

LEGEA

sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002*)

CAPITOLUL I

Dispoziții generale

Art. 1. - Sănătatea mintală reprezintă o componentă fundamentală a sănătății individuale și constituie un obiectiv major al politicii de sănătate publică.

Art. 2. - Guvernul României, prin organismele sale abilitate, întreprinde măsuri pentru promovarea și apărarea sănătății mintale, prevenirea și tratamentul tulburărilor psihice.

Art. 3. - Ministerul Sănătății este autoritatea competentă pentru organizarea și controlul activității de ocrotire a sănătății mintale a populației.

[- Act satelit -] Ordinul M.S. nr. 374/2006 - privind aprobarea Strategiei in domeniul sanatatii mintale

I. Preambul

Raportul anual (2001) al Organizației Mondiale a Sănătății arată că tulburările psihice sunt o importantă sursă de dizabilități, 5 din primele 10 poziții ale ierarhiei bolilor în funcție de capacitatea de a genera dizabilități fiind ocupate de tulburări psihice.

Prevalența pe viață a acestor boli este de aproximativ 33% ceea ce înseamnă că unul din trei oameni va avea, la un moment dat, pe parcursul vieții, o tulburare psihică diagnosticabilă prin criterii internațional acceptate. Prevalența pe 6 luni este de aproximativ 20%. Chiar dacă în România nu dispunem de studii epidemiologice recente (pentru că sunt foarte costisitoare) nu există nici un motiv pentru a crede că ne situăm sub acest nivel considerat teoretic. Dimpotrivă, există suficiente indicii care sugerează, în ultimul deceniu, valori semnificativ mai mari (în raport cu media europeană): deteriorarea generală a stării de sănătate a populației, expansiunea abuzurilor și a dependențelor de substanțe psihoactive, creșterea ratei suicidului, suprasaturarea cu factori de stres a societății (declin economic, creșterea șomajului, scăderea nivelului de trai), expansiunea comportamentelor agresive și violente etc.

Importanța problemei este subliniată și de faptul că, spre deosebire de marea majoritate a bolilor somatice, o boală psihică prezentă la o anumită persoană reprezintă o sursă de alterare a echilibrului microgrupului social (familiar, profesional) în care această persoană trăiește. În evaluarea costurilor

economice ale tulburărilor psihice se estimează că raportul între costurile globale și costurile directe (legate de asistența medicală) este de aproximativ 9/1, ceea ce înseamnă că intervenția societății trebuie să fie preponderent preventivă. De pildă, studii foarte recente demonstrează că în majoritatea țărilor europene costurile globale ale alcoolismului sunt mai mari de 1% (până la 5%!) din PIB.

În afară de datele de prevalență ale unor tulburări psihice constituite (deci cu spațiu nosografic clar delimitat prin criteriile internaționale de diagnostic) există și categoria "simptomelor izolate", estimată la 18-20% ca prevalență punctuală. Opinia actuală este că trebuie intervenit încă din acest stadiu larvar de boală.

Îngrijirile de sănătate mintală în România se concentrează, în prezent, în spitalele de psihiatrie și sunt subordonate unui model excesiv biologizant. Oarecum paradoxal, numărul de paturi de psihiatrie este printre cele mai scăzute din Europa (76,1 paturi la 100.000 de locuitori). Nu există decât o comunicare formală între unitățile cu paturi și cele ambulatorii, continuitatea îngrijirilor se limitează adesea la continuitatea administrării unui anumit medicament psihotrop, nu se poate vorbi despre o anume specializare, nu există conceptul de echipă terapeutică și cu atât mai puțin acela de îngrijiri comunitare. În opinia publică persistă imaginea negativă a bolii psihice, a purtătorilor acestor boli, a spațiilor de îngrijire și chiar a celor ce o îngrijesc.

În aceste condiții necesitatea unei reforme este de domeniul evidenței. Această reformă nu s-a făcut din cel puțin 3 motive:

- lipsa unei viziuni și a unei strategii la nivel central;
- lipsa resurselor financiare;
- lipsa coeziunii și a unei determinări autentice la nivelul profesioniștilor de sănătate mintală.

Ministerul Sănătății își propune adoptarea unei politici în sănătatea mintală, politică pe care o prezentăm în continuare.

(pct. I din anexa la Ordinul M.S. nr. 374/2006, în aplicarea art. 3 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

NOTĂ UltraTech: Planul de acțiune pentru implementarea Strategiei în domeniul sănătății mintale, aprobat prin art. 1 din Ordinul M.S. nr. 426/2006, în aplicarea art. 3 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale.

Art. 4. - Ministerul Sănătății elaborează Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică, corespunzător cerințelor de sănătate ale populației.

[- Act satelit -] Ordinul M.S. nr. 374/2006 - privind aprobarea Strategiei în domeniul sănătății mintale

IV. Axe strategice (module)

Strategia Ministerului Sănătății în domeniul sănătății mintale poate fi sintetizată în 5 axe pe care le vom numi în continuare module:

1. modulul "prevenție";
2. modulul "sistem de îngrijiri";
3. modulul "legislație";
4. modulul "resurse";
5. modulul "conexiuni cu alte sisteme".

1. Modulul prevenție (profilaxie primară)

În orice strategie de sănătate mintală versantul preventiv trebuie să fie prioritar.

Pentru realizarea acestui obiectiv se vor încuraja colaborările în parteneriat cu organizații neguvernamentale specializate în domeniul sănătății mintale, care pot furniza proiecte profesionale, eventual cu finanțare externă, și pot constitui mijloace de transferare a expertizei în domeniu (adesea costisitoare prin faptul că necesită evaluări complexe, experiență anterioară, implicarea unor specialiști multidisciplinari) în vederea generalizării unor astfel de inițiative la condițiile noastre specifice. De asemenea, se va încuraja cooperarea interdepartamentală (cu Ministerul Educației și Cercetării în primul rând, Ministerul Apărării Naționale etc.) pentru identificarea nevoilor grupurilor-țintă, elaborarea mesajelor, a programelor și evaluarea lor post-factum.

Ministerul Sănătății are în vedere 3 tipuri de prevenție, în funcție de populația-țintă:

a) prevenția generală, ce vizează întreaga populație.

Exemple:

- programe de igienă mintală (uzul/abuzul de substanțe psihoactive, profilaxia insomniilor etc);
- managementul stresului, al situațiilor de criză și al conflictelor etc;
- programe destinate părinților pentru educarea copiilor în prevenirea abuzului de alcool, droguri sau pentru prevenirea abuzării copiilor (campanii de postere tematice, stimularea conștientizării societății civile, implicarea părinților în activitatea educațională din școli);
- programe de parteneriate cu mass-media pentru răspândirea sistematică a concepțiilor referitoare la un stil de viață sănătos sau de valorizare a activității de voluntariat;
- programe de asistență pentru situații de criză (dezastre);
- atragerea în parteneriate a unor instituții de largă reprezentare, cum este Biserica;

b) prevenția selectivă, ce vizează grupuri populaționale al căror risc de a dezvolta tulburări psihice este semnificativ mai mare decât al mediei.

Exemple:

- programe privind copiii instituționalizați;
- programe adresate copiilor și adolescenților cu antecedente heredo-colaterale de dependență de alcool;
- programe adresate copiilor convalescenți care au suferit agresiuni cerebrale;
- programe de integrare-protecție a copiilor cu boli severe, cu potențial transmisibil - SIDA;

c) prevenția focalizată, ce vizează grupuri cu risc înalt (simptome minimale, markeri biologici, predispoziție genetică; fără să se întrunească criteriile internaționale de diagnostic pentru o anumită tulburare psihică).

Exemple:

- programe privind copiii cu antecedente heredo-colaterale de patologie afectivă, schizofrenie etc;
- programe privind populația vârstnică;
- programe de dezvoltare a rețelei de suport social pentru reducerea efectelor psihosociale defavorabile asupra vârstnicilor;
- programe destinate copiilor cu risc pentru afecțiuni psihice majore prin prezența familială a unei vulnerabilități genetice (schizofrenie, boli afective, adicții etc.) sau prin prezența unui factor familial

extern (părinți cu adicții, familie asistată social) sau prin tulburări de comportament (opozitionism, violență în mediul școlar);

- înființarea de centre de consiliere, încurajarea celor aparținând de ONG-uri, având ca populații-țintă familiile cu risc;

- programe pentru părinții/familiile dezorganizate cu risc crescut de abuzare/neglijare a copiilor, copii orfani.

Se va urmări identificarea factorilor de risc biologici, psihologici și sociali, prin metodologii specifice (screening), eventual adaptate populației de referință.

Intervenția preventivă (profilaxia primară) trebuie să facă obiectul unor programe educaționale, medicale, de asistență socială etc. Conceptul, dar mai ales formatul de tip program asigură structura optimă, pornind de la formularea obiectivelor finale și de etapă, de la resursele umane și financiare și terminând cu monitorizarea realizării.

Ministerul Sănătății consideră ca fiind fundamentală plasarea în poziție prioritară, în cadrul modulului prevenție, a programelor și acțiunilor ce vizează sănătatea mintală a copiilor și adolescenților. În acest context obiectivele imediate sunt:

- promovarea unei concepții mai cuprinzătoare asupra protecției sănătății mintale care să includă atât copilul, cât și familia sa, cel puțin mama;

- înființarea unor centre de consiliere prenatală;

- înființarea de centre de consiliere a familiilor cu copii aflate în dificultate (risc de abandon, cu copii instituționalizați, monoparentale, cu părinți plecați la muncă în străinătate);

- prevenirea întârzierii dezvoltării psihomotorii a copilului prin reintroducerea examinărilor periodice care să includă teste (screening) pentru depistarea și intervenția precoce;

- întărirea protecției sănătății mintale a copilului școlar prin pregătirea continuă a personalului medical școlar;

- introducerea de programe de sănătate mintală a copilului școlar care să asigure armonizarea cerințelor programului de învățământ cu potențial cognitiv-emoțional al elevilor (teme mai puține pentru acasă, fără exagerările actuale); vizează îmbunătățirea integrării școlare, reducerea riscului de tulburări de conduită, a părăsirii precoce a școlii;

- creșterea ponderii educației sanitare în școli vizând dezvoltarea unui stil de viață sănătos și formarea competențelor sociale (combaterea toxicomaniilor, alcoolismului, suicidului, violenței), asigurarea educației sexuale;

- diversificarea formelor de intervenție medico-educățională în școli și în afara lor pentru a acoperi nevoile speciale ale unor categorii de copii și tineri cu vulnerabilitate crescută (diferite forme de handicap, dezavantaj social, cu risc crescut de dezadaptare socială și delincvență);
- introducerea de programe de consiliere preventivă adresate copilului și familiei cu un părinte bolnav somatic sever.

Pentru tineri și persoanele adulte:

- dezvoltarea de programe de prevenție primară (informare și consiliere) a adicțiilor, oferite de medicii generaliști și la nivelul medicinei primare);
- dezvoltarea de programe de sprijin psihologic adresate tinerilor delincvenți introduși în condiții de probațiune, precum și ofițerilor de probațiune.

2. Modulul sistem de îngrijiri (profilaxie secundară și terțiară)

Ministerul Sănătății consideră că reformarea sistemului de îngrijiri în sănătatea mintală trebuie să se facă prin respectarea următoarelor principii, validate de experiența internațională:

1. al zonalității (teritorializării);
2. al echipei terapeutice;
3. al continuității îngrijirilor;
4. al specializării (multicriteriale: vârstă, patologie, abordare terapeutică);
5. al orientării comunitare.

Odată adoptate aceste principii, reforma impune pe termen scurt și mediu un compromis între dispozitivul de îngrijiri actual și cel prefigurat.

Promovarea unui nou tip de structuri care să asigure dezvoltarea îngrijirilor în direcția celor 5 principii enunțate.

2.1. Flexibilizarea structurilor prevăzute/existente în fiecare zonă (laborator de sănătate mintală/centru de sănătate mintală) prin:

- a) asigurarea mobilității echipei existente în centrul de sănătate mintală teritorial;
- b) dezvoltarea centrelor de criză, inclusiv a celor funcționând pe lângă spitalele generale sau policlinici;
- c) dezvoltarea serviciilor de psihiatrie de legătură;
- d) dezvoltarea compartimentelor de psihiatrie din spitalele generale teritoriale.

2.2. Dezvoltarea stadială, progresivă, echilibrată, adecvată nevoilor locale și resurselor disponibile a serviciilor și structurilor celor mai potrivite specificului local, care să asigure continuitatea îngrijirilor în condiții cât mai apropiate ambientului firesc natural al pacientului (îngrijire de tip comunitar).

2.3. După asigurarea capacităților de îngrijire de tip comunitar, se poate trece la transferarea sarcinilor de îngrijire - prin dezinstituționalizare - către acest sector, prin reducerea adecvată a numărului de paturi din spitalele de profil existente în teritoriu. Se va asigura practic, în acest mod, îngrijirea populației de pacienți existente în teritoriu în condiții de tip comunitar, cu aceleași fonduri, dar în condiții mai bune de cost-eficiență. Acest proces trebuie să înceapă după înființarea unui număr adecvat (minimal) de unități ambulatoriu teritorializate.

Structuri (dispozitivul de îngrijiri):

- centrul de sănătate mintală;
- spitalul de psihiatrie;
- secția/compartimentul de psihiatrie din spitalul general;
- staționarul de zi;
- centrul de intervenție în criză;
- rețele specializate: dependențe, gerontopsihiatrie etc.

Centrul de sănătate mintală trebuie să devină piesa fundamentală a sistemului. Centrul de sănătate mintală, denumire acreditată în statele Uniunii Europene pentru asistența psihiatrică comunitară ambulatorie, este echivalentul laboratorului de sănătate mintală, înființat prin ordinul ministrului sănătății nr. 86/1976. (În prezent prin ordinul ministrului sănătății nr. 736 din 2 noiembrie 1999, laboratorul de sănătate mintală este integrat în spitalul psihiatric sau în spitalul general cu secție de psihiatrie.)

Centrul de sănătate mintală trebuie să devină unitatea de bază a îngrijirilor psihiatrice, el reprezentând în fapt deplasarea accentului îngrijirilor spre ambulatoriu, o alternativă la spitalizare ce permite o mai bună monitorizare a tratamentului și a programelor de reabilitare și realizarea unui raport cost-eficiență optim.

Centrul de sănătate mintală, ca element structural major al sistemului de îngrijiri, poate îndeplini și alte funcții importante, cum sunt screeningul pentru identificarea factorilor de risc și a nevoilor concrete ale unui anumit teritoriu sau implementarea unor programe de prevenție selectivă și focalizată.

