต่ในกรณีที่จำเป็นสำหรับการรักษาอาจจะมีการกำหนดขอบเขตเพิ่มขึ้น
- 5.ขณะเข้ารับรักษาพยาบาลความประพฤติบางอย่างของท่านอาจถูกจำกัดในกรณีที่จำเป็นเพื่อประโยชน์ในการรักษา
- 6.เนื่องจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลของท่านเกิดจากความยินยอมของท่านดังนั้นท่านจึงสามารถแสดงความจำนงจะออกจากโรงพยาบาลได้แต่ทั้งนี้ถ้าคณะแพทย์ที่ดูแลอาการของท่านลงความเห็นให้รับการรักษาต่อท่านจะได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับการทำเรื่องรับการรักษาต่อ
- 7.ถ้าท่านมีข้อข้องใจหรือไม่เข้าใจประการใดท่านสามารถสอบถามพนักงานของสถานพยาบาลได้ตลอดเวลา อนึ่งถ้าท่านได้รับความข้องใจประการใดจากการจำกัดเสรีภาพท่านสามารถร้องเรียนไปยังหน่วยงานของรัฐประจำอำเภอ จังหวัดเพื่อแก้ไขกฎระเบียบให้ดีขึ้นต่อไป
สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดของการร้องเรียนเพิ่มเติมได้จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

(ที่อยู่และสถานที่ติดต่อแผนกสวัสดิการสุขภาพจิตประจำแต่ละอำเภอ จังหวัด)

8.กรุณาให้ความร่วมมือตามวิธีรักษาของโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล.....

ชื่อผู้ดูแล.....

ชื่อนายแพทย์ผู้ดูแล.....

เอกสารแสดงความจำนงเข้ารับการรักษา

วันที่.....เดือน.....วัน.....

นายแพทย์ใหญ่.....

ชื่อผู้เข้ารับการรักษา.....

วันเดือนปีเกิด.....

ที่อยู่.....

ข้าพเจ้ารับทราบ 「ข้อควรปฏิบัติขณะเข้ารับการรักษา」

ใน(ข้อควรทราบขณะเข้าโรงพยาบาล)ตามกฎหมายมาตรา 22 ข้อ 4

หัวข้อที่ 1 ว่าด้วยเรื่องสวัสดิการผู้มีปัญหาทางจิตรวมถึงสุขภาพ

จิตใจ ขอแสดงความจำนงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของท่าน

ข้อปฏิบัติขณะเข้าโรงพยาบาล(แบบได้รับคำวินิจฉัยจากแพทย์)

ข้าพเจ้า นาย /นาง/ น.ส.....

วันที่..... เดือน..... ปี.....

1. จากผลการตรวจสุขภาพจิตของท่าน แพทย์มีคำวินิจฉัยว่าท่านจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ณ วันที่..... เดือน..... ปี.....
2. การเข้าโรงพยาบาลของท่านได้ถูกบัญญัติในกฎหมายมาตรา 33 ว่าด้วยเรื่องสวัสดิการผู้มีปัญหาทางจิตรวมทั้งจิตใจซึ่งระบุว่า เข้าโรงพยาบาลจากคำวินิจฉัยของแพทย์
3. ขณะเข้ารับรักษาพยาบาลท่านสามารถรับและส่งจดหมายได้แต่ในกรณีที่สงสัยว่ามีสิ่งผิดปรกติสอดใส่ในจดหมายจดหมายจะถูกเปิดตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและในกรณีที่ตรวจพบจะถูกเก็บรักษาไว้ที่โรงพยาบาล
4. ขณะเข้ารับรักษาพยาบาลท่านสามารถใช้เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่ทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิส่วนบุคคลทำหน้าที่เป็นตัวแทนท่านในการรับโทรศัพท์, สัมภาษณ์หรือปรึกษากับทนายที่ท่านต้องการว่าจ้าง แต่สำหรับบุคคลอื่นที่นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วต้องอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์เพื่อประโยชน์ในการรักษา
5. ขณะเข้ารับรักษาพยาบาลความประพฤติบางอย่างของท่านอาจถูกจำกัดในกรณีที่จำเป็นเพื่อประโยชน์ในการรักษา
6. เนื่องจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลของท่านเกิดจากความยินยอมของท่านดังนั้นท่านจึงสามารถแสดงความจำนงออกจากโรงพยาบาลได้แต่ทั้งนี้ถ้าคณะแพทย์ที่ดูแลอาการของท่านลงความเห็นให้รับการรักษาต่อท่านจะได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับการทำเรื่องรับการรักษาต่อ สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดของการร้องเรียนเพิ่มเติมได้จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

