**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

**[Ψυχίατρος, ψυχίατρος/νευρολόγος - παιδοψυχίατρος]**

**Δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής στο ερευνητικό έργο**

**της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης**

Α. Ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ηλικίας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, με ΑΜΚΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, παρακολουθείται από εμένα τουλάχιστον επί έναν χρόνο και παρουσιάζει \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (διάγνωση).

Β. Έχω ενημερωθεί για το πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης και βεβαιώνω ότι το άνω πρόσωπο μπορεί, χωρίς κίνδυνο για τον εαυτό του ή τους άλλους, να συμμετέχει στη δράση \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [τίτλος] του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [φορέας πολιτισμού], καθώς:

(α) η ψυχική νόσος δεν είναι σε ενεργή φάση, ο παραπεμπόμενος δεν βρίσκεται σε ενεργή εξάρτηση και είναι συνεπής στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή),

(β) η όποια φυσική του κατάσταση επιτρέπει την συμμετοχή του στο πρόγραμμα τηςΠολιτιστικής Συνταγογράφησης,

(γ)είναι ικανός να συμμετέχει στη δράση μόνος του (χωρίς συνοδό ή φροντιστή) και να απαντήσει γραπτά στα ερωτηματολόγια,

(δ) ομιλεί την ελληνική γλώσσα,

(ε) δεν τελεί σε καθεστώς πλήρους ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, επιτρεπόμενης της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινεί τόσο ο ίδιος όσο και διορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης) και

(στ) είναι άνω των 8 ετών (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του).

Γ. Όσο διαρκεί η συμμετοχή του άνω προσώπου στο πρόγραμμα, θα είμαι το πρόσωπο αναφοράς και φροντίδας αυτού και θα έχω επικοινωνία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας του φορέα πολιτισμού σε περίπτωση ανάγκης.

Δ. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει τη συναίνεση του άνω προσώπου για τη διαβίβαση και επεξεργασία των δεδομένων του.

\_\_\_ [τόπος], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ημερομηνία υπογραφής]

Υπογραφή και σφραγίδα

**[Ιδιώτης ψυχολόγος]**

**Δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής στο ερευνητικό έργο**

**της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης**

Ο/Η υπογράφων/ουσα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δηλώνω υπεύθυνα ότι :

Α. Διαθέτω τα ακόλουθα επαγγελματικά προσόντα :

(α) Πτυχίο Τμήματος Ψυχολογίας ΑΕΙ.

(β) Άδεια άσκησης επαγγέλματος από την οικεία Περιφέρεια

(γ) Αποδεδειγμένη πενταετή εργασιακή εμπειρία με κλινικούς ευάλωτους και ευαίσθητους πληθυσμούς σε δημόσιο ή ιδιωτικό πλαίσιο.

Β. Ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ηλικίας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, με ΑΜΚΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ο οποίος έχει διαγνωσθεί με \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (αναφορά είτε στη διάγνωση βάσει των κριτηρίων που καθορίζονται σε διεθνώς αναγνωρισμένα ταξινομητικά συστήματα ή/και αναφορά στην κλινική διάγνωση βάσει περιγραφικής αξιολόγησης και εκτίμησης), παρακολουθείται από εμένα τουλάχιστον επί έναν χρόνο.

Β. Έχω ενημερωθεί για το πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης και βεβαιώνω ότι το άνω πρόσωπο μπορεί, χωρίς κίνδυνο για τον εαυτό του ή τους άλλους, να συμμετέχει στη δράση \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[τίτλος] του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [φορέας πολιτισμού], καθώς:

(α) η ψυχική νόσος δεν είναι σε ενεργή φάση, το άνω πρόσωπο δεν βρίσκεται σε ενεργή εξάρτηση και είναι συνεπής στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή),

(β) η όποια φυσική του κατάσταση επιτρέπει την συμμετοχή του στο πρόγραμμα τηςΠολιτιστικής Συνταγογράφησης,

(γ)είναι ικανός να συμμετέχει στη δράση μόνος του (χωρίς συνοδό ή φροντιστή) και να απαντήσει γραπτά στα ερωτηματολόγια,

(δ) ομιλεί την ελληνική γλώσσα,

(ε) δεν τελεί σε καθεστώς πλήρους ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, επιτρεπόμενης της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινεί τόσο ο ίδιος όσο και διορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης) και

(στ) είναι άνω των 8 ετών (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του).