Asistența comunitară va dezvolta și măsuri de prevenție secundară prin colaborarea cu serviciile de asistență socială în vederea:

- interesării părinților în realizarea unui statut de îngrijire corespunzător al copiilor cu diferite riscuri;
- plasamentului acestor copii în instituții adecvate când nu mai există alte soluții;
- identificării precoce a copiilor cu semne minore de dezvoltare/dezadaptare (performanțe școlare proaste, hiperactivitate, tulburări de atenție etc), întrucât ei constituie o populație cu riscuri viitoare mai mari de comunicare, de construire a stimei de sine, cu riscuri comportamentale, depresie, adicție la substanțe, violență;
- dezvoltării unor oportunități bazate pe resursele locale care să țintească compensarea dificultăților de mai sus prin stimularea socializării secundare în grupuri de adolescenți, prin dezvoltarea unor deprinderi sănătoase de petrecere a timpului liber, a stimei de sine și capacităților normale de adaptare la comunitate;
- dispensarizării la un nivel mai complex (biopsihosocial), mai intens și competent decât în prezent, la nivelul echipei terapeutice și cu ajutorul unor oportunități multiple (case protejate, vizite la domiciliu, grupuri terapeutice, grupuri de foști dependenți, gen AA etc.) sprijinite/dezvoltate cu ajutorul autorităților/comunităților locale.

3. Modulul legislație

La acest nivel Ministerul Sănătății are în vedere:

- elaborarea normelor de implementare pentru Legea sănătății mintale care a fost adoptată sub numele de Legea nr. 487/2002. Legea are titlul "Legea privind promovarea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice", proiect în a cărui elaborare au fost respectate "Principiile pentru protecția persoanelor cu tulburări psihice și ale ameliorării îngrijirilor de sănătate mintală" conținute în Rezoluția 46/119 a Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite din 17 decembrie 1991.

După adoptarea acestor norme, Ministerul Sănătății se va implica în procesul de implementare, atât la nivelul corpului de profesioniști în sănătatea mintală (prin ateliere zonale, cu ajutorul grupului de specialiști ce au lucrat la elaborarea legii), cât și la nivelul întregii populații (prin campanie de mediatizare);

- alte segmente legislative ce privesc:

- regimul substanțelor psihoactive (inclusiv băuturile alcoolice);
- diseminarea modelelor violenței prin diverse canale mediatice;
- regimul juridic al persoanelor cu tulburări psihice care comit infracțiuni.

4. Modulul resurse

a) Resurse financiare

Ministerul Sănătății va continua să finanțeze Programul de profilaxie în sănătatea mintală și va urmări, prin comisia de specialitate, o continuă ameliorare a acestui program. Pe de altă parte, Ministerul Sănătății va încuraja identificarea unor linii extrabugetare de finanțare, inclusiv din surse externe (internaționale): Banca Mondială, PHARE etc.

b) Resurse umane

Ministerul Sănătății va urmări elaborarea și implementarea următoarelor:

- programe de formare adaptate obiectivelor acestei strategii, la toate nivelurile (studenți la medicină, medici psihiatri, psihologi, asistente, asistenți sociali etc.);
- programe de specializare pentru medicii de familie;
- mecanisme de atragere către zona sănătății mintale a altor specialiști: sociologi, juriști, reprezentanți ai clerului etc.

Dezvoltarea îngrijirilor psihiatrice comunitare și asistența socială adecvată trebuie să constituie o prioritate. Aceasta include implicarea medicilor de familie și a lucrătorilor din îngrijirile de sănătate primară în îngrijirile de sănătate mintală.

Vor fi dezvoltate programe de instruire adecvate pentru toți profesioniștii de sănătate mintală, în concordanță cu standardele europene.

5. Modulul conexiuni cu alte sisteme (subsisteme de interfață)

Complexitatea unei strategii naționale de sănătate mintală impune, ca element tactic, realizarea unui grup de conexiuni cu alte sisteme. Este foarte probabil ca succesul strategiei să depindă de funcționalitatea acestor subsisteme de interfață. Principalele conexiuni sunt:

a) cu sistemul medical general:

- dezvoltarea psihiatriei de legătură (liaison psychiatry: compartimente de psihiatrie în spitalul general);
- combaterea tendințelor rejective față de bolnavul psihic manifestate în comunitatea medicinei somatice;
- dezvoltarea unei strategii de alianță cu medicina de familie;

b) cu învățământul universitar și cercetarea științifică:

- inserarea problematicii sănătății mintale în programa analitică a facultăților de medicină, psihologie, sociologie etc.;
- înființarea unui departament de sănătate mintală în cadrul Institutului de Sănătate Publică;
- înființarea unui Institut de Cercetări în Sănătate Mintală (prin colaborare cu Academia de Științe Medicale);

c) cu mass-media:

- programe de informare și sensibilizare adresate tinerilor jurnaliști;
- program de monitorizare a presei în vederea combaterii tendințelor stigmatizatoare față de boala psihică și purtătorii ei;

d) cu sistemul asociativ (ONG-uri):

În implementarea acestei strategii Ministerul Sănătății va colabora în continuare, inclusiv prin crearea unui grup de lucru permanent, cu principalele ONG-uri din domeniu: Liga Română pentru Sănătate Mintală, Asociația Psihiatrică Română și altele.

(pct. IV din anexa la Ordinul M.S. nr. 374/2006, în aplicarea art. 4 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 5. - În sensul prezentei legi:

- a) prin persoană cu tulburări psihice se înțelege persoana cu dezechilibru psihic sau insuficient dezvoltată psihic ori dependentă de substanțe psihoactive, ale cărei manifestări se încadrează în criteriile de diagnostic în vigoare pentru practica psihiatrică;
- b) prin persoană cu tulburări psihice grave se înțelege persoana cu tulburări psihice care nu este în stare să înțeleagă semnificația și consecințele comportamentului său, astfel încât necesită ajutor psihiatric imediat;
- c) prin pacient se înțelege persoana cu tulburări psihice aflată în îngrijirea unui serviciu medical;
- d) prin echipă terapeutică se înțelege grupul de profesioniști care asigură asistența medico - psihiatrică a pacienților aflați în spitalizare continuă sau discontinuă și cuprinde: psihiatru, specialist medicină internă sau medicină de familie, psiholog, asistent medical specializat, asistent social, ergoterapeut și personal paramedical;
- e) prin personal paramedical, altul decât cel prevăzut în Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, se înțelege un membru component al echipei terapeutice, altul decât medicul sau asistentul medical specializat;
- f) prin servicii complementare se înțelege serviciile care asigură îngrijiri de sănătate mintală și psihiatrice, precum: consiliere psihologică, orientare profesională, psihoterapie și alte proceduri medico - psihosociale;
- g) prin servicii comunitare se înțelege serviciile care permit îngrijirea pacientului în mediul său firesc de viață;
- h) prin capacitate psihică se înțelege atributul stării psihice de a fi compatibilă, la un moment dat, cu exercitarea drepturilor și libertăților;
- i) prin handicap psihic se înțelege incapacitatea persoanei cu tulburări psihice de a face față vieții în societate, situația decurgând direct din prezența tulburării psihice;
- j) prin consimțământ se înțelege acordul persoanei cu tulburări psihice, dacă aceasta nu are discernământul afectat, sau al reprezentantului legal ori convențional, după caz, cu privire la procedurile de internare, diagnostic și tratament; acesta trebuie să fie liber de orice constrângere și precedat de o informare completă, într-un limbaj accesibil, din care să rezulte avantajele,

dezavantajele și alternativele procedurilor respective, și să fie reconfirmat în continuare ori de câte ori este nevoie sau la inițiativa persoanei în cauză;

k) prin discernământ se înțelege componenta capacității psihice, care se referă la o faptă anume și din care decurge posibilitatea persoanei respective de a aprecia conținutul și consecințele acestei fapte;

l) prin pericolozitate socială se înțelege atributul unei stări psihice sau al unui comportament ce implică riscul unei vătămări fizice pentru sine ori pentru alte persoane sau al unor distrugerii de bunuri materiale importante;

m) prin reprezentant legal se înțelege persoana desemnată, conform legislației în vigoare, pentru a reprezenta interesele unei persoane cu tulburări psihice;

n) prin reprezentant convențional se înțelege persoana care acceptă să asiste sau să reprezinte interesele unei persoane cu tulburări psihice, în condițiile art. 45 alin. (1);

o) prin internare voluntară se înțelege internarea la cererea sau cu consimțământul pacientului;

p) prin internare nevoluntară se înțelege internarea împotriva voinței sau fără consimțământul pacientului;

q) prin contenționare se înțelege restricționarea libertății de mișcare a unei persoane, prin folosirea unor mijloace adecvate pentru a preveni mișcarea liberă a unuia dintre brațe, a ambelor brațe, a unei gambe sau a ambelor gambe ori pentru a-l imobiliza total pe pacient, prin mijloace specifice protejate, care nu produc vătămări corporale.

CAPITOLUL II

Promovarea și apărarea sănătății mintale și prevenirea îmbolnăvirilor psihice

Art. 6. - (1) Promovarea sănătății mintale vizează modele de conduită și un mod de viață sănătos, care cresc rezistența la factorii perturbatori și reduc riscul de apariție a bolilor psihice.

(2) Promovarea sănătății mintale se realizează prin mijloace educaționale și informaționale specifice celor utilizate pentru promovarea bunăstării fizice.

III. Scop și obiective

Scop: scăderea morbidității datorită bolilor psihice și ameliorarea parametrilor de sănătate mintală la nivelul întregii populații.

Obiective:

- a) reformarea sistemului de îngrijiri în sănătatea mintală;
- b) reducerea factorilor de risc și de vulnerabilizare pentru boala psihică;
- c) realizarea unei poziționări superioare a conceptului de sănătate mintală în sistemul de valori al societății românești.

Ultimul obiectiv, de a cărui atingere depinde într-o bună măsură realizarea celorlalte două, impune un scurt comentariu. Există câteva idei simple care definesc clar importanța sănătății mintale. Aceste idei trebuie cultivate cu grijă și responsabilitate în societatea românească:

- nu există sănătate fără sănătate mintală;
- sănătatea mintală este o dimensiune a calității vieții și o resursă pentru o dezvoltare pozitivă;
- fiecare persoană are dreptul la sănătate mintală; salvagardarea și promovarea sănătății mintale reprezintă o responsabilitate a întregii societăți;
- fiecare membru al comunității este responsabil pentru climatul general al societății, iar atitudinea sa va influența în ultimă instanță dimensiunea publică a sănătății mintale;
- utilizatorii serviciilor de sănătate mintală trebuie să aibă același statut ca și utilizatorii oricărui servicii de sănătate.

(pct. III din anexa la Ordinul M.S. nr. 374/2006, în aplicarea art. 6 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

V. Rezultate așteptate

1. accesibilitate crescută a serviciilor (prin distribuție teritorială echilibrată);
2. servicii orientate spre nevoile comunității (prin dezvoltarea centrelor de sănătate mintală);
3. creșterea calității îngrijirilor (prin diversificare și respectarea standardelor de calitate);
4. reducerea factorilor de risc pentru sănătatea mintală și orientarea spre nevoile grupurilor celor mai vulnerabile (prin dezvoltarea abordării preventive);
5. dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală în spitalele generale și la nivelul asistenței primare;

6. finanțarea echitabilă, transparentă și adaptată nevoilor a serviciilor de sănătate mintală;

7. dezvoltarea unui cadru de colaborare intersectorială pentru a răspunde complexității problemelor de sănătate mintală (funcționarea unui comitet interministerial pentru sănătate mintală);

8. dezvoltarea parteneriatelor cu societatea civilă în promovarea sănătății mintale.

(pct. V din anexa la Ordinul M.S. nr. 374/2006, în aplicarea art. 6 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 7. - (1) Apărarea sănătății mintale constă în adoptarea de măsuri de către instituțiile abilitate prin lege, prin care să se limiteze răspândirea concepțiilor, atitudinilor și comportamentelor dăunătoare pentru sănătatea mintală, în special abuzul de substanțe psihoactive, violența, comportamentul sexual anormal și pornografia.

(2) Pentru a pune în aplicare aceste măsuri Ministerul Sănătății va colabora cu Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului, Ministerul Administrației și Internelor, Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, Consiliul Național al Audiovizualului și cu organizații neguvernamentale, cu asociații profesionale și cu alte organisme interesate.

Art. 1. - Instituțiile publice abilitate să ia măsuri pentru promovarea și apărarea sănătății mintale, prevenirea și tratamentul tulburărilor psihice sunt următoarele:

a) Ministerul Sănătății;

b) Ministerul Educației și Cercetării;

c) Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei;

d) Ministerul Administrației și Internelor;

e) Ministerul Justiției;

f) Agenția Națională Antidrog;

g) Agenția Națională pentru Sport;

h) Autoritatea Națională pentru Tineret;

i) Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap;

j) Autoritatea Națională pentru Protecția Familiei și a Drepturilor Copilului. (sintagmă înlocuită prin art. 21 din H.G. nr. 1385/2009, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

(art. 1 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 7 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 2. - (1) Ministerul Sănătății elaborează Planul de măsuri pentru promovarea sănătății mintale și prevenirea îmbolnăvirilor psihice în colaborare cu instituțiile publice prevăzute la art. 1, precum și cu organizații neguvernamentale.

(2) Planul prevăzut la alin. (1) se publică pe site-ul Ministerului Sănătății.

(art. 2 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 7 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 3. - Fiecare instituție dintre cele prevăzute la art. 1 întocmește și publică pe site-ul propriu un raport anual cu privire la activitățile întreprinse pentru promovarea sănătății mintale și prevenirea îmbolnăvirilor psihice, precum și bugetul alocat. (art. 3 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 7 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 8. - (1) Prevenirea îmbolnăvirilor psihice se realizează prin programe științifice, medicale, educaționale și sociale, destinate:

- a) întregii populații - prevenire generală;
- b) grupurilor de populație cu risc semnificativ mai mare decât restul populației de a dezvolta tulburări psihice - prevenire selectivă;
- c) grupurilor de populație cu risc înalt de îmbolnăvire psihică - prevenire focalizată.

(2) Ministerul Sănătății, Academia de Științe Medicale și institutele de sănătate publică stabilesc măsuri specifice de identificare a factorilor de risc biologic, psihologic și social la nivelul întregii populații și al diverselor grupuri de populație.