(ที่อยู่และสถานที่ติดต่อแผนกสวัสดิการสุขภาพจิตประจำแต่ละอำเภอ จังหวัด)

7. กรุณาให้ความร่วมมือตามวิธีการรักษาของโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล.....

ชื่อผู้ดูแล.....

ชื่อนายแพทย์ผู้วินิจฉัย.....

ชื่อนายแพทย์ผู้ดูแล.....

ข้อควรทราบขณะเข้าโรงพยาบาล(เข้ารับรักษาด่วน)

ชื่อ.....

วันที่..... เดือน..... ปี.....

1. จากผลการตรวจสุขภาพจิตของท่าน แพทย์มีคำวินิจฉัยว่าท่านจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ณ วันที่.....เดือน.....ปี.....
2. การเข้าโรงพยาบาลของท่าน ได้บัญญัติในกฎหมายว่าด้วยเรื่องสวัสดิการผู้มีปัญหาทางจิตใจมาตรา 33 ข้อ 4 ซึ่งระบุถึง การเข้ารับรักษาด่วน
3. ขณะเข้ารับรักษาพยาบาลท่านสามารถรับและส่งจดหมายได้แต่ในกรณีที่สงสัยว่ามีสิ่งผิดปรกติสอดใส่ในจดหมายจดหมายจะถูกเปิดตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและในกรณีที่ตรวจพบจะถูกเก็บรักษาไว้ที่โรงพยาบาล
4. ขณะเข้ารับรักษาพยาบาลท่านสามารถใช้เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่ทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิส่วนบุคคล จะทำหน้าที่เป็นตัวแทนท่านในการรับโทรศัพท์, สัมภาษณ์หรือปรึกษากับทนายที่ท่านต้องการว่าจ้าง แต่สำหรับบุคคลอื่นที่นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วต้องอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์เพื่อประโยชน์ในการรักษา
5. ขณะเข้ารับรักษาพยาบาลความประพฤติบางอย่างของท่านอาจถูกจำกัดในกรณีที่จำเป็นเพื่อประโยชน์ในการรักษา
6. ถ้าท่านมีข้อข้องใจหรือไม่เข้าใจประการใดท่านสามารถสอบถามพนักงานของสถานพยาบาลได้ตลอดเวลา อนึ่งถ้าท่านได้รับความข้องใจประการใดจากการจำกัดเสรีภาพท่านสามารถร้องเรียนไปยังหน่วยงานของรัฐประจำอำเภอ จังหวัดเพื่อแก้ไขกฎระเบียบให้ดีขึ้นต่อไป
สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดของการร้องเรียนเพิ่มเติมได้จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

(ที่อยู่และสถานที่ติดต่อแผนกสวัสดิการสุขภาพจิตประจำแต่ละอำเภอ จังหวัด)

7. กรุณาให้ความร่วมมือตามวิธีรักษาของโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล.....

ชื่อผู้ดูแล.....

ชื่อนายแพทย์ผู้วินิจฉัย.....

ชื่อนายแพทย์ผู้ดูแล.....

การแจ้งเรื่องการดำเนินการผูกมัดร่างกาย

ชื่อ.....

วัน.....เดือน.....ปี.....