Δ. Όσο διαρκεί η συμμετοχή του άνω προσώπου στο πρόγραμμα, θα είμαι το πρόσωπο αναφοράς και φροντίδας αυτού (keyworker) και θα έχω επικοινωνία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας του φορέα πολιτισμού σε περίπτωση ανάγκης. Σε περίπτωση κρίσης ή έκτακτης περίστασης, που αφορά στο πρόσωπο που συστήνω να συμμετάσχει στην έρευνα, θα συνεργαστώ με ψυχίατρο ή/και φορέα υγείας/ ψυχικής υγείας, εφόσον χρειαστεί.

Ε. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει τη συναίνεση του άνω προσώπου για τη διαβίβαση και επεξεργασία των δεδομένων του.

\_\_\_ [τόπος], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ημερομηνία υπογραφής]

Υπογραφή και σφραγίδα

**[Ψυχολόγος σε ψυχιατρική δομή]**

**Δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής στο ερευνητικό έργο**

**της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης**

Ο/Η υπογράφων/ουσα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δηλώνω υπεύθυνα ότι :

Α. Διαθέτω τα ακόλουθα επαγγελματικά προσόντα :

(α) Πτυχίο Τμήματος Ψυχολογίας ΑΕΙ.

(β) Άδεια άσκησης επαγγέλματος από την οικεία Περιφέρεια

(γ) Αποδεδειγμένη πενταετή εργασιακή εμπειρία με κλινικούς ευάλωτους και ευαίσθητους πληθυσμούς σε δημόσιο ή ιδιωτικό πλαίσιο.

Β. Ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ηλικίας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, με ΑΜΚΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ο οποίος έχει διαγνωσθεί με \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (αναφορά είτε στη διάγνωση βάσει των κριτηρίων που καθορίζονται σε διεθνώς αναγνωρισμένα ταξινομητικά συστήματα ή/και αναφορά στην κλινική διάγνωση βάσει περιγραφικής αξιολόγησης και εκτίμησης), παρακολουθείται από εμένα τουλάχιστον επί έξι μήνες.

Γ. Έχω ενημερωθεί για το πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης και βεβαιώνω ότι το άνω πρόσωπο μπορεί, χωρίς κίνδυνο για τον εαυτό του ή τους άλλους, να συμμετέχει στη δράση \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [τίτλος] του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [φορέας πολιτισμού], καθώς:

(α) η ψυχική νόσος δεν είναι σε ενεργή φάση, το άνω πρόσωπο δεν βρίσκεται σε ενεργή εξάρτηση και είναι συνεπής στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή),

(β) η όποια φυσική του κατάσταση επιτρέπει την συμμετοχή του στο πρόγραμμα τηςΠολιτιστικής Συνταγογράφησης,

(γ)είναι ικανός να συμμετέχει στη δράση μόνος του (χωρίς συνοδό ή φροντιστή) και να απαντήσει γραπτά στα ερωτηματολόγια,

(δ) ομιλεί την ελληνική γλώσσα,

(ε) δεν τελεί σε καθεστώς πλήρους ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, επιτρεπόμενης της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινεί τόσο ο ίδιος όσο και διορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης) και

(στ) είναι άνω των 8 ετών (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του).

Δ. Όσο διαρκεί η συμμετοχή του άνω προσώπου στο πρόγραμμα, θα είμαι το πρόσωπο αναφοράς και φροντίδας αυτού (keyworker) και θα έχω επικοινωνία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας του φορέα πολιτισμού σε περίπτωση ανάγκης. Σε περίπτωση κρίσης ή έκτακτης περίστασης, που αφορά στο πρόσωπο που συστήνω να συμμετάσχει στην έρευνα, θα συνεργαστώ με τον ψυχίατρο, που τον παρακολουθεί ή τον Επιστημονικό Υπεύθυνο της Μονάδας.

Ε. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει τη συναίνεση του άνω προσώπου για τη διαβίβαση και επεξεργασία των δεδομένων του.

\_\_\_ [τόπος], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ημερομηνία υπογραφής]

**[Κοινωνικός λειτουργός]**

**Δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής στο ερευνητικό έργο**

**της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης**

Ο/Η υπογράφων/ουσα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δηλώνω υπεύθυνα ότι :

Α. Διαθέτω τα ακόλουθα επαγγελματικά προσόντα :

(α) Πτυχίο Σχολής Κοινωνικής Εργασίας ΑΕΙ ή ΤΕΙ.