(3) Ministerul Sănătății elaborează norme pentru depistarea precoce a tulburărilor psihice și de restabilire cât mai rapidă a sănătății mintale, exercitând totodată și controlul respectării acestora.

Art. 9. - Măsurile privind promovarea și apărarea sănătății mintale, precum și prevenirea îmbolnăvirilor psihice sunt active, integrate, multidisciplinare, implicând și participarea individului, a familiei și a comunității.

CAPITOLUL III

Evaluarea sănătății mintale și proceduri de diagnostic al tulburărilor psihice

Art. 10. - (1) Evaluarea sănătății mintale se efectuează, prin examinare directă a persoanei în cauză, numai de către medicul psihiatru.

(2) Evaluarea se va realiza în instituții de sănătate mintală, autorizate și acreditate conform legii.

Art. 4. - (1) Pacienții din centrele de recuperare și reabilitare neuropsihică, aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, sunt evaluați din punct de vedere psihiatric de cel puțin două ori pe an de către medicul specialist psihiatru, în scopul stabilirii celei mai adecvate conduite de recuperare.

(2) Evaluarea din punct de vedere psihiatric, prevăzută la alin. (1), se realizează prin servicii medicale ambulatorii și se efectuează, la solicitarea direcției generale de asistență socială și protecția copilului, în baza unui grafic stabilit de comun acord și se decontează de către Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

(3) Alte unități decât cele prevăzute la alin. (1), aflate în structura direcțiilor generale județene de asistență socială și protecția copilului și în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, solicită evaluarea din punct de vedere psihiatric pentru persoanele cu tulburări psihice asistate, în vederea redistribuirii în unitățile prevăzute la alin. (1).

(4) Serviciile medicale prevăzute la alin. (2) și (3) se furnizează de medici psihiatrii din unități sanitare cu sau fără personalitate juridică în afara timpului de lucru de la unitatea la care este angajat, iar cheltuielile de transport, cazare și diurnă se suportă de solicitant.

(5) Evaluarea din punct de vedere psihiatric se finalizează, dacă este cazul, cu un plan terapeutic care se transmite unității solicitante și o scrisoare medicală adresată medicului de familie pe lista căruia este înscrisă persoana evaluată.

(art. 4 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 10 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 11. - Evaluarea sănătății mintale se face cu consimțământul liber, informat și documentat al persoanei, cu excepția situațiilor specifice, stabilite de lege, când persoana evaluată are dificultăți în

a aprecia implicațiile unei decizii asupra ei înseși, situații în care persoana evaluată trebuie să beneficieze de asistența reprezentantului legal sau convențional.

Art. 12. - Evaluarea stării de sănătate mintală se efectuează la cererea persoanei, la internarea voluntară a acesteia într-o unitate psihiatrică sau în condițiile unei internări nevoluntare prin solicitarea expresă a persoanelor menționate la art. 56.

Art. 13. - (1) Obiectivul evaluării este stabilirea diagnosticului.

(2) În anumite cazuri prevăzute de lege evaluarea are ca scop determinarea capacității psihice, stabilirea pericolozității pentru sine sau pentru alte persoane, determinarea gradului de incapacitate, invaliditate și handicap psihic.

(3) Evaluarea capacității psihice se face pentru unele profesii care necesită acest fapt; în acest caz, categoriile și perioadele la care se fac aceste evaluări se stabilesc prin norme.

(4) Discernământul se stabilește, potrivit legii, prin expertiză medico - legală psihiatrică.

Art. 14. - (1) În evaluarea sănătății mintale medicul psihiatru nu ia în considerare criteriile neclinice, cum sunt: cele politice, economice, sociale, rasiale și religioase, conflictele familiale sau profesionale ori nonconformismul față de valorile morale, sociale, culturale, politice sau religioase, dominante în societate.

(2) Faptul că o persoană a fost îngrijită ori spitalizată în trecut nu justifică un diagnostic prezent sau viitor de tulburare psihică.

Art. 15. - (1) Dacă în urma evaluării stării de sănătate mintală medicul psihiatru constată prezența unei tulburări psihice, diagnosticul se formulează în conformitate cu clasificarea Organizației Mondiale a Sănătății, în vigoare.

(2) Rezultatul evaluării se formulează în conformitate cu principiile și procedurile medicale în vigoare. El se consemnează în sistemele de evidență medicală și este adus la cunoștința persoanei în cauză, reprezentantului său legal ori convențional sau, la cererea expresă, autorităților în drept.

(3) În cazul în care în urma evaluării efectuate se ajunge la diagnosticarea unei tulburări psihice, medicul psihiatru are obligația să formuleze un program terapeutic care se aduce la cunoștința pacientului, informând, totodată, după caz, reprezentantul legal sau convențional.

Art. 16. - (1) Persoana care este evaluată din punct de vedere al sănătății mintale are dreptul la confidențialitatea informațiilor, cu excepția situațiilor prevăzute de lege.

(2) Persoana în cauză sau reprezentantul său legal ori convențional are dreptul să conteste rezultatul evaluării, să solicite și să obțină repetarea acesteia.

Art. 5. - Categoriile de profesii care necesită examinarea periodică a stării de sănătate mintală se aprobă prin ordin al ministrului sănătății, la propunerea unităților interesate, cu respectarea dispozițiilor legale privind confidențialitatea și a drepturilor persoanei cu tulburări psihice. (art. 5 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 16 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 17. - Evaluarea sănătății mintale în cadrul expertizei medico - legale psihiatrice se face în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

CAPITOLUL IV

Servicii medicale și de îngrijiri de sănătate mintală

SECȚIUNEA 1 Unități de asistență medicală pentru sănătatea mintală

SECȚIUNEA a 2 - a Norme de îngrijire

SECȚIUNEA a 3 - a Drepturile persoanelor cu tulburări psihice

SECȚIUNEA 1

Unități de asistență medicală pentru sănătatea mintală

Art. 18. - (1) Serviciile medicale și de îngrijiri de psihiatrie sunt acordate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate prin:

- a) rețeaua serviciilor de sănătate, predominant prin intermediul medicului de familie;
- b) structuri specializate de sănătate mintală.

(2) Serviciile medicale și de îngrijiri de psihiatrie se pot acorda și prin rețeaua de sănătate privată.

[- Act satelit -] Ordinul M.S. nr. 374/2006 - privind aprobarea Strategiei în domeniul sănătății mintale

II. Viziune, valori și principii

Viziune

Ministerul Sănătății își propune să furnizeze servicii de sănătate mintală accesibile, de calitate și bazate pe nevoile existente, într-un mediu cât mai puțin restrictiv, precum și programe acoperitoare de promovare, prevenire și educație în sănătate mintală.

Valori și principii de organizare ale reformei sistemului de îngrijiri

Valoarea esențială care stă la baza realizării acestei strategii este respectul pentru drepturile omului și respectarea demnității umane.

Trecerea de la sistemul tradițional de îngrijiri la unul care pune accent pe integrarea persoanei în comunitate implică acceptarea unui set de valori explicite. Acestea sunt:

1. Responsabilitatea echipei comunitare - presupune responsabilitatea pentru persoana cu probleme de sănătate mintală la orice moment, indiferent dacă aceasta se găsește într-o facilitate de îngrijire (spitalicească, centru de zi, centru de reabilitare etc.) sau în comunitate. A avea această responsabilitate este un lucru dificil, deoarece persoana frecventează numeroase unități de îngrijire, nu are o constanță profesională și dispune de resurse în general limitate de trai independent. Responsabilitatea pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală se încadrează unei logici de cuprindere geografică și se operaționalizează după o prealabilă evaluare a nevoilor populaționale din aria de cuprindere dată (pentru evaluarea problemelor existente în comunitatea deservită și identificarea posibilelor soluții de întâmpinare a acestora).

2. Participarea comunității - comunitatea deservită de un sistem integrat de îngrijiri de sănătate mintală participă la deciziile și coordonarea acestuia. În general, implementarea unor programe comunitare de îngrijiri de sănătate mintală s-a confruntat la început cu o rezistență crescută a comunității de a-și asuma și de a susține aceste inițiative. Aceste rezerve ale comunității se datorează, pe de o parte, atitudinilor negative care mai persistă în legătură cu boala mintală, dar și faptului că implementarea programelor s-a făcut inițial fără consultarea comunităților. Actualmente, în consiliile directoare ale sistemelor de suport comunitar sunt invitați să participe lideri politici și persoane marcante din comunitate, precum și orice persoană care poate să aibă un statut de lider informal (în special lideri ai comunităților etnice sau religioase). Tendința actuală în sistemele funcționale de îngrijiri de sănătate mintală este aceea de a realiza planul de servicii cu sprijinul reprezentanților comunității. Realizarea planurilor de servicii se face după o prealabilă educare a participanților asupra sistemului de îngrijiri, precum și de informare asupra resurselor disponibile, asupra prevederilor legale și de funcționare practică a unităților de îngrijire din sistem. Planul de servicii pentru o populație dintr-o anumită arie de cuprindere se realizează nu numai prin consultări cu liderii comunitari, ci și printr-o prealabilă analiză a nevoilor populaționale și după o consultare cu reprezentanți ai beneficiarilor și familiilor lor.

3. Accesibilitatea serviciilor - presupune toate mecanismele puse în joc pentru ca persoanele care au nevoie de îngrijiri să cunoască serviciile din comunitate și să facă uz de acestea. În primul rând, accesibilizarea unui serviciu presupune o locație spațială ușor de localizat și de atins, precum și o

accesibilitate lingvistică - acolo unde există minorități etnice/lingvistice, serviciul va cuprinde în echipa sa terapeutică persoane aparținând respectivei comunități. Accesibilizarea serviciilor presupune și angajarea echipei terapeutice în acțiuni sociale, care implică campanii de promovare a serviciilor, intervenții care să crească șansa ca persoanele care au nevoie de tratament să beneficieze într-adevăr de acesta, căutarea unor soluții de asistență locativă mai ieftină, precum și găsirea unor oportunități și soluții pentru reinsertia profesională. Pentru a realiza aceste obiective, echipa terapeutică trebuie să se angajeze activ în acțiuni și campanii de reducere a stigmatizării persoanelor cu probleme severe de sănătate mintală.

4. Echilibru între componentele sistemului - fiecare componentă a sistemului trebuie să fie în echilibru cu celelalte, astfel încât persoana în dificultate să poată beneficia de îngrijiri, indiferent de nevoile ei. A realiza un echilibru între componentele unui sistem comunitar este un lucru dificil din mai multe puncte de vedere. În primul rând, serviciile publice, private și neguvernamentale pot să propună programe care în fond nu fac nimic altceva decât să dubleze oferta, lăsând componente de servicii sub- sau nedezvoltate deloc. În al doilea rând, existența unor profesioniști, echipe de profesioniști sau grupe de consumatori care se angajează activ în dezvoltarea unui anumit sector al sistemului poate să aibă ca rezultat subdezvoltarea unor alte sectoare prin alocarea preferențială de resurse umane și materiale. Pentru a asigura echilibrul ofertei de servicii, fiecare sistem de suport comunitar necesită un management centralizat care să aloce resursele în funcție de nevoile reale ale beneficiarilor.

5. Continuitatea îngrijirilor - în mod ideal, continuitatea îngrijirilor înseamnă că fiecare consumator beneficiază de servicii de la aceiași profesioniști pe tot parcursul îngrijirii sale. Serviciile de sănătate mintală tind să fie compartimentalizate, iar transferul informațiilor despre evoluția, tratamentele și nevoile beneficiarilor se face uneori anevoios, datorită birocrăției crescute și aspectelor legate de confidențialitate în transmiterea informațiilor. Alternativa cea mai eficientă este aceea a managementului de caz. Managerul de caz ideal are atât rol de susținător al consumatorilor (prin acțiuni de advocacy), de manager de sistem, prin integrarea tuturor informațiilor despre serviciile și programele disponibile în teritoriu, precum și de terapeut. Pentru a-și îndeplini aceste obiective, managerul ar trebui să aibă o încărcătură de cazuri redusă, deservind în mod ideal maximum 15 clienți.

6. Alternative minimal restrictive - alternativele minimal restrictive presupun tratarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală în unități de îngrijire care să interfereze cât mai puțin cu drepturile lor civile și cu participarea lor la viața comunitară. În această ordine de idei, spitalizarea va fi indicată numai atunci când este strict necesară, fie datorită riscului de auto- sau heteroagresivitate, fie datorită necesității aplicării unor tratamente sau investigații speciale.

7. Accentul pe reabilitare - interesul pentru reabilitare este dublu. În primul rând, politicile de dezinstituționalizare grăbite ale anilor 70 au "aruncat" în stradă mulți psihotici cronici, al căror risc de deteriorare a funcționării este foarte rapid în comunitate. De asemenea, întârzierea demarării procesului reabilitativ după debutul maladiei aduce cu sine o creștere a potențialului de dizabilitate. Apariția noilor generații de neuroleptice, cu efecte secundare considerabil mai puține, favorizează de asemenea procesul de reabilitare. Principalul punct de greutate al procesului de reabilitare ar trebui să fie inserția sau reinsertia profesională, precum și îmbunătățirea abilităților funcționale.

8. Specializarea îngrijirilor - asigurarea unor servicii care să deservească un anumit tip de patologie sau care să ofere un anumit tip de îngrijire. În România, la un nivel momentan neoficial, sunt recunoscute subspecializări, cum ar fi gerontopsihiatria, psihiatria comunitară, psihiatria legală, psihoterapia sau tratamentul adicțiilor, dar nu există prevederi legale care să statueze aceste supracompetențe sau profesii în sine (cum este cazul psihoterapiei). Unitățile de îngrijire, cu rare excepții, sunt de tip "psihiatrie generală", alăturând clienți cu patologii și niveluri de funcționare psihosocială diferite.

9. Implicarea beneficiarilor și a familiilor acestora în procesul de îngrijire - oferta actuală a sistemului de îngrijiri de sănătate mintală este, în mare măsură, sub controlul psihiatrului. Consultarea beneficiarilor, a familiilor acestora sau a formelor asociative constituite sub egida implicării consumatorilor de servicii de sănătate mintală sunt acțiuni deloc uzuale în practica zilnică. Dezvoltarea unor sisteme de îngrijiri care urmăresc o integrare comunitară optimă implică un parteneriat activ între profesioniști și utilizatorii de servicii în domenii cum ar fi: acțiuni sociale comune, consultarea consumatorilor în ceea ce privește furnizarea de servicii, dezvoltarea noilor servicii sau restructurarea celor existente, implicarea familiilor ori comunității în procesul de îngrijiri, sprijinirea inițiativelor de întraajutorare și suport comunitar etc.