1. เนื่องจากสถานะของท่านขณะนี้มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องผูกมัด (ตั้งแต่ • ช่วงเช้า • ช่วงบ่าย.....นาฬิกา.....นาทึ่)
2. ถ้าอาการดังต่อไปนี้ดีขึ้น จะได้รับการปลดปล่อยให้มีอิสระ
 - 2.1 มีอาการทำร้ายตัวเอง, มีความคิดจะฆ่าตัวตาย
 - 2.2 อยู่ในสภาวะที่อยู่นิ่งไม่ได้และมีอาการน่าสงสัย
 - 2.3 นอกจากอาการในข้อ 2.1 และ 2.2 แล้ว ยังรวมถึงอาการที่ถ้าปล่อยไว้อาจมีผลถึงชีวิตผู้ป่วย
 - 2.4. อื่นๆ()

แพทย์ผู้ทำการวินิจฉัย.....

ข้อแจ้งให้ทราบในการจัดแยกให้อยู่ต่างหาก

ชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....

1. เนื่องจากสภาวะของท่านขณะนี้มีความจำเป็นต้องแยกท่านให้อยู่ต่างหาก (ตั้งแต่ • ช่วงเช้า • ช่วงบ่าย.....นาฬิกา.....นาฬิกา)

2. ถ้าอาการดังต่อไปนี้ดีขึ้น จะได้รับการปลดปล่อยให้มีอิสระ

2.1 มีแนวโน้มว่าจะทำให้ผู้ป่วยคนอื่นได้รับความเดือดร้อนและการกระทำดังกล่าวมีผลกระทบต่ออาการของผู้ป่วยทั้งในอดีตและอนาคต

2.2 มีอาการทำร้ายตัวเอง, มีความคิดจะฆ่าตัวตาย

2.3 ไข้กำลังทำร้ายหรือรบกวนผู้ป่วยคนอื่นหรือทำลายข้าวของรวมทั้งอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถใช้วิธีอื่นควบคุมได้

2.4 มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ทั้งโกรธ เศร้า ไม่อยู่นิ่งฯลฯ อย่างรวดเร็วและสังเกตเห็นได้ชัดเจน ทำให้ยากต่อการรักษารวมกับผู้ป่วยรายอื่นในห้องผู้ป่วยโรคจิตทั่วไปต่อไปได้

2.5 ในกรณีมีความจำเป็นต้องแยกผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางร่างกายต้องได้รับการตรวจและจัดการรักษา

2.6 อื่นๆ ()

ชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา.....

ข้อควรทราบในการจำกัดอิสระในการเข้าออก

ชื่อ.....

จากการวินิจฉัยอาการของท่าน ณ เวลานี้ มีความจำเป็นต้องงดการเข้าออก

โรงพยาบาลของท่านสักระยะเพื่อประโยชน์ในการรักษา

เมื่อได้รับอนุญาตจากแพทย์ว่าอาการดีขึ้น ท่านสามารถเข้าออกโรงพยาบาล

อีกครั้ง

วันที่.....เดือน.....ปี.....

เข้า • บ่ายเวลานาฬิกา.....นาที

ลงชื่อนายแพทย์.....

ข้อควรทราบของการจำกัดเงื่อนไขในการปล่อยให้เป็นอิสระ

ชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....

1. เนื่องจากสภาวะของท่านขณะนี้มีความจำเป็นต้องจำกัดเงื่อนไขในการปล่อยให้เป็นอิสระ (ตั้งแต่
• ช่วงเช้า • ช่วงบ่าย.....นาฬิกา.....นาทีก่อน)

2. ถ้าอาการดังต่อไปนี้ดีขึ้น จะพิจารณาเงื่อนไขในการปล่อยให้เป็นอิสระอีกครั้ง

2.1 มีแนวโน้มว่าจะทำให้ผู้ป่วยคนอื่นได้รับความเดือดร้อนและการกระทำดังกล่าวมีผลกระทบต่ออาการของ
ผู้ป่วยทั้งในอดีตและอนาคต

2.2 มีอาการทำร้ายตัวเอง, มีความคิดจะฆ่าตัวตาย

2.3 นอกจากที่กล่าวในข้อ 2.1 และ 2.2 มีอาการซึ่งยากถ้าปล่อยให้เป็นอิสระต่อไป

2.4 อื่นๆ ()

แพทย์ผู้ดูแล.....

