

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

1. W dniu ..... o godz. ....  
wobec Pani/Pana\* .....  
(imię i nazwisko)

przebywającej(-ego) w:

.....

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

zastosowano przymus bezpośredni:

1) rodzaj/rodzaje\* zastosowanego przymusu bezpośredniego:

.....  
.....

2) przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego:

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

3) osoba/osoby\* zlecająca(-ce) zastosowanie przymusu bezpośredniego:

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

(imię i nazwisko oraz stanowisko)

2. Osoba/osoby\* nadzorująca(-ce) zastosowanie przymusu bezpośredniego:

Lp.	Data i godzina	Imię i nazwisko oraz stanowisko

3. Informacja o zatwierdzeniu przymusu bezpośredniego:

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

(imię i nazwisko oraz stanowisko)

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

Lp.	Data i godzina	Imię i nazwisko oraz stanowisko	Uzasadnienie

5. Czas trwania przymusu bezpośredniego:

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

6. Opis przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza / lekarza psychiatrę\* oraz skutków stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany:

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

7. Osoba/osoby\* stosująca(-ce) przymus bezpośredni (imię i nazwisko oraz stanowisko):

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

8. Osoba/osoby\* podejmująca(-ce) decyzję o zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego:

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

.....  
(imię i nazwisko oraz stanowisko osoby podejmującej decyzję)

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

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

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

10. Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego dokonana przez kierownika podmiotu leczniczego / upoważnionego lekarza\*:

- 1) stwierdzam istnienie podstawy prawnej i faktycznej do zastosowania przymusu bezpośredniego wynikającej z\*:
- a) art. 18 ust. 1 pkt 1 – osoba dopuszcza się zamachu przeciwko:
    - lit. a – życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby,
    - lit. b – bezpieczeństwu powszechnemu,
  - b) art. 18 ust. 1 pkt 2 – osoba w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu,
  - c) art. 18 ust. 1 pkt 3 – osoba poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej,
  - d) art. 34 zdanie pierwsze – jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych, o których mowa w art. 33,
  - e) art. 34 zdanie drugie – w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu szpitala psychiatrycznego przez osobę przyjętą bez jej zgody,
  - f) art. 40 ust. 3 – w celu zapobieżenia opuszczeniu domu pomocy społecznej w przypadku wystąpienia u osoby zachowań zagrażających jej życiu lub zdrowiu, lub życiu lub zdrowiu innych osób
- ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685, z późn. zm.);

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

.....  
.....

3) zasadność zastosowanego przymusu bezpośredniego: .....

.....  
(rodzaj/rodzaje\* zastosowanego środka przymusu)

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

.....  
.....

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

potwierdzam prawidłowość / nie potwierdzam prawidłowości\* (należy uzasadnić w przypadku braku potwierdzenia):

.....  
.....

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

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

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

prawidłowe/nieprawidłowe\* (należy uzasadnić w przypadku nieprawidłowości):

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(oznaczenie podmiotu przeprowadzającego ocenę  
zasadności zastosowania przymusu  
bezpośredniego)

\* Niepotrzebne skreślić

**DYREKTOR**  
Domu Pomocy Społecznej  
w Lubuszawie  
*mgr Monika Bill*