

## Aviso referente à Internação (Internação Opcional)

Sr. (a).....

ano.....mês.....dia.....

- 1- A sua internação é do tipo **INTERNAÇÃO OPCIONAL** de acordo com os regulamentos da lei referente à Sanidade Mental e Previdência Social aos Portadores de Distúrbio Psiquiátrico, do artigo número 22 - 3.
- 2- Durante a sua internação, não serão restringidos emissão e recebimento de cartas e postais. Contudo, caso seja constatado presença de objetos estranhos dentro do envelope das correspondências, pediremos que abra-a na presença do funcionário do hospital e tal conteúdo poderá ser retido no local.
- 3- Durante a sua internação, não serão restringidos a visita dos funcionários públicos que cuidarão da preservação dos seus direitos humanos, a visita ou telefonemas do advogado que lhe representa, ou, a visita do mesmo que irá lhe representar a seu pedido ou a pedido do seu familiar. Em relação às demais visitas e telefonemas, poderão ser restringidos periodicamente segundo ordens do médico, de acordo com o estado clínico.
- 4- Durante a sua internação, de princípio, o seu trato será de condições liberais.(Trato de livre entrada e saída do hospital, exceto à noite). Contudo, dependendo das necessidades terapêuticas, o seu trato liberal poderá sofrer restrições.
- 5- Durante a sua internação, em casos inevitáveis, teremos que restringir a sua atitude para fins terapêuticos.
- 6- Como a sua internação é do tipo **INTERNAÇÃO OPCIONAL**, o (a)senhor(a) poderá fazer a requisição de sua alta hospitalar, se assim o desejar. Contudo, se após a avaliação clínica do Médico Sanitarista Mental Cadastrado comprovar a necessidade, a sua internação poderá ser prorrogada. Nesta ocasião, será fornecido explicações sobre a prorrogação da internação.
- 7- Se o (a) Senhor.(a) tiver alguma dúvida ou pontos que não concorde, não se iniba em dirigir-se ao funcionário do hospital. O (a) senhor(a) ou o seu responsável poderá fazer a requisição ao governador da sua província para reconsiderar a sua alta ou o trato hospitalar, se assim o desejar. Se desejar melhores informações sobre este item, o(a) senhor(a) deverá dirigir-se ao funcionário do hospital ou se informar no endereço abaixo:

Enderêço e telefone do Departamento de Sanidade Mental e Previdência Social de cada Província
--

- 8- Pedimos que se esforce para se recuperar conforme a programação do tratamento do hospital.

Nome do hospital

Nome do supervisor

Nome do médico responsável

## CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO OPCIONAL

Ano.....mês.....dia.....

Médico Superior do Hospital.....

Nome do paciente a ser internado.....

Data de nascimento.....

Enderêço.....

De acordo com os regulamentos da lei número 22 - 4 - 1, referente à  
Sanidade Mental e Previdência Social aos Portadores de Distúrbio Psiquiátrico,  
eu dou o meu CONSENTIMENTO para ser internado no vosso hospital, com  
ciência do AVISO REFERENTE À INTERNAÇÃO (informe sobre internação).

## Aviso referente à Internação (Internação de Proteção Médica)

Sr. (a).....

ano.....mês.....dia.....

- 1) A sua internação foi constatado necessária em decorrência à avaliação médica do Médico Sanitarista Mental Cadastrado em : ano.....mês.....dia.....
- 2- A sua internação é do tipo **INTERNAÇÃO DE PROTEÇÃO MÉDICA** de acordo com os regulamentos da lei referente à Sanidade Mental e Previdência Social aos Portadores de Distúrbio Psiquiátrico, do artigo número 33 (primeira cláusula e segunda cláusula).
- 3- Durante a sua internação, não serão restringidos emissão e recebimento de cartas e postais. Contudo, caso seja constatado presença de objetos estranhos dentro do envelope das correspondências, pediremos que abra-a na presença do funcionário do hospital e tal conteúdo poderá ser retido no local.
- 4- Durante a sua internação, não serão restringidos a visita dos funcionários públicos que cuidarão da preservação dos seus direitos humanos, a visita ou telefonemas do advogado que lhe representa, ou, a visita do mesmo que irá lhe representar a seu pedido ou a pedido do seu familiar. Em relação às demais visitas e telefonemas, poderão ser restringidos periodicamente segundo ordens do médico, de acordo com o estado clínico.
- 5- Durante a sua internação, em casos inevitáveis, teremos que restringir a sua atitude, para fins terapêuticos.
- 6- Se o (a) Senhor.(a) tiver alguma dúvida ou pontos que não concorde, não se iniba em dirigir-se ao funcionário do hospital. O (a) senhor(a) ou o seu responsável poderá fazer a requisição ao governador da sua província para reconsiderar a sua alta ou o trato hospitalar, se assim o desejar. Se desejar melhores informações sobre este item, o(a) senhor(a) deverá dirigir-se ao funcionário do hospital ou se informar no endereço abaixo:

Enderêço e telefone do Departamento de Sanidade Mental e Previdência Social de cada Província
---

- 7- Pedimos que se esforce para se recuperar conforme a programação do tratamento do hospital.

Nome do hospital

Nome do supervisor

Nome do médico cadastrado

Nome do médico responsável

## Aviso referente à INTERNAÇÃO (INTERNAÇÃO PROVISÓRIA)

Sr. (a).....

ano.....mês.....dia.....

- 1- A sua internação foi constatado necessária em decorrência à avaliação médica do Médico Sanitarista Mental Cadastrado em : ano.....mês.....dia.....
- 2- A sua internação é **INTERNAÇÃO PROVISÓRIA** segundo a lei referente à Sanidade Mental e Previdência Social aos Portadores de Distúrbio Psiquiátrico, artigo 33 - 4.
- 3- Durante a sua internação, não serão restringidos emissão e recebimento de cartas e postais. Contudo, caso seja constatado presença de objetos estranhos dentro do envelope das correspondências, pediremos que abra-a na presença do funcionário do hospital e tal conteúdo poderá ser retido no local.
- 4- Durante a sua internação, não serão restringidos a visita dos funcionários públicos que cuidarão da preservação dos seus direitos humanos, a visita ou telefonemas do advogado que lhe representa, ou, a visita do mesmo que irá lhe representar a seu pedido ou a pedido do seu familiar. Em relação às demais visitas e telefonemas, poderão ser restringidos periodicamente segundo ordens do médico, de acordo com o estado clínico.
- 5- Durante a sua internação, em casos inevitáveis, teremos que restringir a sua atitude, para fins terapêuticos.
- 6- Se o (a) Senhor.(a) tiver alguma dúvida ou pontos que não concorde, não se iniba em dirigir-se ao funcionário do hospital. O (a) senhor(a) ou o seu responsável poderá fazer a requisição ao governador da sua província para reconsiderar a sua alta ou o trato hospitalar, se assim o desejar. Se desejar melhores informações sobre este item, o(a) senhor(a) deverá dirigir-se ao funcionário do hospital ou se informar no endereço abaixo:

Enderêço e telefone do Departamento de Sanidade Mental e Previdência Social de cada Província
---

- 7- Pedimos que se esforce para se recuperar conforme a programação do tratamento do hospital.

Nome do hospital

Nome do supervisor

Nome do médico cadastrado

Nome do médico responsável

## **Aviso referente à RESTRIÇÃO FÍSICA**

Sr.(a).....

Ano.....mês.....dia.....

1- Devido ao seu estado clínico estar compatível ao(s) ítem(s) abaixo, limitaremos a sua RESTRIÇÃO FÍSICA.

2- Assim que houver a melhora no seu estado clínico, a sua RESTRIÇÃO FÍSICA será liberada.

### **Ítems**

A- Estado em que há risco iminente de tentativa de suicídio ou auto-agressão.

B- Estado notável de inquietude e hiper-agitação motora.

C- Estado em que há risco de vida do(a) paciente devido à outras deficiências psiquiátricas além dos referidos nos ítems A e B, se deixá-lo(a) sem devidos cuidados.

D- Outros ( )

Nome do Médico Sanitarista Mental Cadastrado :

.....

## Aviso referente ao ISOLAMENTO DE PACIENTE

Sr.(a).....

Ano.....mês.....dia.....

1- Devido ao seu estado clínico estar compatível ao(s) ítem(s) abaixo, deixaremos o senhor(a) em ISOLAMENTO a partir deste momento (hora .....).