10. Centrarea pe probe a practicii clinice și comunitare - o serie de inițiative și tehnologii în domeniul sănătății mintale și-au dovedit, în momentul de față, fie ineficiența, fie faptul că sunt extrem de costisitoare în comparație cu proceduri sau servicii alternative. Stabilirea unor standarde de calitate pentru serviciile de îngrijiri și asistență și importarea și adaptarea unor tehnologii și formule de organizare care și-au dovedit eficiența și efectivitatea trebuie să reprezinte o prioritate a organizatorilor reformei.

(pct. II din anexa la Ordinul M.S. nr. 374/2006, în aplicarea art. 18 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 19. - Asistența medicală și îngrijirile primare de sănătate mintală sunt o componentă a îngrijirilor de sănătate, ele fiind acordate atât în rețeaua ambulatorie de psihiatrie, cât și de către medicul de familie.

Art. 6. - (1) În vederea asigurării asistenței psihiatrice comunitare, a creșterii accesibilității și calității serviciilor acordate, se organizează din punct de vedere funcțional teritoriul țării în arii geografice numite sectoare psihiatrice.

(2) Se organizează separat sectoare psihiatrice pentru adulți și sectoare psihiatrice pentru copii și adolescenți, astfel:

a) un sector psihiatric pentru adulți este o arie teritorială și populațională distinctă care cuprinde 100.000-150.000 de locuitori;

b) un sector psihiatric pentru copii și adolescenți este o arie teritorială și populațională distinctă care cuprinde 200.000-400.000 de locuitori.

(art. 6 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 19 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 7. - (1) În vederea organizării și funcționării sectoarelor psihiatrice prevăzute la art. 6, Ministerul Sănătății, prin direcțiile de sănătate publică, înființează comisii județene în termen de 15 zile de la intrarea în vigoare a prezentului ordin.

(2) Comisia județeană prevăzută la alin. (1) are următoarea componență:

- a) un reprezentant al direcției de sănătate publică;
- b) un coordonator - medic psihiatru, desemnat de direcția de sănătate publică;
- c) un reprezentant al administrației publice locale.

(3) Pentru dezvoltarea și funcționarea sectoarelor psihiatrice Ministerul Sănătății monitorizează utilizarea resurselor financiare și umane prin Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București, în cadrul programelor naționale de sănătate.

(4) Comisiile județene prevăzute la alin. (1) stabilesc, în termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a prezentelor norme, hărțile sectoarelor psihiatrice după evaluarea resurselor umane și materiale disponibile și propun măsuri pentru acoperirea nevoilor de îngrijiri de sănătate mintală, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

(5) Direcțiile de sănătate publică județene vor elabora în termen de 6 luni de la stabilirea hărților sectoarelor psihiatrice planuri specifice de măsuri pentru realizarea progresivă a prevederilor referitoare la serviciile de sănătate mintală cuprinse în prezentul ordin.

(art. 7 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 19 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 8. - (1) Baza sistemului de îngrijiri o reprezintă o unitate funcțională constituită de echipa terapeutică și structurile în care aceasta își desfășoară activitatea deservind un sector psihiatric.

(2) Echipa prevăzută la alin. (1) este compusă din medici specialiști în psihiatrie, psihologi, asistenți sociali, asistenți medicali de psihiatrie și alte categorii de personal necesare, în funcție de activitățile

desfășurate și de specificul sectorului. Echipa terapeutică este condusă de un psihiatru, medic primar sau medic specialist.

(3) Medicul coordonator al echipei terapeutice adaptează serviciile acordate în cadrul sectorului, în funcție de specificitățile sectorului psihiatric deservit și de nevoile populației-țintă.

(art. 8 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 19 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 9. - (1) În cadrul fiecărui sector se organizează, în funcție de nevoile și particularitățile locale, următoarele structuri:

- a) centrul de sănătate mintală, care organizează unitatea mobilă, centrul de intervenție în criză și staționar de zi, după caz;
- b) staționarul de zi;
- c) cabinete de psihiatrie;
- d) structuri cu paturi, cu sau fără personalitate juridică.

(2) Se pot organiza structuri transectoriale cu paturi, cu sau fără personalitate juridică, pentru patologii rare, rezistente la tratament sau care nu pot fi rezolvate la nivelul sectorului, precum și pentru pacienții încadrați în art. 114 din Codul penal.

(3) Pentru îngrijiri de lungă durată pentru persoane cu probleme severe și persistente de sănătate mintală, se organizează în fiecare sector compartimente sau secții cu paturi, cu maximum 40 de paturi.

(art. 9 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 19 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 10. - În unitățile sanitare cu paturi se organizează compartimente de psihiatrie de legătură pentru asistența psihiatrică a pacienților internați. (art. 10 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 19 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 11. - Pacienții care în urma evaluării de către echipa terapeutică necesită tratament îndelungat sunt trimiși către centrele de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică sau locuințele protejate, după caz. (art. 11 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 19 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 12. - (1) În cadrul fiecărui sector psihiatric se acordă servicii după cum urmează:

- a) servicii psihiatrice ambulatorii;
- b) servicii de asistență mobilă, pentru pacienți dificil de tratat sau care refuză să frecventeze structurile medicale, dar care acceptă tratamentul ori pentru acoperirea unor nevoi psihosociale variate, care necesită deplasarea unor membri ai echipei terapeutice;
- c) servicii psihiatrice de zi: terapie ocupațională, psihoterapie individuală și de grup, precum și programe specializate de reabilitare. Aceste servicii acordate pacienților internați în staționarul de zi sunt limitate în timp la maximum două luni; după această perioadă pacienții sunt trimiși către serviciile de reabilitare sau către asistența primară;
- d) servicii de reabilitare - în funcție de oportunitățile locale, fiecare centru de sănătate mintală oferă programe specializate de reabilitare: programe de terapie ocupațională, programe de reabilitare vocațională, programe de petrecere a timpului liber, programe de psihoeucație;
- e) servicii spitalicești;
- f) îngrijiri la domiciliu.

(2) Echipa terapeutică a sectorului psihiatric asigură îndrumarea medicilor de familie din sectorul psihiatric în acordarea de îngrijiri de sănătate mintală și stabilește protocoale de colaborare cu medicii de familie pentru asigurarea continuității îngrijirilor.

(art. 12 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 19 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 13. - (1) Pentru fiecare sector psihiatric se prevede un anumit număr de paturi pentru patologia acută, în funcție de nevoile și particularitățile sectorului, fie într-un spital de psihiatrie, fie într-o secție de psihiatrie dintr-un spital general.

(2) Personalul unui serviciu spitalicesc sectorial este parte integrantă a echipei terapeutice de sector.

(art. 13 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 19 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 14. - (1) Echipa terapeutică a sectorului psihiatric pentru adulți cuprinde:

- a) 8 norme întregi pentru psihiatri;
- b) 40 de norme întregi pentru asistente de psihiatrie;

- c) 4 norme întregi pentru psihologi clinicieni;
- d) 5 norme întregi pentru asistenți sociali;
- e) alt personal.

(2) Echipa terapeutică a sectorului psihiatric pentru copii și adolescenți cuprinde:

- a) 4 norme întregi pentru psihiatri;
- b) 20 de norme întregi pentru asistente de psihiatrie;
- c) 2 norme întregi pentru psihologi clinicieni;
- d) 3 norme întregi pentru psihopedagogi;
- e) 3 asistenți sociali;
- f) alt personal.

(art. 14 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 19 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 15. - Pentru îngrijiri de lungă durată pentru persoane cu probleme severe și persistente de sănătate mintală, se organizează în fiecare sector unități cu maximum 40 de paturi. (art. 15 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 19 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 16. - (1) Pentru pacienții fără probleme severe de sănătate mintală care necesită tratament de lungă durată, echipa terapeutică evaluează nevoile și stabilește în funcție de starea clinică a pacientului, dacă este cazul, tipul de locuință protejată spre care să fie îndrumat.

(2) Categoriile serviciilor medicale acordate persoanelor cu tulburări psihice din locuințele protejate sunt stabilite prin ordin comun al Ministerului Sănătății și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(art. 16 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 19 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 17. - Autoritățile publice locale colaborează cu Ministerul Sănătății pentru a asigura spații adecvate pentru centrele de sănătate mintală. (art. 17 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 19 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 18. - Centrele de sănătate mintală și staționarele de zi pentru copii și adolescenți trebuie să aibă localizare intracomunitară, amenajări și structuri specifice funcțiilor de prevenire, depistare precoce și terapie complexă a tulburărilor psihice infantilo-juvenile și ale familiei. (art. 18 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 19 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 20. - (1) Bolnavii psihici monitorizați prin sistemul de asistență ambulatorie, indiferent de statutul social pe care îl au, beneficiază de asistență medicală gratuită.

(2) Bolnavii psihici monitorizați prin sistemul de asistență ambulatorie, indiferent de statutul social pe care îl au, beneficiază de medicamente gratuite suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

Art. 21. - (1) În domeniul ocrotirii sănătății mintale medicul de familie are următoarele responsabilități:

a) promovarea și apărarea sănătății mintale și prevenția tulburărilor psihice;

b) participarea la îngrijirea ambulatorie a tulburărilor psihice, intervenția terapeutică de urgență în limitele competenței sale, conform metodologiei elaborate de Ministerul Sănătății, trimiterea persoanelor cu tulburări psihice către rețeaua de asistență medicală și îngrijiri de sănătate mintală.

(2) Pentru realizarea obiectivelor menționate mai sus se asigură competența profesioniștilor din rețeaua primară prin formare profesională continuă.

(3) Serviciile medicale și îngrijirile de sănătate mintală, prestate în rețeaua de îngrijiri primare de sănătate, trebuie să corespundă atât cantitativ, cât și calitativ prevederilor legale în vigoare.

(4) Serviciile medicale și îngrijirile de sănătate mintală, prestate în rețeaua de sănătate privată, trebuie să corespundă atât cantitativ, cât și calitativ prevederilor prezentei legi.

Art. 22. - Serviciile specializate de sănătate mintală se realizează prin următoarele structuri:

- a) centrul de sănătate mintală;
- b) cabinetul psihiatric, cabinetul de evaluare, terapie și consiliere psihologică, de psihoterapie și de logopedie;
- c) centrul de intervenție în criză;
- d) servicii de îngrijire la domiciliu;
- e) spitalul de psihiatrie;
- f) staționarul de zi;
- g) secția de psihiatrie din spitalul general;
- h) compartimentul de psihiatrie de legătură din spitalul general;
- i) centre de recuperare și reintegrare socială;
- j) ateliere și locuințe protejate;
- k) centrul de consultanță privind violența în familie.

Art. 1. - (1) Începând cu data prezentului ordin laboratoarele de sănătate mintală se reorganizează în centre de sănătate mintală.

(2) Alte centre de sănătate mintală, altele decât cele înființate prin reorganizarea laboratoarelor de sănătate mintală, se înființează cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

(3) Dotarea și personalul laboratoarelor de sănătate mintală se preiau de către centrele de sănătate mintală.

(4) Centrele de sănătate mintală sunt unități sanitare publice, fără personalitate juridică, organizate în cadrul unităților sanitare cu paturi.

(art. 1 din Ordinul M.S. nr. 375/2006, în aplicarea art. 22 lit. a) din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 2. - Centrul de sănătate mintală este organizat distinct pentru adulți și copii, în aceeași clădire sau în clădiri separate, deserving un sector psihiatric pentru adulți cuprinzând între 100.000 și 150.000 de locuitori și un sector psihiatric pentru copii cuprinzând între 200.000 și 400.000 de locuitori.

(art. 2 din Ordinul M.S. nr. 375/2006, în aplicarea art. 22 lit. a) din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 3. - Centrele de sănătate mintală asigură îngrijirea în comunitate a persoanelor cu tulburări psihice.

(art. 3 din Ordinul M.S. nr. 375/2006, în aplicarea art. 22 lit. a) din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 4. - Accesul la serviciile acordate în centrele de sănătate mintală se face direct sau cu trimitere de la medicii de familie, alți medici specialiști sau unități de asistență socială.

(art. 4 din Ordinul M.S. nr. 375/2006, în aplicarea art. 22 lit. a) din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 5. - Centrele de sănătate mintală au următoarele atribuții:

- a) evaluarea persoanelor care se adresează direct centrelor de sănătate mintală;
- b) depistarea activă și precoce a tulburărilor mintale și instituirea măsurilor corespunzătoare în vederea tratării lor și prevenirii unor evoluții nefavorabile;
- c) furnizarea intervențiilor în criză pentru prevenirea dezvoltării episoadelor acute de boală și deteriorarea celor preexistente;
- d) asigurarea asistenței medicale curative, inclusiv pacienților încadrați la art. 113 din Codul penal;
- e) asigurarea serviciilor de reabilitare psihosocială;
- f) asigurarea serviciilor de psihoterapie;
- g) asigurarea serviciilor de terapie ocupațională pentru reinsertia socială a pacienților cu tulburări psihotice;
- h) asigurarea asistenței la domiciliu, atunci când este necesar;
- i) evaluarea pacienților cu tulburări mintale în vederea orientării către locuințe temporare sau protejate, ateliere protejate, comisii de expertiză a capacității de muncă, unități de ajutor social, învățământ și alte unități sanitare;
- j) îndrumarea metodologică a medicilor de familie din sectorul psihiatric în acordarea de îngrijiri de sănătate mintală în baza unor protocoale de colaborare;
- k) întocmirea evidenței pacienților cu tulburări mintale în vederea elaborării Registrului național de sănătate mintală;
- l) evaluarea mediului de viață al pacientului;

- m) depistarea precoce a tulburărilor specifice de dezvoltare și a disfuncționalităților psihopatologice la copil și adolescent;
- n) monitorizarea în teritoriu a tulburărilor psihice în perioada copilăriei și adolescenței;
- o) monitorizarea familiilor la risc;
- p) asigurarea serviciilor de psihopedagogie diferențiată pentru reintegrarea școlară a copiilor;
- q) monitorizarea populației școlare prin servicii de legătură cu școala (medicul școlar și psihologul școlar);
- r) asigurarea serviciilor specializate pentru copii.

