

**Underrättelse om beslut om fastspänning med bälte eller avskiljande**

enligt 19 och 20 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och 8 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)

Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i

.....

**Sjukvårdsinrättning**

Namn		Avdelning
Utdelningsadress		Telefon (inkl. riktnummer)
Postnummer	Postort	E-postadress

**Patient**

Personnummer	Vård med stöd av <input type="checkbox"/> 6 b § LPT <input type="checkbox"/> 11 § LPT <input type="checkbox"/> 5 § LRV <input type="checkbox"/> 7 § LRV
--------------	--

**Komplettering** (fyll i ny rapportblankett och markera med kryss om fastspänning eller avskiljande pågått längre tid än 72 timmar)

**Åtgärden inleddes och avslutades****Undersökning genomförd av beslutande läkare**

Datum och klockslag – datum och klockslag	Datum och klockslag
---	---------------------

**Beslut om fastspänning med bälte längre tid än fyra timmar (19 § LPT/8 § LRV)**

**Grund för beslutet**

Hur uppstod situationen?
Varför var mindre ingripande åtgärder inte tillräckliga?
Vari bestod den omedelbara faran? Vari bestod det synnerliga skäl som motiverade att fastspänningen skulle överstiga fyra timmar?

**Beslut om avskiljande längre tid än åtta timmar (20 § LPT/8 § LRV)**

**Grund för beslutet**

Hur uppstod situationen?

Varför var mindre ingripande åtgärder inte tillräckliga?

På vilket sätt försvårade patienten allvarligt vården av de andra patienterna?  
Vari bestod det synnerliga skäl som motiverade att avskiljandet skulle överstiga åtta timmar?

**Beslutsfattarens underskrift**

Datum	Namn
Befattning	Namnförtydligande