ข้อควรทราบในกรณีจำเป็นต้องเข้าโรงพยาบาลต่อ

ชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....

- 1.ตามที่ท่านได้ยื่นความประสงค์เพื่อจะออกจากโรงพยาบาลนั้นตามวินิจฉัยของคณะแพทย์ผู้ดูแลได้ลงความเห็นว่ามีจำเป็นต้องรักษาต่อโดยอาศัยอำนาจกฎหมายมาตรา 22 ข้อ 4 หัวข้อที่ 4 ว่าด้วยเรื่องสวัสดิการผู้มีปัญหาทางจิตรวมทั้งสุขภาพจิตใจ
- 2.ขณะเข้ารักษาพยาบาลท่านสามารถรับและส่งจดหมายได้แต่ในกรณีที่สงสัยว่ามีสิ่งผิดปกติสอดใส่ในจดหมายจดหมายจะถูกเปิดตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและในกรณีที่ตรวจพบจะถูกเก็บรักษาไว้ที่โรงพยาบาล
- 3.ขณะเข้ารักษาพยาบาลท่านสามารถใช้เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่ท่านทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิส่วนบุคคลจะทำหน้าที่เป็นตัวแทนท่านในการรับโทรศัพท์, สัมภาษณ์หรือปรึกษากับทนายที่ท่านต้องการว่าจ้าง แต่สำหรับบุคคลอื่นที่นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วต้องอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์เพื่อประโยชน์ในการรักษา
- 4.ขณะเข้ารักษาพยาบาลความประพฤติบางอย่างของท่านอาจถูกจำกัดในกรณีที่จำเป็นเพื่อประโยชน์ในการรักษา
- 5.ถ้าท่านมีข้อข้องใจหรือไม่เข้าใจประการใดท่านสามารถสอบถามพนักงานของสถานพยาบาลได้ตลอดเวลา อนึ่งถ้าท่านได้รับความข้องใจประการใดจากการจำกัดเสรีภาพท่านสามารถร้องเรียนไปยังหน่วยงานของรัฐประจำอำเภอ จังหวัดเพื่อแก้ไขกฎระเบียบให้ดีขึ้นต่อไป
สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดของการร้องเรียนเพิ่มเติมได้จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

(ที่อยู่และสถานที่ติดต่อแผนกสวัสดิการสุขภาพจิตประจำแต่ละอำเภอ จังหวัด)

6. กรุณาให้ความร่วมมือตามวิธีการรักษาของโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล.....

ชื่อผู้ดูแล.....

ชื่อนายแพทย์ผู้วินิจฉัย.....

ชื่อนายแพทย์ผู้ดูแล.....

แบบฟอร์มการออกจากโรงพยาบาลและบำบัดรักษา

วันที่..... เดือน..... ปี.....

ชื่อผู้ว่าราชการจังหวัด(ผู้รับผิดชอบประจำอำเภอ).....

ที่อยู่ผู้ทำเรื่อง.....

ชื่อผู้ทำเรื่อง.....

ประสงค์จะทำเรื่องออกจากโรงพยาบาล · รับการบำบัดให้ดีขึ้นตามกฎหมายมาตรา38 ข้อ 4
ว่าด้วยเรื่องสวัสดิการผู้มีปัญหาทางจิตรวมถึงจิตใจ

ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลโรคจิต	ชื่อ วันเดือนปีเกิด(เป็นปี ค.ศน) ที่อยู่
ผู้ยื่นความจำนง	1 เจ้าตัว 2 ผู้ดูแล(ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย) 3 ตัวแทน
ชื่อสถานพยาบาล	โรงพยาบาล
วันเดือนปีที่เข้าโรงพยาบาล	วันที่ เดือน ปี
ประเภทของการเข้าโรงพยาบาล	1 แบบจัดการ 2 แบบได้รับวินิจฉัย 4 แบบสมัครใจ 4 แบบอื่นๆ
เหตุผลที่ยื่นเรื่อง	