(art. 5 din Ordinul M.S. nr. 375/2006, în aplicarea art. 22 lit. a) din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 6. - Centrele de sănătate mintală asigură următoarele servicii:

- a) servicii psihiatrice ambulatorii;
- b) servicii de asistență mobilă, pentru pacienții dificil de tratat sau care refuză să frecventeze structurile medicale, dar care acceptă tratamentul sau pentru acoperirea unor nevoi psihosociale variate, care necesită deplasarea unor membri ai echipei terapeutice;
- c) servicii psihiatrice de zi: terapie ocupațională, psihoterapie individuală și de grup, precum și programe specializate de reabilitare. Aceste servicii sunt furnizate pacienților internați în staționarul de zi și sunt limitate în timp la maximum două luni, după care pacienții sunt trimiși serviciilor de reabilitare sau de asistență primară;
- d) servicii de reabilitare: programe de terapie ocupațională, programe de reabilitare vocațională, programe de petrecere a timpului liber, programe de psihoeducație, după caz, în funcție de specificitățile locale;
- e) servicii de intervenție în criză;
- f) servicii de îngrijiri la domiciliu.

(art. 6 din Ordinul M.S. nr. 375/2006, în aplicarea art. 22 lit. a) din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 7. - (1) Numărul minim de posturi în cadrul centrelor de sănătate mintală cuprinde:

- a) 1 post de medic în specialitatea psihiatrie;
- b) 3 posturi de asistente de psihiatrie;
- c) un post de psiholog;
- d) un post de asistent social;
- e) un post de instructor de ergoterapie.

(2) În cadrul centrului de sănătate mintală își pot desfășura activitatea și alte categorii de personal, în condițiile legii.

(art. 7 din Ordinul M.S. nr. 375/2006, în aplicarea art. 22 lit. a) din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 8. - Structura și dotarea minimă ale unui centru de sănătate mintală sunt prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

(art. 8 din Ordinul M.S. nr. 375/2006, în aplicarea art. 22 lit. a) din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 9. - (1) Bugetul de venituri și cheltuieli al centrului de sănătate mintală se elaborează, se aprobă și se execută de către structurile de conducere și de execuție ale acestuia.

(2) Fila de buget se întocmește de centrul de sănătate mintală, cu respectarea prevederilor legale, și este parte integrantă a bugetului spitalului.

(art. 9 din Ordinul M.S. nr. 375/2006, în aplicarea art. 22 lit. a) din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 23. - De serviciile medicale și de îngrijiri de sănătate mintală aparțin și furnizorii de servicii complementare îngrijirii psihiatrice, și anume: consultanță, informare și educare publică a persoanelor cu tulburări psihice.

SECȚIUNEA a 2 - a

Norme de îngrijire

Art. 24. - Persoanele cu tulburări psihice beneficiază de asistență medicală, îngrijiri și protecție socială de aceeași calitate cu cele aplicate altor categorii de bolnavi și adaptate cerințelor lor de sănătate.

Art. 25. - Pentru asigurarea calității îngrijirilor, serviciile de sănătate mintală trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) să fie accesibile din punct de vedere geografic, prin repartizarea judicioasă în teritoriu a unităților din sectorul public;
- b) să asigure continuitatea îngrijirilor și acoperirea diversității nevoilor de evaluare, tratament, reabilitare și reintegrare a persoanelor cu tulburări psihice;
- c) să asigure și să dezvolte modele de îngrijire comunitară;
- d) să dispună, după caz, de personal medical, paramedical și auxiliar calificat, în număr suficient și supus unui proces continuu de formare profesională;
- e) să dispună de spații, amenajări și echipamente care să permită proceduri de evaluare și terapie adecvate și active pentru asigurarea de îngrijiri complete, în conformitate cu normele internaționale;
- f) să asigure utilizarea unor metode terapeutice care să contribuie la restabilirea, menținerea și dezvoltarea capacității pacienților de a se autoadministra;
- g) să permită exercitarea drepturilor cetățenești și a celor ce derivă din calitatea de pacient, cu excepția situațiilor prevăzute de legislația în vigoare;
- h) să respecte viața privată a persoanei cu tulburări psihice;
- i) să respecte și să fie adaptate convingerilor religioase și culturale ale persoanelor cu tulburări psihice;
- j) să asigure accesul pacienților la procesul de evaluare a îngrijirilor.

Art. 26. - (1) Orice persoană cu tulburări psihice trebuie apărată de daunele pe care ar putea să i le producă administrarea nejustificată a unui medicament sau a unor proceduri de diagnostic și tratament, de maltratarile din partea altor pacienți, ale personalului de serviciu sau ale altor persoane ori de alte acte de natură să antreneze o suferință fizică sau psihică.

(2) Îngrijirile oricărei persoane cu tulburări psihice se acordă în mediul cel mai puțin restrictiv, prin proceduri cât mai puțin restrictive, care să respecte pe cât posibil integritatea sa fizică și psihică și să răspundă în același timp nevoilor sale de sănătate, precum și necesității de a asigura securitatea fizică a celorlalți.

Art. 20. - În aplicarea art. 26 din Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare, denumită în continuare lege, în cazul necesității restrângerii libertății de mișcare a pacientului, în scopul de a împiedica producerea unei vătămări pentru sine sau pentru o altă persoană, trebuie respectate următoarele proceduri:

- a) conținerea pacientului;
- b) izolarea pacientului.

(art. 20 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 26 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 27. - Scopul îngrijirilor acordate oricărei persoane cu tulburări psihice este apărarea și întărirea autonomiei personale.

Art. 28. - Tratamentul și îngrijirile acordate persoanei cu tulburări psihice se bazează pe un program terapeutic individualizat, discutat cu pacientul, revizuit periodic, modificat atunci când este nevoie și aplicat de către personal calificat.

Art. 19. - (1) La internarea într-o unitate de îngrijire, pacienții trebuie imediat informați asupra identității și statutului profesional al personalului de îngrijire care le acordă asistență și asupra regulamentului de ordine interioară pe care trebuie să îl respecte pe durata internării.

(2) Medicul psihiatru trebuie să îi aducă la cunoștință pacientului care sunt alternativele de tratament și îngrijire, riscurile și efectele adverse ale aplicării programului terapeutic individualizat.

(3) Programul terapeutic individualizat elaborat de echipa terapeutică, cu consimțământul pacientului, trebuie să cuprindă:

- a) descrierea naturii problemelor și a nevoilor specifice ale pacientului;
- b) descrierea celor mai puțin restrictive condiții de tratament necesare;
- c) descrierea obiectivelor tratamentului;
- d) specificarea responsabilităților personalului.

(4) Medicul psihiatru este responsabil de monitorizarea implementării programului individualizat de tratament.

(art. 19 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 28 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 29. - (1) În alcătuirea și în punerea în aplicare a programului terapeutic medicul psihiatru este obligat să obțină consimțământul pacientului și să respecte dreptul acestuia de a fi asistat în acordarea consimțământului.

(2) Medicul psihiatru poate institui tratamentul fără obținerea consimțământului pacientului în următoarele situații:

a) comportamentul pacientului reprezintă un pericol iminent de vătămare pentru el însuși sau pentru alte persoane;

b) pacientul nu are capacitatea psihică de a înțelege starea de boală și necesitatea instituirii tratamentului medical și nu are un reprezentant legal ori nu este însoțit de un reprezentant convențional;

c) pacientul este minor sau pus sub interdicție, caz în care medicul psihiatru este obligat să solicite și să obțină consimțământul reprezentantului legal.

(3) În situațiile prevăzute la alin. (2) lit. a) și b), în care nu se obține sau nu se poate obține consimțământul reprezentantului legal ori convențional al pacientului, medicul psihiatru instituie procedurile de diagnostic și tratament pe care le consideră necesare pe perioadă limitată pentru rezolvarea urgenței. Aceste cazuri vor fi notificate și supuse analizei comisiei prevăzute la art. 61 alin. (1).

(4) Dacă medicul nu deține informații referitoare la existența și identitatea reprezentantului legal ori convențional prevăzut la alin. (3), are obligația de a informa, de îndată, autoritatea tutelară sau, în cazul minorilor, direcția generală de asistență socială și protecția copilului din unitatea administrativ - teritorială în care pacientul își are domiciliul sau reședința ori, în cazul în care acestea nu sunt cunoscute, pe cele în a căror unitate administrativ - teritorială se află unitatea medicală.

Art. 23. - În aplicarea prevederilor art. 29 din lege se va folosi formularul pentru obținerea consimțământului informat prezentat în anexa nr. 1. (art. 23 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 29 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 30. - Consimțământul poate fi retras în orice moment de către pacient sau de reprezentantul său legal ori convențional, medicul psihiatru având obligația să informeze pacientul sau reprezentantul său legal ori convențional asupra urmărilor întreruperii tratamentului. Medicul psihiatru are dreptul de a continua aplicarea măsurilor terapeutice pe perioada strict necesară în cazul în care apreciază că întreruperea tratamentului are drept consecință apariția pericolozității pentru sine sau pentru alte persoane, din cauza bolii. Aceste cazuri vor fi notificate și supuse analizei comisiei de revizie a procedurii, în conformitate cu prevederile art. 61.

Art. 31. - În situațiile în care medicul psihiatru suspectează existența unor interese contrare între pacient și reprezentantul său legal sau convențional, sesizează autoritatea tutelară ori, după caz, direcția generală de asistență socială și protecția copilului din unitatea administrativ - teritorială în care pacientul își are domiciliul sau reședința, pentru inițierea procedurilor necesare desemnării unui alt reprezentant.

Art. 32. - Toate deciziile terapeutice se comunică imediat pacientului și, în cel mai scurt timp, reprezentatului acestuia, legal sau convențional, consemnându-se, în același timp, în dosarul medical.

Art. 33. - (1) Fiecare membru din echipa terapeutică este obligat să păstreze confidențialitatea informațiilor, cu excepția situațiilor prevăzute de prezenta lege.

(2) Situațiile în care pot fi dezvăluite informații referitoare la o persoană cu tulburare psihică sunt următoarele:

- a) există o dispoziție legală în acest sens;
- b) stabilirea vinovăției în cazul unei infracțiuni prevăzute de lege;
- c) acordul persoanei în cauză;
- d) este necesară pentru exercitarea profesiei, cu condiția respectării anonimatului persoanei în cauză.

(3) Pot fi transmise dosare și informații medicale între diferite unități sanitare, la cerere sau cu ocazia transferului, dacă pacientul acceptă transferul.

(4) Când anumite informații referitoare la un tratament actual sau trecut privind un pacient sunt necesare unei instanțe de judecată sau Colegiului Medicilor din România, care judecă în legătură cu o

cauză, medicul curant este autorizat să aducă dovezi de orice fel privind pacientul și comunicări ale informațiilor aflate sub semnul confidențialității.

(5) Orice pacient sau fost pacient are acces la toată documentația medicală din serviciile unde a fost îngrijit, cu excepția cazurilor în care:

a) dezvăluirea unor asemenea documente medicale ar putea să fie în detrimentul sănătății sale fizice și mintale, acest fapt fiind stabilit de către medicul - șef sau de către medicul curant;

b) a fost efectuată o specificație scrisă asupra riscului acestui efect pe dosarul pacientului, aplicată numai persoanelor care sunt pacienți în prezent, nu și foștilor pacienți.

Art. 24. - (1) Toate informațiile privind starea de sănătate a pacientului, condiția sa medicală, diagnosticul, prognosticul și tratamentul, precum și alte informații de natură personală sunt confidențiale, chiar și după moartea pacientului.

(2) Informația confidențială poate fi divulgată numai cu consimțământul explicit al pacientului sau când există dispoziții judiciare exprese în acest sens. Consimțământul este presupus atunci când divulgarea se face către un alt membru al echipei terapeutice implicate în tratamentul pacientului.

(3) Toate datele de identitate ale pacientului trebuie protejate.

(4) Pacienții au dreptul de a primi rezultatul în scris al diagnosticului, tratamentului și îngrijirii lor la externarea dintr-o unitate de îngrijire.

(5) Nu este admisă intervenția în viața particulară a pacientului sau în viața de familie decât în cazul în care, pe lângă consimțământul pacientului, aceasta poate fi justificată ca necesară diagnosticului, tratamentului sau îngrijirii pacientului.

(6) Intervențiile medicale pot fi efectuate numai atunci când există respectul necesar pentru intimitatea persoanei și numai în prezența acelor persoane necesare intervenției respective, dacă pacientul nu a solicitat altfel.

(art. 24 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 33 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 34. - Orice pacient sau fost pacient cu tulburări psihice sau reprezentantul său legal ori convențional poate formula plângeri privind încălcarea drepturilor pacienților prevăzute de prezenta lege, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare; în cazul internării nevoluntare sunt aplicabile prevederile art. 61 și următoarele.

Art. 25. - (1) Toate unitățile care acordă îngrijiri de sănătate mintală au obligația să înființeze un registru special pentru înregistrarea tuturor plângerilor înaintate de pacienți sau reprezentanții acestora.

(2) Conducerea unității are obligația să răspundă în scris la toate plângerile cu privire la încălcarea drepturilor pacienților.

(3) În registrul prevăzut la alin. (1) se consemnează și modalitatea de soluționare a plângerilor.

(art. 25 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 34 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

SECȚIUNEA a 3 - a

Drepturile persoanelor cu tulburări psihice

Art. 35. - Îngrijirea persoanelor internate în unități de psihiatrie sau admise în centre de recuperare și reabilitare se realizează în condiții care să asigure respectarea demnității umane.

Art. 26. - Pacienții spitalizați fără consimțământul lor nu pot fi folosiți ca subiect de cercetare științifică. (art. 26 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 35 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 36. - (1) Persoanele internate sunt cazate individual sau în comun.

(2) Încăperile în care se află persoanele internate și celelalte încăperi destinate acestora trebuie să dispună de iluminat natural și de instalațiile necesare asigurării iluminatului artificial corespunzător.

(3) Fiecărei persoane internate i se pune la dispoziție un pat.

(4) Normele minime obligatorii privind îngrijirea persoanelor internate într-o unitate de psihiatrie se stabilesc prin normele de aplicare a prezentei legi*.

Art. 37. - (1) Se interzice supunerea oricărei persoane internate într-o unitate de psihiatrie sau admise în centre de recuperare și reabilitare la tratamente inumane sau degradante ori la alte rele tratamente.

(2) Încălcarea prevederilor alin. (1) se pedepsește potrivit legii penale.

Art. 38. - (1) În timpul internării într-o unitate de psihiatrie este interzisă orice formă de discriminare pe criterii de rasă, naționalitate, etnie, limbă, religie, gen, orientare sexuală, opinie, apartenență politică, convingeri, avere, origine socială, vârstă, dizabilitate, boală cronică necontagioasă, infecție HIV/SIDA sau alte criterii.

(2) Încălcarea prevederilor alin. (1) se pedepsește potrivit legii penale.

