

**VÅRDINTYG****för konvertering till psykiatrisk tvångsvård**

Detta formulär ska användas vid behov av konvertering från frivillig psykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård enligt 11 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Av 4 § samma lag framgår det att ett vårdintyg ska grundas på en särskild läkarundersökning.

**Vårdintyget utfärdas**

|       |           |
|-------|-----------|
| Datum | Klockslag |
|-------|-----------|

Datum och klockslag avser alltså inte tidpunkten för patientens ankomst till sjukvårdsinrättningen

**Patientuppgifter**

|                          |                                |
|--------------------------|--------------------------------|
| Efternamn och förnamn    | Personnummer/samordningsnummer |
| Identiteten styrkt genom |                                |

**Iakttagelser vid undersökningen**

Ange de iakttagelser (psykiatriska och somatiska statusfynd) som är av betydelse för bedömningen av hälsotillstånd och vårdbehov

## Patientuppgifter

|                       |                                |
|-----------------------|--------------------------------|
| Efternamn och förnamn | Personnummer/samordningsnummer |
|-----------------------|--------------------------------|

## Eventuella övriga underlag av betydelse för bedömningen

|   |
|---|
| Uppgifter från patienten själv                        |
| Information från andra personer än patienten          |
| Uppgifter från patientens journal                     |
| Uppgifter från andra handlingar än patientens journal |

## Patientuppgifter

|                       |                                |
|-----------------------|--------------------------------|
| Efternamn och förnamn | Personnummer/samordningsnummer |
|-----------------------|--------------------------------|

## Bedömning av patientens allvarliga psykiska störning

Sammanfatta vad i hälsotillståndet som ligger till grund för bedömningen att patienten har en allvarlig psykisk störning

### Patientuppgifter

|                       |                                |
|-----------------------|--------------------------------|
| Efternamn och förnamn | Personnummer/samordningsnummer |
|-----------------------|--------------------------------|

### Patientens inställning till erbjuden psykiatrisk vård

Patienten motsätter sig vården

Patienten accepterar vården men det finns grundad anledning att tro att den inte kan ges med dennes samtycke

### Bedömning av patientens vårdbehov

Ange varför patienten har ett oundgängligt (direkt nödvändigt) behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom sluten psykiatrisk tvångsvård

## Patientuppgifter

|                       |                                |
|-----------------------|--------------------------------|
| Efternamn och förnamn | Personnummer/samordningsnummer |
|-----------------------|--------------------------------|

## Riskbedömning

|  |
|--|
| Patienten riskerar att skada sig själv   |
| Patienten riskerar att begå självmord    |
| Patienten riskerar att skada någon annan |

## Utfåtande

Intyg utfärdande läkare bedömer

- att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, och
- att jäv enligt 7 kap. 4 § och 6 kap. 28–32 §§ kommunallagen (2017:725) eller 16–18 §§ förvaltningslagen (2017:900) inte föreligger

|   |   |
|---|---|
| Underskrift   | Datum   |
| Namnförtydligande                                     | Befattning  |
| Har svensk läkarlegitimation <input type="checkbox"/> | Har inte läkarlegitimation, men Socialstyrelsens dispens att utfärda vårdintyg <input type="checkbox"/> |
| Telefon (inkl. riktnummer)                            | E-post  |

|                            |            |         |
|----------------------------|------------|---------|
| Vårdenhet                  |            |         |
| Adress                     | Postnummer | Postort |
| Telefon (inkl. riktnummer) | E-post     |         |