

FORMULARIO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES (PAD) EN SALUD MENTAL

Documento elaborado por el grupo de trabajo de Decisiones Anticipadas, formado por el equipo profesional del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y la Federación de Salud Mental Madrid.

Para su elaboración se han tomado como referencia tanto el documento elaborado por el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (al que expresamos nuestro agradecimiento) como el documento propuesto desde la propia Federación de Salud Mental Madrid.

FORMULARIO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES (PAD) EN SALUD MENTAL

DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud.

AUTORIZO en los términos que se establece en la Ley 15/1599, de 13 de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal:

Primero.- La cesión de datos de carácter personal contenidos en planificación anticipada de decisiones (PAD) a los/las profesionales médicos responsables de su proceso.

Segundo.- La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas.

Yo, **D/D^a** _____, con **DNI** _____ con amparo en la Ley 3/2005 de 23 de Mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid, con plena capacidad de obrar, tras una serena y adecuada reflexión, y, actuando libremente, formalizo mediante este documento, mi planificación anticipada de decisiones (PAD), deseando que se sigan las siguientes preferencias e indicaciones en atención a la Salud Mental, tanto en la atención en Urgencias como Ingreso Hospitalario, cuando me encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones, relacionada con un problema de Salud Mental (SM):

1.- SITUACIONES Y CIRCUNSTANCIAS QUE DARÍAN LUGAR A LA APLICACIÓN DE ESTE DOCUMENTO (PAD-SM)

Aquí tiene que indicar en qué situaciones quiere que se aplique este documento, por ejemplo, si me siento fuera de control, si tengo deseos de hacerme daño o hacer daño a alguien, si me siento confuso/a.

2.- SÍGNOS DE ALERTA Y SÍNTOMAS

La persona desde su propio autoconocimiento describe sus signos de alerta para que sea más fácil identificar desde un principio que va a venirle una crisis. (Por ejemplo: me aísló de la gente, tengo ideas extrañas, menos atención en la higiene y cuidado personal, etc.)

Signos de crisis:

3.- PERSONAS A LAS QUE AVISAR O NO, SI ESTOY EN EL HOSPITAL

(Ejemplos: Deseo que me visite mi madre, no quiero que se llame a mi hermano/a, etc.)

Deseo que se avise a las siguientes personas:		Deseo que NO se avise a las siguientes personas:	Motivos
Nombre	Teléfono	Nombre	

Deseo que se informe de mi situación a: Personal sanitario de referencia/familiar/asociación....		Deseo que NO se informe de mi situación a:		Motivos
Nombre	Teléfono	Nombre		

4.- VISITAS Y LLAMADAS

Deseo recibir visitas de:		Deseo NO recibir visitas de:		Motivos
Nombre	Teléfono	Nombre		

Deseo recibir/emitir llamadas de/a:		Deseo NO recibir/emitir llamadas de/a		Motivos
Nombre	Teléfono			

5.- ACTUACIONES QUE ME HACEN "SENTIR MAL" O "SENTIR BIEN"

(Por ejemplo: que me dejen el teléfono móvil para llamar durante la hospitalización, es recomendable incluir información del por qué te hace sentir bien o mal, por ejemplo, una experiencia previa).

Me hace sentir bien	Motivos	Me hace sentir mal	Motivos

6.- PREFERENCIAS EN LA MEDICACIÓN

Ejemplo: Prefiero recibir la siguiente medicación porque con “x” medicamento tuve muchos efectos secundarios.

Medicación que me sienta bien:	Motivos	Medicación que me sienta mal:	Motivos

7.- PREFERENCIAS RELACIONADAS CON ACTUACIONES TERAPÉUTICAS Y USO DE MEDIDAS COERCITIVAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

Ejemplos:

SITUACIÓN	QUE ME AYUDA	QUE NO ME AYUDA
Estoy angustiado/a	Terapia en grupo	Que me dejen solo/a
Estoy disociado/a	Que me dejen escuchar música	Que vengan mis familiares
Desconectado/a del medio	Que me den x medicación	Que me contengan
Me siento nervioso/a, enfadado/a	Permiso para salir del centro, que vengan mis amigos

SITUACIÓN	QUE ME AYUDA	QUE NO ME AYUDA

8.- PREFERENCIAS RESPECTO A LOS/LAS PROFESIONALES

(Ejemplos: Prefiero ser tratado/a por el/la siguiente profesional, prefiero que sea mujer, que me hablen despacio, nunca de pie).

Preferencias	Motivos

9.- HÁBITOS PERSONALES

(Ejemplo: que me dejen dormir 8 horas, sigo “x” dieta)

10.- OTRAS PREFERENCIAS

(Ejemplo: aquí se designaría otras preferencias que me hagan sentir bien durante la estancia en el hospital, por ejemplo, que me dejen jugar a las cartas, ver la TV, tener un/una acompañante en la habitación o no, que me dejen escuchar música).

Preferencias	Motivos

11.- DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE

Deseo nombrar para que actúe como mi representante cuando me encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones a **D/D^a** ,
con **DNI** , **teléfono** y **correo electrónico** .

Es importante que esta persona tenga previamente conocimiento de este documento para llegado el caso velar de la mejor manera posible para que se respete sus deseos y preferencias.

12.- FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN

Nombre y apellidos del/la interesado/a y firma	Nombre y apellidos del/la representante y firma

(Debe estar firmado por la persona y su representante)

13.- OTRAS OBSERVACIONES

14.- FECHA DE ACTUALIZACIÓN

Madrid, de de .