Art. 39. - (1) Persoanelor internate li se poate restricționa libertatea de mișcare, prin folosirea unor mijloace adecvate, pentru a salva de la un pericol real și concret viața, integritatea corporală sau sănătatea lor ori a altei persoane.

(2) Este interzisă imobilizarea cu lanțuri ori cătușe a persoanelor internate, iar imobilizarea cu mijloace specifice protejate, care nu produc vătămări corporale, este permisă doar în situații excepționale, care sunt stabilite prin normele de aplicare a prezentei legi*.

(3) Măsura conținutării nu poate fi folosită ca sancțiune, nu poate fi parte a programului de tratament și nu poate fi dispusă pentru cazuri de suicid sau de autoizolare ori ca o soluție pentru lipsa de personal sau de tratament, ca o sancțiune ori formă de amenințare sau pentru forțarea unei bune purtări ori pentru a preveni distrugerile de bunuri. Această măsură poate fi folosită doar dacă aplicarea celor mai puțin restrictive tehnici a fost neadecvată sau insuficientă pentru a preveni orice lovire ori vătămare.

(4) În caz de suicid sau autoizolare, măsura conținutării nu poate fi folosită mai mult de două ore.

(5) Folosirea mijloacelor de conținutură trebuie să fie proporțională cu starea de pericol, să se aplice numai pe perioada necesară doar atunci când nu există o altă modalitate de înlăturare a pericolului și să nu aibă niciodată caracterul unei sancțiuni.

(6) Utilizarea mijloacelor de conținutură trebuie autorizată în prealabil de către medicul șef de secție, cu excepția cazurilor în care urgența nu permite acest lucru, situație care va fi de îndată adusă la cunoștința medicului șef de secție.

(7) Utilizarea și încetarea utilizării oricărui mijloc de conținutură se consemnează într-un registru special, întocmit de către fiecare unitate psihiatrică.

(8) Procedurile standard de intervenție și imobilizare a pacienților se stabilesc prin normele de aplicare a prezentei legi.

(9) Mijloacele necesare pentru aplicarea măsurilor prevăzute la art. 5 lit. q) se asigură de către Ministerul Sănătății.

Art. 21. - (1) Prin conținutură, în sensul prezentelor norme, se înțelege restricționarea libertății de mișcare a unei persoane prin folosirea unor mijloace adecvate pentru a preveni mișcarea liberă a unuia dintre brațe, a ambelor brațe, a unei gambe sau a ambelor gambe sau pentru a-l imobiliza total pe pacient, prin mijloace specifice protejate, care nu produc vătămări corporale.

(2) Conținționarea poate fi utilizată doar atunci când este necesară apărarea pacientului de propriile acțiuni care l-ar putea răni pe el sau pe ceilalți. Poate fi folosită doar dacă aplicarea celor mai puțin restrictive tehnici a fost neadecvată sau insuficientă pentru a preveni orice lovire ori vătămare.

(3) Conținționarea nu poate fi folosită ca pedeapsă sau ca mijloc de a suplini lipsa de personal ori de tratament.

(4) În aplicarea măsurii de restricționare a libertății de mișcare a pacientului trebuie depuse toate eforturile pentru evitarea durerii.

(5) Reprezentantul legal sau personal al pacientului trebuie informat cu privire la dispunerea unei măsuri de restricționare a libertății de mișcare a pacientului.

(6) Conținționarea trebuie efectuată numai în baza dispoziției scrise a medicului. Dispoziția medicului trebuie să detalieze factorii care au condus la conținționare și să specifice natura conținționării. În dispoziție trebuie precizată ora la care măsura de conținționare a fost luată. Conținționarea nu poate dura mai mult de 4 ore.

(7) Măsura conținționării va fi menționată în foaia de observație a pacientului.

(8) Măsurile de conținționare aplicate pacienților, incluzând toate dispozițiile scrise ale medicului prin care s-au dispus acestea se înscriu în Registrul măsurilor de conținționare și izolare aplicate pacienților.

(9) Registrul prevăzut la alin. (8) se păstrează în condiții de confidențialitate.

(10) Pe tot timpul conținționării, pacientul trebuie să fie monitorizat pentru a observa dacă nevoile sale fizice, de confort și siguranță sunt îndeplinite. O evaluare a condițiilor pacientului trebuie realizată la cel puțin fiecare 30 de minute sau la intervale de timp mai scurte dacă medicul o cere. Evaluarea trebuie înregistrată în foaia de observație a pacientului.

(art. 21 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 39 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 22. - (1) Prin izolare se înțelege modalitatea de protejare a pacienților care reprezintă un pericol pentru ei înșiși sau pentru alte persoane. Această măsură trebuie aplicată cu maximă precauție și numai în cazul în care orice altă modalitate s-a dovedit ineficientă.

(2) Măsura izolării poate fi aplicată numai dacă instituția psihiatrică dispune de o încăpăre special prevăzută și dotată în acest scop. Încăpărea trebuie să ofere posibilitatea unei observări continue a pacientului, să fie iluminată și aerisită în mod corespunzător, să aibă acces la toaletă și lavator și să fie protejată în așa fel încât să prevină rănirea celui izolat. Nu pot fi izolate concomitent în aceeași încăpăre mai multe persoane.

(3) Măsura izolării trebuie să fie aplicată pentru un timp cât mai scurt posibil. Măsura trebuie revizuită periodic, la un interval de cel mult două ore. Pacientul și/sau reprezentantul său legal sau personal va fi informat cu privire la măsura izolării și despre procedura de revizuire periodică a măsurii.

(4) Pacientul va fi observat în timpul izolării conform unui program prevăzut de medicul care dispune măsura izolării.

(5) Pe perioada dispunerii măsurii izolării, pacientul va păstra îmbrăcămintea, precum și orice articole de uz personal sau cu semnificație religioasă, cu excepția situației în care păstrarea acestora ar putea afecta siguranța sa.

(6) Măsura izolării poate fi dispusă doar de medic, în aceleași condiții ca și cea a conțenționării.

(7) Măsura izolării trebuie menționată în Registrul măsurilor de conțenționare și izolare și în foaia de observație a pacientului, cu îndeplinirea aceluiași condiții ca și în cazul conțenționării.

(8) Măsura izolării nu trebuie folosită ca pedeapsă sau ca o formă de amenințare.

(9) Măsura izolării nu poate fi parte a programului de tratament.

(art. 22 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 39 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 40. - (1) Persoanele internate pot fi izolate temporar, fără conțenționare, în vederea protejării acestora, dacă reprezintă un pericol pentru ele însele sau pentru alte persoane. Această măsură trebuie aplicată cu maximă precauție și numai în cazul în care orice altă modalitate s-a dovedit ineficientă.

(2) Prevederile art. 39 se aplică în mod corespunzător.

Art. 41. - (1) Orice persoană cu tulburări psihice are dreptul la cele mai bune servicii medicale și îngrijiri de sănătate mintală disponibile.

(2) Orice persoană care suferă de o tulburare psihică are dreptul să exercite toate drepturile civile, politice, economice, sociale și culturale recunoscute în Declarația Universală a Drepturilor Omului, precum și în alte convenții și tratate internaționale în materie, la care România a aderat sau este parte, cu excepția cazurilor prevăzute de lege.

(3) Orice persoană care suferă de o tulburare psihică are dreptul, în măsura posibilului, să trăiască și să lucreze în mijlocul societății. Administrația publică locală, prin organele competente, asigură integrarea sau reintegrarea în activități profesionale corespunzătoare stării de sănătate și capacității de reinserție socială și profesională a persoanelor cu tulburări psihice.

(4) Orice persoană cu tulburare psihică are dreptul să primească îngrijiri comunitare, în sensul prezentei legi.

Art. 42. - (1) Orice pacient cu tulburări psihice are dreptul la:

a) recunoașterea de drept ca persoană;

b) viață particulară;

c) libertatea de comunicare, în special cu alte persoane din unitatea de îngrijire, libertatea de a trimite și de a primi comunicări particulare fără niciun fel de cenzură, libertatea de a primi vizite particulare ale unui consilier ori ale unui reprezentant legal sau convențional și, ori de câte ori este posibil, și ale altor vizitatori, libertatea de acces la serviciile poștale și telefonice, precum și la ziare, la radio și la televiziune;

d) libertatea gândirii și a opiniilor, precum și libertatea credințelor religioase.

(2) Mediul și condițiile de viață în serviciile de sănătate mintală trebuie să fie pe cât posibil cât mai apropiate de viața normală a persoanelor de vârstă corespunzătoare.

(3) Pentru petrecerea timpului liber orice pacient cu tulburări psihice are dreptul la:

a) mijloace de educație;

b) posibilități de a cumpăra sau de a primi articolele necesare vieții zilnice, distracțiilor sau comunicării;

c) mijloace care să permită pacientului să se consacre unor ocupații active, adaptate mediului său social și cultural, încurajări pentru folosirea acestor mijloace și măsuri de readaptare profesională de natură să îi ușureze reinsertia în societate.

(4) Pacientul nu poate fi obligat să presteze o muncă forțată.

(5) Activitatea efectuată de către un pacient într-un serviciu de sănătate mintală nu trebuie să permită exploatarea fizică sau psihică a acestuia.

Art. 43. - Studiile clinice și tratamentele experimentale, psihochirurgia sau alte tratamente susceptibile să provoace vătămări integrității pacientului, cu consecințe ireversibile, nu se aplică unei persoane cu tulburări psihice decât cu consimțământul acesteia, în cunoștință de cauză, și cu condiția aprobării de către comitetul de etică din cadrul unității de psihiatrie, care trebuie să se declare convins că pacientul și-a dat cu adevărat consimțământul, în cunoștință de cauză, și că acesta răspunde interesului pacientului.

Art. 44. - (1) Din momentul admitterii într-un serviciu de sănătate mintală fiecare pacient trebuie să fie informat de îndată ce este posibil, într-o formă și într-un limbaj pe care să poată să le înțeleagă,

asupra drepturilor sale, în conformitate cu prevederile legii, iar această informare va fi însoțită de explicarea drepturilor și a mijloacelor de a le exercita.

(2) Dacă pacientul nu este capabil să înțeleagă aceste informații și atât timp cât această incapacitate va dura, drepturile sale vor fi aduse la cunoștința reprezentantului său legal sau convențional.

(3) Prevederile alin. (1) și (2) se aplică în mod corespunzător și pe parcursul internării nevoluntare a pacientului.

Art. 45. - (1) Persoana cu capacitate deplină de exercițiu și cu capacitatea psihică păstrată, care urmează a fi supusă unui tratament medical, are dreptul de a desemna, ca reprezentant convențional, o persoană cu capacitate deplină de exercițiu, care să o asiste sau să o reprezinte pe durata tratamentului medical.

(2) Unitatea sanitară va informa persoana prevăzută la alin. (1) cu privire la acest drept și îi va pune la dispoziție convenția - model pentru desemnarea reprezentantului convențional.

(3) Convenția - model prevăzută la alin. (2) urmează a fi aprobată prin normele de aplicare a prezentei legi.*

(4) Reprezentarea convențională se realizează numai după încheierea în formă scrisă a convenției - model, cu respectarea următoarelor condiții:

a) o persoană poate avea, în același timp, un singur reprezentant convențional;

b) reprezentarea convențională este limitată numai cu privire la asistarea sau reprezentarea persoanei în ceea ce privește internarea și tratamentul medical, inclusiv drepturile acesteia pe durata tratamentului;

c) reprezentarea poate fi numai cu titlu gratuit;

d) convenția - model trebuie să fie semnată atât de către pacient, cât și de către reprezentantul convențional;

e) este necesară prezența unui martor, atestată prin semnarea convenției - model și de către acesta; martor nu poate fi o persoană din personalul medical al unității psihiatrice;

f) convenția - model trebuie să cuprindă declarația expresă a celui reprezentat, referitoare la împuternicirea dată reprezentantului convențional de a decide cu privire la aplicarea tratamentului prin electroșocuri.

(5) Reprezentantul convențional are următoarele drepturi și obligații:

a) de a asista pacientul în relațiile cu unitatea medicală, cu instituțiile publice sau cu orice alte persoane numai în legătură cu internarea și tratamentul medical, inclusiv cu drepturile acestuia pe durata tratamentului, și numai pentru perioada în care pacientul are dificultăți în a aprecia implicațiile unei decizii asupra lui însuși;

b) de a reprezenta interesele pacientului pe lângă conducerea spitalului de psihiatrie, precum și în fața organelor judiciare, după caz, numai în legătură cu internarea și tratamentul medical, inclusiv cu drepturile acestuia pe durata tratamentului, și numai pentru perioada în care persoana reprezentată are dificultăți în a aprecia implicațiile unei decizii asupra ei înseși, potrivit prevederilor art. 11;

c) de a fi informat, la cerere, cu privire la asistența medicală acordată pacientului.

(6) Pacientul sau reprezentantul convențional poate denunța oricând, în mod unilateral, convenția de reprezentare. Un nou reprezentant convențional poate fi numit cu respectarea dispozițiilor prezentei legi.

(7) Reprezentantul convențional poate fi înlocuit, după cum urmează:

a) la instituirea unui reprezentant legal, potrivit legii;

b) la solicitarea pacientului, dacă starea sănătății sale o permite;

c) în cazul prevăzut la art. 31;

d) la externarea persoanei, chiar dacă aceasta urmează tratament medical ambulatoriu.

(8) Existența unui reprezentant legal sau convențional nu înlătură obligația serviciului de sănătate mintală de a informa pacientul cu privire la drepturile și obligațiile sale.

(9) În cazul în care persoana internată a fost declarată ca fiind lipsită de capacitate deplină de exercițiu, aceasta va beneficia de sprijinul reprezentantului legal, desemnat potrivit dispozițiilor legale.

(10) În cazul în care pacientul nu are un reprezentant legal ori nu a desemnat un reprezentant convențional din cauza lipsei capacității psihice, unitatea sanitară este obligată să sesizeze, de îndată, autoritatea tutelară sau, în cazul minorilor, direcția generală de asistență socială și protecția copilului din unitatea administrativ - teritorială în care pacientul își are domiciliul sau reședința ori, în cazul în care acestea nu sunt cunoscute, pe cele în a căror circumscripție teritorială se află unitatea medicală, în vederea instituirii măsurilor de ocrotire.

Art. 46. - Condițiile de asistență și îngrijire a sănătății mintale ale persoanelor care execută pedepse cu închisoarea sau care sunt reținute sau arestate preventiv și despre care s-a stabilit că au o tulburare psihică, precum și persoanele internate în spitalul de psihiatrie ca urmare a aplicării

măsurilor medicale de siguranță prevăzute de Codul penal nu pot fi discriminatorii în raport cu celelalte persoane bolnave psihic.