(β) Άδεια άσκησης επαγγέλματος από την οικεία Περιφέρεια ή τον σύλλογο Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών.

(γ) Βεβαίωση εγγραφής στον Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας ΝΠΔΔ.

(δ) Βεβαίωση νόμιμου χώρου παροχής υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας από τον Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας.

(ε) Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στο τομέα της ψυχικής υγείας ή/καιπλήρη-ολοκληρωμένη 4ετή εκπαίδευση σε κάποια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση ή/και πιστοποίηση ECP.

Β. Ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ηλικίας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, με ΑΜΚΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ο οποίος έχει διαγνωσθεί με \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (αναφορά είτε στη διάγνωση βάσει των κριτηρίων που καθορίζονται σε διεθνώς αναγνωρισμένα ταξινομητικά συστήματα ή/και αναφορά στην κλινική διάγνωση βάσει περιγραφικής αξιολόγησης και εκτίμησης), παρακολουθείται από εμένα τουλάχιστον επί έναν χρόνο.

Γ. Έχω ενημερωθεί για το πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης και βεβαιώνω ότι το άνω πρόσωπο μπορεί, χωρίς κίνδυνο για τον εαυτό του ή τους άλλους, να συμμετέχει στη δράση \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [τίτλος] του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [φορέας πολιτισμού], καθώς:

(α) η ψυχική νόσος δεν είναι σε ενεργή φάση, το άνω πρόσωπο δεν βρίσκεται σε ενεργή εξάρτηση και είναι συνεπής στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή),

(β) η όποια φυσική του κατάσταση επιτρέπει την συμμετοχή του στο πρόγραμμα τηςΠολιτιστικής Συνταγογράφησης,

(γ)είναι ικανός να συμμετέχει στη δράση μόνος του (χωρίς συνοδό ή φροντιστή) και να απαντήσει γραπτά στα ερωτηματολόγια,

(δ) ομιλεί την ελληνική γλώσσα,

(ε) δεν τελεί σε καθεστώς πλήρους ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, επιτρεπόμενης της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινεί τόσο ο ίδιος όσο και διορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης) και

(στ) είναι άνω των 8 ετών (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του).

Δ. Όσο διαρκεί η συμμετοχή του άνω προσώπου στο πρόγραμμα, θα είμαι το πρόσωπο αναφοράς και φροντίδας αυτού (keyworker) και θα έχω επικοινωνία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας του φορέα πολιτισμού σε περίπτωση ανάγκης. Σε περίπτωση κρίσης ή έκτακτης περίστασης, που αφορά στο πρόσωπο που συστήνω να συμμετάσχει στην έρευνα, θα συνεργαστώ με ψυχίατρο ή/και φορέα υγείας/ ψυχικής υγείας, εφόσον χρειαστεί.

Ε. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει τη συναίνεση του άνω προσώπου για τη διαβίβαση και επεξεργασία των δεδομένων του.

\_\_\_ [τόπος], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ημερομηνία υπογραφής]

Υπογραφή και σφραγίδα

**[Κοινωνικός λειτουργός σε ψυχιατρική δομή]**

**Δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής στο ερευνητικό έργο**

**της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης**

Ο/Η υπογράφων/ουσα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δηλώνω υπεύθυνα ότι :

Α. Διαθέτω τα ακόλουθα επαγγελματικά προσόντα :

(α) Πτυχίο Σχολής Κοινωνικής Εργασίας ΑΕΙ ή ΤΕΙ.

(β) Άδεια άσκησης επαγγέλματος από την οικεία Περιφέρεια ή τον σύλλογο Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών.

(γ) Βεβαίωση εγγραφής στον Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας ΝΠΔΔ.

(δ) Βεβαίωση νόμιμου χώρου παροχής υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας από τον Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας.

(ε) Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στο τομέα της ψυχικής υγείας ή/καιπλήρη-ολοκληρωμένη 4ετή εκπαίδευση σε κάποια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση ή/και πιστοποίηση ECP ή/και τουλάχιστον πενταετή κλινική εμπειρία σε ψυχιατρική δομή.

Β. Ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ηλικίας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, με ΑΜΚΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ο οποίος έχει διαγνωσθεί με \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (αναφορά είτε στη διάγνωση βάσει των κριτηρίων που καθορίζονται σε διεθνώς αναγνωρισμένα ταξινομητικά συστήματα ή/και αναφορά στην κλινική διάγνωση βάσει περιγραφικής αξιολόγησης και εκτίμησης), παρακολουθείται από εμένα τουλάχιστον επί έξι μήνες.