2- Assim que houver melhora no estado abaixo referido, o seu ISOLAMENTO físico será liberado.

### Ítems

A- Estado em que a sua relação humana possa causar risco evidentemente prejudicial aos demais pacientes, e que as suas palavras e ações possam influenciar negativamente ao curso da sua doença ou seu prognóstico.

B- Estado em que há risco iminente de tentativa de suicídio ou auto-agressão.

C- Estado de difícil controle do ato agressivo ou nitidamente perturbador aos demais pacientes e de ato destrutivo de materiais, e não há como controlar por outros métodos.

D- Estado de difícil tratamento médico ou proteção do(a) paciente em enfermaria psiquiátrica comum por apresentar Movimento Psiquiátrico Excitativo Agudo com evidência de inquietude, hiper-agitação motora e comportamento explosivo.

E- Nos casos de necessidade de isolar o(a) paciente com complicação física afim de realizar exames laboratoriais e terapêutica.

F- Outros ( ..... )

Nome do médico.....

## **Aviso referente ao CONTROLE DE SAÍDA**

Sr.(a).....

Em vista da sua condição clínica e necessidade terapêutica a sua saída do hospital está limitada.

A sua saída do hospital será liberada novamente assim que o seu estado clínico melhorar e houver permissão médica.

Ano.....mês.....dia.....

Horário.....

Nome do médico.....





## Aviso referente à PRORRONGAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Sr. (a).....

ano.....mês.....dia.....

- 1 - Notificamos que, apesar da sua requisição de alta, a sua internação será prorrogada partir de (hora : ) em decorrência à avaliação médica do Médico Sanitarista Mental Cadastrado, de acordo com os regulamentos da lei referente à Sanidade Mental e Previdência Social aos Portadores de Distúrbio Psiquiátrico, do artigo número 22 ( cláusula 4 - 4).
- 2 - Durante a sua internação, não serão restringidos emissão e recebimento de cartas e postais, Contudo, caso seja constatado presença de objetos estranhos dentro do envelope das correspondências, pediremos que abra - a na presença do funcionário do hospital e tal conteúdo poderá ser retido no local.
- 3 - Durante a sua internação, não serão restringidos a vista dos funcionários públicos que cuidarão da preservação dos seus direitos humanos, a visita ou telefonemas do advogado que lhe representa, ou, a visita do mesmo que irá lhe representar a seu pedido ou a pedido do seu familiar. Em relação às demais visitas e telefonemas, poderão ser restringidos periodicamente segundo ordens do médico, de acordo com o estado clínico.
- 4 - Durante a sua internação, em casos inevitáveis, teremos que restringir a sua atitude, para fins terapêuticos.
- 5 - Se o (a) Senhor(a) tiver alguma dúvida ou pontos que não concorde, não se iniba em dirigir-se ao funcionário do hospital. O (a) senhor(a) ou o seu responsável poderá fazer a requisição ao governador da sua província para reconsiderar a sua alta ou o trato hospitalar, se assim o desejar. Se desejar melhores informações sobre este item, o(a) senhor(a) deverá dirigir-se ao funcionário do hospital ou se informar no endereço abaixo :

Enderêço e telefone do Departamento de Sanidade Mental e Previdência Social de cada Província
--

- 6 - Pedimos que se esforce para se recuperar conforme a programação do tratamento do hospital.

Nome de hospital

Nome de supervisor

Nome do médico cadastrado

Nome do médico responsável

## Formulário para Requerimento de Alta/Melhoria de Trato Hospitalar

Ano.....Mês.....Dia.....

Ilmo. Sr. Governador (Prefeito)de : .....

Requerente :

Enderêço

Nome

De acordo com a Lei número 4 cláusula 38 referente à Sanidade Mental e Assistência Social de Deficientes Mentais, solicito a Alta /Melhoria de Trato Hospitalar.

Para pacientes internados no hospital psiquiátrico no momento do requerimento	Nome Data de Nascimento : Ano                      Mês                      Dia Enderêço
Requerente	1 O próprio 2 Responsável (relação com o paciente                      ) 3 Representante
Nome do Hospital	Hospital
Data da Internação	Ano                      Mês                      dia
Tipo de Internação	1 - para tratamento    2 - Proteção Médica    3 - Opcional    4 - outros
Razões para o requerimento detalhadamente	