Art. 47. - (1) Reprezentanții organizațiilor neguvernamentale care desfășoară activități în domeniul sănătății mintale sau al protecției drepturilor omului pot vizita unitățile de psihiatrie sau centrele de recuperare și reabilitare și pot lua contact cu pacienții, în baza unei autorizații emise de către directorul Centrului Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog.

(2) Autorizația prevăzută la alin. (1) se emite nominal pentru reprezentanții fiecărei organizații neguvernamentale și permite accesul liber în toate unitățile de psihiatrie și în centrele de recuperare și reabilitare timp de un an de la emiterea acesteia.

(3) Întrevederile dintre reprezentanții organizațiilor neguvernamentale prevăzute la alin. (1) și pacienții unităților de psihiatrie sau ai centrelor de recuperare și reabilitare se desfășoară în condiții de confidențialitate, sub supraveghere vizuală.

(4) Condițiile de acordare și de retragere a autorizației prevăzute la alin. (1) se stabilesc prin normele de aplicare a prezentei legi*.

Art. 48. - Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog încurajează și susține orice inițiativă a organizațiilor guvernamentale și neguvernamentale, naționale și internaționale, precum și a persoanelor fizice care doresc să contribuie la activitatea de educație, intervenție psihosocială și asistență religioasă desfășurată în unitățile de psihiatrie sau să sprijine financiar astfel de acțiuni, dacă acestea nu contravin prevederilor legale și regulilor privind organizarea acestor unități.

CAPITOLUL V

Internarea într-o unitate de psihiatrie

Art. 49. - (1) Internarea într-o unitate de psihiatrie se face numai din considerente medicale, înțelegându-se prin acestea proceduri de diagnostic și de tratament.

(2) La stabilirea unității de psihiatrie în care se va face internarea se va avea în vedere ca aceasta să fie situată cât mai aproape de localitatea de domiciliu a pacientului.

(3) Modalitățile de transfer al pacienților se stabilesc prin normele de aplicare a prezentei legi.

SECȚIUNEA 1 Internarea voluntară

SECȚIUNEA a 2 - a Internarea nevoluntară

SECȚIUNEA 1

Internarea voluntară

Art. 50. - Internarea voluntară se aplică în același mod ca și primirea în orice alt serviciu medical și pentru orice altă boală.

Art. 51. - Internarea voluntară într-un serviciu de psihiatrie se realizează cu respectarea normelor de îngrijire și a drepturilor pacientului, prevăzute la art. 25 - 28, art. 29 alin. (1) și la art. 32 - 44.

Art. 52. - Orice pacient internat voluntar într-un serviciu de sănătate mintală are dreptul de a se externa la cerere, în orice moment, cu excepția cazului în care sunt întrunite condițiile care justifică menținerea internării împotriva voinței pacientului.

SECȚIUNEA a 2 - a

Internarea nevoluntară

Art. 53. - Procedura de internare nevoluntară se aplică numai după ce toate încercările de internare voluntară au fost epuizate.

Art. 32. - (1) Atunci când pacientul, reprezentantul său personal ori legal solicită externarea, dar sunt întrunite condițiile care justifică menținerea internării contra voinței, medicul psihiatru care are în îngrijire bolnavul declanșează procedura de internare nevoluntară.

(2) În situația prevăzută la alin. (1), dacă nu există alt medic psihiatru care să hotărască internarea nevoluntară, medicul curant poate lua decizia de internare nevoluntară, ca măsură de urgență, urmând confirmarea acesteia prin cadrul legal stabilit.

(art. 32 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 53 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 54. - O persoană poate fi internată prin procedura de internare nevoluntară numai dacă un medic psihiatru abilitat hotărăște că persoana suferă de o tulburare psihică și consideră că:

a) din cauza acestei tulburări psihice există pericolul iminent de vătămare pentru sine sau pentru alte persoane;

b) în cazul unei persoane suferind de o tulburare psihică gravă, neinternarea ar putea antrena o gravă deteriorare a stării sale sau ar împiedica să i se acorde tratamentul adecvat.

Art. 28. - (1) Medicul psihiatru care evaluează cazul și stabilește dacă pacientul are, în acel moment, posibilitatea să înțeleagă starea sa de boală va explica într-un limbaj simplu și pe înțelesul acestuia necesitatea internării în vederea acordării îngrijirilor de sănătate mintală, sub supraveghere medicală.

(2) În situația în care pacientul refuză internarea și medicul consideră că sunt întrunite condițiile internării nevoluntare, medicul va informa pacientul, familia, reprezentantul personal sau legal, după caz, despre dreptul său de a contesta măsura internării nevoluntare, precum și despre procedurile care trebuie urmate pentru contestarea acesteia.

(art. 28 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 54 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 55. - Internarea nevoluntară se realizează numai în spitale de psihiatrie care au condiții adecvate pentru îngrijiri de specialitate în condiții specifice.

Art. 27. - În termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a prezentului ordin, ministrul sănătății desemnează prin ordin, la propunerea direcțiilor de sănătate publică și cu avizul Comisiei de specialitate de psihiatrie, unitățile autorizate să efectueze internări nevoluntare. (art. 27 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 55 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 56. - (1) Solicitarea internării nevoluntare a unei persoane se realizează de către:

a) medicul de familie sau medicul specialist psihiatru care are în îngrijire această persoană;

b) familia persoanei;

c) reprezentanții administrației publice locale cu atribuții în domeniul social - medical și de ordine publică;

d) reprezentanții poliției, jandarmeriei sau ai pompierilor, precum și de către procuror;

e) instanța de judecată civilă, ori de câte ori apreciază că starea sănătății mintale a unei persoane aflate în cursul judecății ar putea necesita internare nevoluntară.

(2) Motivele solicitării internării nevoluntare se certifică sub semnătură de către persoanele menționate la alin. (1), cu specificarea propriilor date de identitate, descrierea circumstanțelor care au condus la solicitarea de internare nevoluntară, a datelor de identitate ale persoanei în cauză și a antecedentelor medicale cunoscute.

(3) Procedura prevăzută la art. 61 și următoarele se aplică în mod corespunzător.

Art. 29. - (1) Solicitarea internării nevoluntare se formulează și se semnează de una dintre persoanele prevăzute la art. 47 din lege, în momentul prezentării la camera de gardă a spitalului.

(2) Dacă solicitantul nu știe să scrie, solicitarea de internare nevoluntară poate fi scrisă de echipa de gardă, pe baza relatărilor solicitantului, fapt care se va menționa, cu precizarea persoanei care a scris solicitarea și a datelor de identificare ale acesteia.

(3) În solicitarea prevăzută la alin. (1) trebuie descrise manifestările ce pun în pericol viața, sănătatea, integritatea corporală proprii sau ale altora.

(art. 29 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 56 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 30. - (1) Medicul de familie sau medicul specialist psihiatru care solicită internarea nevoluntară nu poate fi implicat în luarea deciziei de internare sau de revizuire periodică a internării nevoluntare.

(2) Persoanele care solicită internarea nevoluntară a unei persoane nu pot fi membri ai comisiei de revizie constituite pentru respectiva persoană.

(art. 30 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 56 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 57. - (1) Transportul persoanei în cauză la spitalul de psihiatrie se realizează, de regulă, prin intermediul serviciului de ambulanță. În cazul în care comportamentul persoanei în cauză este vădit periculos pentru sine sau pentru alte persoane, transportul acesteia la spitalul de psihiatrie se realizează cu ajutorul poliției, jandarmeriei, pompierilor, în condițiile respectării tuturor măsurilor posibile de siguranță și respectării integrității fizice și demnității persoanei.

(2) Transportul bolnavului psihic cu ambulanța se efectuează, întotdeauna, cu însoțitor.

Art. 31. - (1) Transportul persoanei la spital fără consimțământul acesteia se poate face doar dacă refuză internarea voluntară și dacă există un pericol iminent de vătămare a sa sau a celor din jur.

(2) Personalul serviciilor care asigură transportul persoanei la spitalul psihiatric trebuie să menționeze lipsa consimțământului persoanei transportate într-un raport prezentat medicului psihiatru în momentul aducerii la spital în vederea internării.

(3) În raportul prevăzut la alin. (2) se menționează dacă a existat împotrivire din partea persoanei, care au fost măsurile adoptate, precum și medicația care a fost aplicată.

(4) Transportul persoanei la spital se face în condiții cât mai puțin restrictive, asigurându-se respectarea integrității sale fizice, psihice și a demnității sale.

(art. 31 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 57 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 58. - Medicul psihiatru, după evaluarea stării de sănătate mintală a persoanei aduse și după aprecierea oportunității internării nevoluntare, are obligația de a informa imediat persoana respectivă și reprezentantul legal al acesteia cu privire la hotărârea de a o supune unui tratament psihiatric, precum și cu privire la propunerea de a o supune internării nevoluntare. Totodată, în termen de cel mult 24 de ore de la evaluare, medicul psihiatru trimite documentația necesară propunerii de internare nevoluntară comisiei prevăzute la art. 61 alin. (1), prin conducerea unității medicale respective, și informează persoana că va fi examinată de către această comisie, aducând aceasta la cunoștința reprezentantului legal sau convențional al pacientului.

Art. 33. - (1) În toate unitățile spitalicești nominalizate de Ministerul Sănătății să efectueze internări nevoluntare, se constituie un registru unic de evidență centralizată a acestor cazuri și a documentației medico-juridice care stă la baza internării și susține legalitatea acesteia.

(2) Internarea nevoluntară, precum și deciziile luate de comisiile de revizie a acestei proceduri se înregistrează în registrul prevăzut la alin. (1).

(3) Registrul prevăzut la alin. (1) cuprinde următoarele informații:

a) numele, prenumele, profesia, vârsta și domiciliul persoanei internate;

b) data internării;

c) numele, prenumele, profesia și domiciliul persoanei care a cerut internarea;

d) dacă este cazul, menționarea deciziei justiției (numărul, data, instanța) de punere sub tutelă, curatelă sau supraveghere;

e) notificarea medicului care a internat nevoluntar bolnavul către directorul unității, cu menționarea numelui, prenumelui și a gradului profesional;

f) datele examinărilor de către comisia de revizie, cu componența nominală și decizia luată;

g) data încetării internării și starea la externare.

(art. 33 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 58 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 34. - (1) Notificarea medicului care a internat nevoluntar pacientul către directorul unității se va face folosindu-se formularul prevăzut în anexa nr. 2.

(2) Notificarea medicului care a internat nevoluntar pacientul către parchetul de pe lângă instanța judecătorească competentă se va face folosindu-se formularul prevăzut în anexa nr. 3.

(3) Notificarea comisiei de revizie a procedurii către parchetul de pe lângă instanța judecătorească competentă se va face folosindu-se formularul prevăzut în anexa nr. 4.

(art. 34 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea art. 58 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 59. - Dacă medicul nu deține informații referitoare la persoanele prevăzute la art. 58, are obligația de a informa conducerea unității medicale, care va transmite informația, de îndată, autorității tutelare sau, în cazul minorilor, direcției generale de asistență socială și protecția copilului din unitatea administrativ - teritorială în care pacientul își are domiciliul sau reședința ori, în cazul în care acestea nu sunt cunoscute, pe cele în a căror unitate administrativ - teritorială se află unitatea medicală.

Art. 60. - (1) Dacă medicul psihiatru consideră că nu există motive medicale pentru internarea nevoluntară, va înscrie constatarea sa, cu motivarea respectivă, în documentația medicală.

(2) Medicul psihiatru va informa instituția care a sesizat respectivul caz, precizând motivele care au stat la baza deciziei sale.

Art. 61. - (1) Propunerea de internare nevoluntară, întocmită potrivit prevederilor art. 58, este analizată de către o comisie special constituită în acest sens, în termen de cel mult 48 de ore de la primirea propunerii, după examinarea persoanei respective, dacă aceasta este posibilă.

(2) Comisia prevăzută la alin. (1) este alcătuită din 3 membri numiți de managerul spitalului, și anume: 2 psihiatri și un medic de altă specialitate sau un reprezentat al societății civile.

(3) Modalitatea de desemnare, procedura de selecție și condițiile pe care trebuie să le îndeplinească reprezentanții societății civile se stabilesc prin normele de aplicare a prezentei legi.

(4) Hotărârea comisiei va cuprinde:

- a) diagnosticul;
- b) soluția adoptată;
- c) motivarea soluției;
- d) semnăturile tuturor membrilor comisiei.

(5) Decizia de internare nevoluntară a comisiei prevăzute la alin. (1) se va consemna în dosarul medical al pacientului și va fi comunicată de îndată acestuia, precum și reprezentantului său legal sau convențional. În baza acestei decizii, pacientul va fi internat nevoluntar.

(6) Decizia de internare nevoluntară a comisiei prevăzute la alin. (1) va fi înaintată de către conducerea unității medicale, în termen de 24 de ore, judecătorei în a cărei circumscripție se află unitatea medicală, odată cu documentele medicale referitoare la pacientul în cauză.

(7) Până la pronunțarea hotărârii instanței cu privire la confirmarea deciziei de internare nevoluntară, pacientul internat nevoluntar va fi examinat periodic de către comisia prevăzută la alin. (1), la un interval ce nu va depăși 5 zile.

Art. 62. - (1) Judecarea se face în regim de urgență, în camera de consiliu.

(2) Participarea și ascultarea pacientului sunt obligatorii, dacă starea sănătății sale o permite. În caz contrar, judecătorul poate dispune audierea pacientului în unitatea sanitară.

(3) Pacientul va fi apărat din oficiu, dacă nu are apărător ales.

(4) Participarea procurorului este obligatorie.

(5) Pacientul și reprezentantul legal sau convențional al pacientului pot solicita efectuarea unei expertize medico - legale psihiatrice sau pot propune orice alte probe, în condițiile legii.

(6) Instanța hotărăște, după caz, confirmarea sau încetarea internării medicale nevoluntare.

(7) Dacă instanța apreciază că nu se impune menținerea internării, însă tratamentul este necesar, poate dispune, după ascultarea reprezentantului legal ori convențional al pacientului, înlocuirea internării medicale cu tratamentul ambulatoriu, prin rețeaua ambulatorie teritorială de psihiatrie.

(8) Hotărârea instanței poate fi atacată cu recurs, în termen de 3 zile de la pronunțare, pentru cei prezenți, sau de la comunicare, pentru cei lipsă.

