

WZÓR

Karta zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym,
innym zakładzie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej

1. W dniu o godz.

wobec Pani/Pana*
(imię i nazwisko)

przebywającej(-ego) w:

.....
(oznaczenie szpitala psychiatrycznego, innego zakładu leczniczego albo jednostki organizacyjnej pomocy społecznej)

zastosowano przymus bezpośredni:

1) rodzaj(-e) zastosowanego przymusu bezpośredniego:

2) przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego.

3) osoba(-y) zlecająca(-e) zastosowanie przymusu bezpośredniego:

2. Osoba(-y) nadzorująca(-e) zastosowanie przymusu bezpośredniego:

(imię i nazwisko oraz stanowisko)

Lp.	Data i godzina	imię i nazwisko oraz stanowisko

3. Informacja o zatwierdzeniu przymusu bezpośredniego:

.....
(imię i nazwisko oraz stanowisko)

4. Informacja o podjęciu decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego oraz uzasadnienie tej decyzji, jeżeli dotyczy:

Lp.	Data i godzina	Imię i nazwisko oraz stanowisko	Uzasadnienie

5. Czas trwania przymusu bezpośredniego:

- 1) data i godzina rozpoczęcia stosowania przymusu bezpośredniego
- 2) data i godzina zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego:
- 3) łączny czas stosowania przymusu bezpośredniego: godz..... min.....

6. Opis przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza/lekarza psychiatrę oraz skutków stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany, a także imię i nazwisko oraz stanowisko osoby stosującej przymus bezpośredni:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Osoba(-y) podejmująca(-e) decyzję o zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego:

.....
.....
.....
.....
.....

(imię i nazwisko oraz stanowisko osoby podejmującej decyzję)

8. Dokumentację, o której mowa w § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. poz. 2459), przekazano do oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego*:

- 1) kierownikowi podmiotu leczniczego, lub lekarzowi przez niego upoważnionemu;
- 2) lekarzowi specjalście w dziedzinie psychiatrii upoważnionemu przez marszałka województwa.

.....
(data, godzina oraz imię i nazwisko oraz stanowisko osoby potwierdzającej przekazanie dokumentacji)

9. Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego kierownika podmiotu leczniczego/upoważnionego lekarza* o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:

1) stwierdzam istnienie podstawy prawnej i faktycznej zastosowania przymusu bezpośredniego wynikającej z art. 18 ust. 1^a:

a) pkt 1 - osoba dopuszcza się zamachu przeciwko:

- lit. a – życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby,
- lit. b – bezpieczeństwu powszechnemu,

b) pkt 2 – w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu,

c) pkt 3 – poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej

- ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878)

2) stwierdzam brak podstawy prawnej do zastosowania przymusu bezpośredniego (należy uzasadnić)

3) zasadność zastosowanego przymusu bezpośredniego

(rodzaj zastosowanego środka przymusu)

potwierdzam / nie potwierdzam* (należy uzasadnić w przypadku braku potwierdzenia)

4) prawidłowość zastosowania procedury dla danego rodzaju przymusu bezpośredniego oraz jej przeprowadzenia zgodnie z odpowiednimi wymaganiami, o których mowa w art. 18–18f ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego:

potwierdzam/nie potwierdzam* prawidłowość zastosowania procedury (należy uzasadnić w przypadku brak potwierdzenia)

5) ocena sposobu działania w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, jeżeli dotyczy:

6) udokumentowanie zastosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z wymogami, o których mowa w art. 18– 18f ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

prawidłowe/nieprawidłowe* udokumentowanie przymusu bezpośredniego (należy uzasadnić w przypadku nieprawidłowości)

(miejscowość, data)

(oznaczenie podmiotu przeprowadzającego ocenę zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego)

* Niepotrzebne skreślić