Γ. Έχω ενημερωθεί για το πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης και βεβαιώνω ότι το άνω πρόσωπο μπορεί, χωρίς κίνδυνο για τον εαυτό του ή τους άλλους, να συμμετέχει στη δράση \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [τίτλος] του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [φορέας πολιτισμού], καθώς:

(α) η ψυχική νόσος δεν είναι σε ενεργή φάση, το άνω πρόσωπο δεν βρίσκεται σε ενεργή εξάρτηση και είναι συνεπής στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή),

(β) η όποια φυσική του κατάσταση επιτρέπει την συμμετοχή του στο πρόγραμμα τηςΠολιτιστικής Συνταγογράφησης,

(γ)είναι ικανός να συμμετέχει στη δράση μόνος του (χωρίς συνοδό ή φροντιστή) και να απαντήσει γραπτά στα ερωτηματολόγια,

(δ) ομιλεί την ελληνική γλώσσα,

(ε) δεν τελεί σε καθεστώς πλήρους ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, επιτρεπόμενης της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινεί τόσο ο ίδιος όσο και διορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης) και

(στ) είναι άνω των 8 ετών (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του).

Δ. Όσο διαρκεί η συμμετοχή του άνω προσώπου στο πρόγραμμα, θα είμαι το πρόσωπο αναφοράς και φροντίδας αυτού (keyworker) και θα έχω επικοινωνία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας του φορέα πολιτισμού σε περίπτωση ανάγκης. Σε περίπτωση κρίσης ή έκτακτης περίστασης, που αφορά στο πρόσωπο που συστήνω να συμμετάσχει στην έρευνα, θα συνεργαστώ με τον ψυχίατρο, που τον παρακολουθεί ή τον Επιστημονικό Υπεύθυνο της Μονάδας.

Ε. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει τη συναίνεση του άνω προσώπου για τη διαβίβαση και επεξεργασία των δεδομένων του.

\_\_\_ [τόπος], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ημερομηνία υπογραφής]

Υπογραφή και σφραγίδα

**[Αυτοαπασχολούμενος Εργοθεραπευτής στον τομέα ψυχικής υγείας]**

**Δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής στο ερευνητικό έργο**

**της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης**

Ο/Η υπογράφων/ουσα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δηλώνω υπεύθυνα ότι :

Α. Διαθέτω τα ακόλουθα επαγγελματικά προσόντα :

(α) Πτυχίο του τμήματος Εργοθεραπείας της Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων ή ΑΕΙ.

(β) Βεβαίωση άσκησης εργοθεραπευτικού επαγγέλματος από την οικεία Περιφέρεια.

(γ) Βεβαίωση εγγραφής στον Πανελλήνιο Σύλλογο Εργοθεραπευτών ΝΠΔΔ.

(δ) Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στο τομέα της ψυχικής υγείας ή/και πλήρη -ολοκληρωμένη 4ετή ψυχοθεραπευτική προσέγγιση ή/και πιστοποίηση ECP.

Β. Ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ηλικίας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, με ΑΜΚΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, σύμφωνα με τη συνημμένη διάγνωση του ψυχιάτρου \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ονομ/μο), που τον παρακολουθεί, έχει διαγνωσθεί, με \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και παρακολουθείται από εμένα τουλάχιστον επί έναν χρόνο.

Γ. Έχω ενημερωθεί για το πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης και βεβαιώνω ότι το άνω πρόσωπο μπορεί, χωρίς κίνδυνο για τον εαυτό του ή τους άλλους, να συμμετέχει στη δράση \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [τίτλος δράσης] του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [φορέας πολιτισμού], καθώς:

(α) η ψυχική νόσος δεν είναι σε ενεργή φάση, το άνω πρόσωπο δεν βρίσκεται σε ενεργή εξάρτηση και είναι συνεπής στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή),

(β) η όποια φυσική του κατάσταση επιτρέπει την συμμετοχή του στο πρόγραμμα τηςΠολιτιστικής Συνταγογράφησης,

(γ)είναι ικανός να συμμετέχει στη δράση μόνος του (χωρίς συνοδό ή φροντιστή) και να απαντήσει γραπτά στα ερωτηματολόγια,

(δ) ομιλεί την ελληνική γλώσσα,

(ε) δεν τελεί σε καθεστώς πλήρους ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, επιτρεπόμενης της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινεί τόσο ο ίδιος όσο και διορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης) και

(στ) είναι άνω των 8 ετών (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του).