(9) Recursul nu suspendă executarea.

Art. 63. - (1) În caz de urgență, medicul psihiatru, după evaluarea stării de sănătate mintală a persoanei aduse și după aprecierea oportunității internării nevoluntare, dispune internarea nevoluntară a pacientului și informează despre aceasta, de îndată, persoana respectivă, reprezentantul legal sau convențional ori, după caz, autoritatea tutelară, precum și comisia prevăzută la art. 61 alin. (1).

(2) Internarea nevoluntară de urgență este supusă revizuirii comisiei prevăzute la art. 61 alin. (1), în termen de 24 de ore de la primirea înștiințării cu privire la internarea nevoluntară.

(3) În cazul în care comisia confirmă decizia de internare nevoluntară, prevederile art. 61 alin. (2) - (7) și art. 62 se aplică în mod corespunzător.

Art. 64. - În cazul în care un pacient internat voluntar își retrage consimțământul și sunt întrunite condițiile prevăzute la art. 45, medicul psihiatru curant declanșează procedura de menținere a internării nevoluntare.

Art. 65. - (1) Comisia prevăzută la art. 61 alin. (1) are obligația de a reexamina pacienții la cel mult o lună și ori de câte ori este nevoie în funcție de starea acestora, precum și la cererea medicului șef de secție, a pacientului, a reprezentantului legal sau convențional al pacientului, precum și a procurorului.

(2) În situația în care nu se mai constată condițiile care au determinat hotărârea de internare nevoluntară, ținând cont și de opinia medicului psihiatru care are în îngrijire pacientul, comisia prevăzută la art. 52 alin. (1), prin examinarea directă a pacientului și a dosarului său medical, constată încetarea condițiilor care au impus internarea nevoluntară.

(3) Comisia prevăzută la art. 61 alin. (1) va informa conducerea unității medicale, care va sesiza, de îndată, judecătoria care a hotărât confirmarea internării nevoluntare în legătură cu propunerea de încetare a condițiilor care au impus internarea nevoluntară, propunând confirmarea acesteia din urmă.

(4) Prevederile art. 62 se aplică în mod corespunzător.

Art. 66. - (1) Dacă instanța judecătorească competentă nu confirmă internarea nevoluntară, persoana în cauză are dreptul de a părăsi imediat unitatea spitalicească sau poate solicita, în urma consimțământului scris, continuarea tratamentului.

(2) Dacă o persoană aflată în procedură de internare nevoluntară părăsește unitatea spitalicească fără să existe decizia comisiei prevăzute la art. 52 alin. (1) în acest sens sau hotărârea instanței de judecată competente, unitatea spitalicească are obligația de a sesiza imediat organele de poliție și parchetul de pe lângă instanța judecătorească competentă, precum și reprezentantul legal sau convențional.

(3) Când măsura internării nevoluntare a fost luată față de un pacient în a cărui ocrotire se află un minor sau o persoană pusă sub interdicție, căreia i s-a instituit curatela ori o persoană care din cauza bolii, vârstei sau altei cauze are nevoie de ajutor, medicul va informa, de îndată, autoritatea tutelară de la domiciliul sau reședința pacientului.

Art. 67. - Pacientul internat nevoluntar este tratat în condiții similare celor în care sunt îngrijiți ceilalți pacienți din unitatea de psihiatrie respectivă, cu respectarea prevederilor art. 43.

Art. 68. - (1) Limitarea libertăților individuale ale pacientului internat nevoluntar poate fi justificată numai prin raportare la starea de sănătate a pacientului și la eficiența tratamentului. Nu pot fi limitate următoarele drepturi;

a) comunicarea cu orice autoritate, cu membrii familiei, cu reprezentantul legal sau convențional ori cu avocatul;

b) accesul la corespondența personală și utilizarea telefonului în scop privat;

c) accesul la presă sau la publicații;

d) dreptul la vot, dacă nu se află într-o situație de restrângere a drepturilor cetățenești;

e) exercitarea liberă a credinței religioase.

(2) Pacientul internat nevoluntar are dreptul de a fi informat asupra regulamentului de funcționare a unității spitalicești.

(3) Internarea nevoluntară nu constituie o cauză de restrângere a capacității juridice a pacientului.

CAPITOLUL VI

Sanctiuni

Art. 69. - Nerespectarea de către profesioniștii în domeniul sănătății mintale a confidențialității datelor despre persoana cu tulburări psihice, a principiilor și a procedurilor referitoare la obținerea consimțământului, a instituirii și a menținerii tratamentului, a procedurilor de internare nevoluntară a pacientului, precum și a drepturilor pacientului internat atrage, după caz, răspunderea disciplinară, contravențională sau penală, conform prevederilor legale.

CAPITOLUL VII

Finanțarea serviciilor de sănătate mintală

Art. 70. - Serviciile medicale și de îngrijiri de sănătate mintală acordate persoanelor asigurate se finanțează din bugetul asigurărilor sociale de sănătate.

Art. 71. - Activitățile profilactice din patologia psihiatrică, precum și îngrijirile preventive de sănătate mintală se finanțează de la bugetul de stat.

CAPITOLUL VIII

Dispoziții tranzitorii și finale

Art. 72. - (1) Ministerul Sănătății, în colaborare cu Ministerul Justiției, Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului, Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și organele administrației publice locale vor lua măsurile de punere în aplicare a prevederilor prezentei legi.

(2) Se abilitază Ministerul Sănătății să emită norme de aplicare a prezentei legi, aprobate prin ordin al ministrului sănătății*.

VI. Concluzie

Prezenta strategie a Ministerului Sănătății în domeniul sănătății mintale a fost gândită și elaborată în concordanță cu recomandările auditului de sănătate mintală al Organizației Mondiale a Sănătății (2001). Materializarea acestei strategii impune conceperea unui Plan național de sănătate mintală, cu obiective pe termen scurt, mediu și lung, cu o monitorizare corespunzătoare, precum și cu responsabilizări precise.

(pct. VI din anexa la Ordinul M.S. nr. 374/2006, în aplicarea art. 72 din Legea nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Art. 73. - La data intrării în vigoare a prezentei legi se abrogă Decretul nr. 313/1980 privind asistența bolnavilor psihici periculoși, publicat în Buletinul Oficial, Partea I, nr. 83 din 16 octombrie 1980.

NOTĂ:

Reproducem mai jos dispozițiile art. III din Legea nr. 129/2012 pentru modificarea și completarea Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, care nu sunt încorporate în forma republicată și care se aplică, în continuare, ca dispoziții proprii ale acesteia:

"Art. III. - În termen de 60 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi, Ministerul Sănătății va actualiza Normele de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 372/2006, publicat Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 373 din 2 mai 2006."

*) Republicată în temeiul art. II din Legea nr. 129/2012 pentru modificarea și completarea Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 487 din 17 iulie 2012.

Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002 a fost publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 589 din 8 august 2002 și a mai fost completată prin:

- Legea nr. 600/2004 pentru completarea Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.228 din 21 decembrie 2004.

* A se vedea Ordinul ministrului sănătății nr. 372/2006 privind Normele de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 373 din 2 mai 2006.

SUMAR:

ANEXA Nr. 1 Consimțământ informat asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru participarea la procesul educațional medical (anexa nr. 1 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea Legii nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

ANEXA Nr. 2 Notificare (anexa nr. 2 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea Legii nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

ANEXA Nr. 3 Notificare (anexa nr. 3 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea Legii nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

ANEXA Nr. 4 Notificare (anexa nr. 4 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea Legii nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

ANEXĂ

(anexa din Ordinul M.S. nr. 375/2006, în aplicarea Legii nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

STRUCTURA

și dotarea minimă pentru un centru de sănătate mintală

a) Structura minimă:

- 4 cabinete
- o sală destinată psihoterapiei de grup (pentru 6-8 persoane)
- un hol de primire
- o sală de activități de reabilitare (pentru 8-10 persoane)
- două grupuri sanitare
- mobilier adecvat

b) Dotarea minimă:

- un calculator (cu DVDrom) cu licențe pentru soft
- conexiune Internet
- o imprimantă
- un copiator
- un televizor
- 5 table de scris
- un avizier
- un fax
- 5 telefoane
- o minicentrală telefonică
- o centrală termică (dacă este cazul)

(anexa din Ordinul M.S. nr. 375/2006, în aplicarea Legii nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

[- Act satelit -] Ordinul M.S. nr. 372/2006 - priv. Normele de aplic. a Legii sanatatii mintale si a protectiei persoanelor cu tulburari psihice nr. 487/2002...

ANEXA Nr. 1

la norme

(anexa nr. 1 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea Legii nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Spitalul

Secția

Data

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru participarea la procesul educațional medical

Subsemnatul m-am prezentat din proprie voință, liber de orice constrângere și am solicitat evaluarea stării mele de sănătate pentru precizarea unui diagnostic și formularea unui program terapeutic individual.

Am cunoștință despre dreptul și libertatea pe care le am de a cere prezența unei alte persoane (reprezentant personal) pentru a fi asistat în acordarea consimțământului, în vederea efectuării investigațiilor necesare stabilirii diagnosticului și a aplicării metodelor terapeutice necesare recăpătării autonomiei personale. Cunosc de asemenea că am dreptul să refuz o procedură diagnostică sau un tratament cu care nu sunt de acord.

Mi s-au adus la cunoștință, prin explicații suficiente, într-un limbaj clar, respectuos și pe înțelesul meu, următoarele:

- diagnosticul și modul de stabilire a diagnosticului;
- scopul, metodele și durata tratamentului propus, precum și beneficiile aduse de acest tratament;
- eventualele neplăceri, riscuri sau efecte secundare ale tratamentului;
- alte posibile modalități de tratament;
- riscurile și consecințele refuzării sau întreruperii tratamentului fără aviz medical.

Am fost informat că metodele diagnostice și terapeutice invazive, având un grad de risc mai mare, vor fi precizate separat și voi consimți la acestea individual.

Autorizez medicii și personalul medical al clinicii/secției să efectueze toate investigațiile și procedurile diagnostice necesare, în contextul legal al unei practici medicale corecte. Cu excepția cazurilor în care, în mod expres, îmi exprim dezacordul, toate investigațiile uzuale și tratamentele, cu risc mic sau mediu, pot fi aplicate.

Materialul biologic recoltat (sânge, țesuturi sau organe) în scop diagnostic poate fi examinat și în scopuri de cercetare științifică, instrucție, poate fi fotografiat și publicat, fără o altă autorizație expresă din partea mea, păstrându-se confidențialitatea.

Am fost informat că procesul de asistență medicală este dublat de procesul educațional și consimt ca, în limitele impuse de decență și bunul simț, să particip la procesul educațional, dar aceasta nu trebuie să afecteze calitatea îngrijirilor medicale. Am fost informat că pot refuza acest lucru de principiu sau în momentele pe care le aleg eu, fără a fi obligat să dau alte explicații și fără a fi afectate drepturile mele de pacient.

Am fost informat că am dreptul să refuz fotografierea corpului meu, cu excepția fotografiilor de documentare medicală pe care le autorizez, cu condiția să fie mascate elementele esențiale ale fizionomiei, pentru a nu fi recunoscut.

În cazul apariției unor situații de urgență majoră în timpul internării, echipa medicală este autorizată să efectueze orice teste diagnostice sau manevre terapeutice, justificate medical și în condițiile unei practici medicale corecte.

Am citit (mi s-a citit), am înțeles cele scrise mai sus și sunt de acord cu acestea.

.....

(semnătura pacientului)

Reprezentant personal/legal,

.....

(numele, prenumele și semnătura)

Medic curant,

.....

(semnătura și parafa)

(anexa nr. 1 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea Legii nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

ANEXA Nr. 2

la norme

(anexa nr. 2 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea Legii nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

NOTIFICARE

În conformitate cu art. 52 alin. (1) din Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare, vă aduc la cunoștință că în data de
. am decis, în temeiul art. 45 lit. a)/lit. b) din același act normativ, măsura internării nevoluntare a pacientului, domiciliat în, născut la data de, stabilindu-se diagnosticul de
.

Medic,

.

(anexa nr. 2 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea Legii nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

ANEXA Nr. 3

la norme

(anexa nr. 3 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea Legii nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

NOTIFICARE

În conformitate cu art. 53 alin. (1) din Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare, vă aducem la cunoștință că în data de
. s-a decis, în temeiul art. 45 lit. a)/lit. b) din același act normativ, măsura internării nevoluntare a pacientului, domiciliat în, născut la data de, stabilindu-se diagnosticul de
.

Măsura a fost comunicată directorului unității conform art. 52 din legea menționată.

Medic,

.....

(anexa nr. 3 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea Legii nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

ANEXA Nr. 4

la norme

(anexa nr. 4 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea Legii nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

NOTIFICARE

În conformitate cu art. 53 alin. (1) din Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare, vă aducem la cunoștință că în data de
. s-a decis, în temeiul art. 45 lit. a)/lit. b) din același act normativ, măsura internării nevoluntare a pacientului , domiciliat în ,
născut la data de , stabilindu-se diagnosticul de
.

Măsura a fost confirmată de comisia de revizie, constituită potrivit art. 52 din legea menționată, la data de

Vă transmitem spre consultare dosarul medical al pacientului.

Anexăm prezentei comunicări dosarul medical al pacientului.

(anexa nr. 4 din anexa la Ordinul M.S. nr. 372/2006, în aplicarea Legii nr. 487/2002, în vigoare de la 13 septembrie 2012 - satelit publicat anterior republicării oficiale)

Lista sateliților publicați în perioada anterioară republicării oficiale:

1. 2 mai 2006:

- Ordinul M.S. nr. 372/2006 privind Normele de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial nr. 373 din 2 mai 2006;

- Ordinul M.S. nr. 374/2006 privind aprobarea Strategiei în domeniul sănătății mintale, publicat în Monitorul Oficial nr. 373 din 2 mai 2006;

- Ordinul M.S. nr. 375/2006 privind înființarea, organizarea și funcționarea centrelor de sănătate mintală, publicat în Monitorul Oficial nr. 373 din 2 mai 2006.

2. 29 mai 2006 - Ordinul M.S. nr. 426/2006 privind aprobarea Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei în domeniul sănătății mintale, publicat în Monitorul Oficial nr. 462 din 29 mai 2006.

3. 26 noiembrie 2009 - H.G. nr. 1385/2009 privind înființarea, organizarea și funcționarea Autorității Naționale pentru Protecția Familiei și a Drepturilor Copilului, publicată în Monitorul Oficial nr. 807 din 26 noiembrie 2009.