Δ. Όσο διαρκεί η συμμετοχή του άνω προσώπου στο πρόγραμμα, θα είμαι το πρόσωπο αναφοράς και φροντίδας αυτού (keyworker) και θα έχω επικοινωνία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας του φορέα πολιτισμού σε περίπτωση ανάγκης. Σε περίπτωση κρίσης ή έκτακτης περίστασης, που αφορά στο πρόσωπο που συστήνω να συμμετάσχει στην έρευνα, θα συνεργαστώ με τον ψυχίατρο, που τον παρακολουθεί ή/και φορέα υγείας/ ψυχικής υγείας, εφόσον χρειαστεί.

Ε. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει τη συναίνεση του άνω προσώπου για τη διαβίβαση και επεξεργασία των δεδομένων του.

\_\_\_ [τόπος], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ημερομηνία υπογραφής]

Υπογραφή και σφραγίδα

**Εργοθεραπευτής ψυχικής υγείας απασχολούμενος σε ψυχιατρική δομή**

**Δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής στο ερευνητικό έργο**

**της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης**

Ο/Η υπογράφων/ουσα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δηλώνω υπεύθυνα ότι :

Α. Διαθέτω τα ακόλουθα επαγγελματικά προσόντα :

(α) Πτυχίο του τμήματος Εργοθεραπείαςτης Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων ή ΑΕΙ.

(β) Βεβαίωση άσκησης εργοθεραπευτικού επαγγέλματος από την οικεία Περιφέρεια

(γ) Βεβαίωση εγγραφής στον Πανελλήνιο Σύλλογο Εργοθεραπευτών ΝΠΔΔ

(δ) Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στο τομέα της ψυχικής υγείας ή/και πλήρη-ολοκληρωμένη 4ετή ψυχοθεραπευτική προσέγγισηή/και πιστοποίηση ECPή/και τουλάχιστον πενταετή κλινική εμπειρία σε ψυχιατρική δομή.

Β. Ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ηλικίας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, με ΑΜΚΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, σύμφωνα με τη συνημμένη διάγνωση του ψυχιάτρου \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ονομ/μο), που τον παρακολουθεί, έχει διαγνωσθεί, με \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και παρακολουθείται από εμένα τουλάχιστον επί έξι μήνες.

Γ. Έχω ενημερωθεί για το πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης και βεβαιώνω ότι το άνω πρόσωπο μπορεί, χωρίς κίνδυνο για τον εαυτό του ή τους άλλους, να συμμετέχει στη δράση \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [τίτλος δράσης] του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [φορέας πολιτισμού], καθώς:

(α)η ψυχική νόσος δεν είναι σε ενεργή φάση, το άνω πρόσωπο δεν βρίσκεται σε ενεργή εξάρτηση και είναι συνεπής στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή),

(β)η όποια φυσική του κατάσταση επιτρέπει την συμμετοχή του στο πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης,

(γ)είναι ικανός να συμμετέχει στη δράση μόνος του (χωρίς συνοδό ή φροντιστή) και να απαντήσει γραπτά στα ερωτηματολόγια,

(δ) ομιλεί την ελληνική γλώσσα,

(ε) δεν τελεί σε καθεστώς πλήρους ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, επιτρεπόμενης της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινεί τόσο ο ίδιος όσο και διορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης) και

(στ) είναιάνω των 8 ετών (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του).

Δ. Όσο διαρκεί η συμμετοχή του άνω προσώπου στο πρόγραμμα, θα είμαι το πρόσωποαναφοράς και φροντίδας αυτού (keyworker) και θα έχω επικοινωνία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας του φορέα πολιτισμού σε περίπτωση ανάγκης.Σε περίπτωση κρίσης ή έκτακτης περίστασης, που αφορά στο πρόσωπο που συστήνω να συμμετάσχει στην έρευνα, θα συνεργαστώ με τον ψυχίατρο, που τον παρακολουθεί ή τον Επιστημονικό Υπεύθυνο της Μονάδας.

Ε. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει τη συναίνεση του άνω προσώπου για τη διαβίβαση και επεξεργασία των δεδομένων του.

\_\_\_ [τόπος], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ημερομηνία υπογραφής]

Υπογραφή και σφραγίδα