

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TREFNIADAU DIOGELU RHAG COLLI RHYDDID - FFURFLEN 3**  **OEDRAN, DIM GWRTHODIAD, ASESIADAU BUDD PENNAF**  **A DETHOL CYNRYCHIOLYDD** | | |
| Mae'r ffurflen gyfunol hon yn cynnwys 3 asesiad ynghyd â thaflen dethol cynrychiolydd. Os bydd gofynion unrhyw asesiad heb eu cwrdd, ni fydd angen cwblhau'r asesiadau eraill oni bai fod y Corff Goruchwylio yn comisiynu hynny'n benodol. | | |
| Mae'r ffurflen hon yn cael ei llenwi mewn cysylltiad â chais am awdurdodiad safonol. | |  |
| Mae'r ffurflen hon yn cael ei llenwi mewn cysylltiad ag adolygiad o awdurdodiad safonol sy'n bod eisoes o dan Ran 8 o Atodlen A1 i Ddeddf Galluedd Meddyliol 2005. | |  |
| Enw llawn y person sy'n cael ei asesu |  | |
| Dyddiad geni (*neu amcangyfrif o'i oedran os nad yw'n hysbys*)  *Mae hyn hefyd yn ffurfio’r* **ASESIAD OEDRAN.** *Os bydd yna unrhyw ansicrwydd, rhowch wybodaeth ychwanegol ar ddiwedd y ffurflen.* | | |
| Manylion cyswllt y Corff Goruchwylio | | |
| Enw |  | |
| Cyfeiriad |  | |
| Rhif ffôn |  | |
| E-bost |  | |
| Cyfeiriad arferol y person sy’n agored i gael ei amddifadu o’i ryddid (os yw’n wahanol i’r uchod) |  | |
| Enw a chyfeiriad yr Awdurdod Rheoli |  | |
| Manylion y Cydgysylltydd Gofal / Rheolwr Gofal |  | |
| Anghenion Cyfathrebu ac unrhyw hanes meddygol perthnasol |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wrth gynnal yr asesiadau sydd wedi eu cynnwys yn y ffurflen hon rwyf wedi cyfarfod neu ymgynghori â’r bobl ganlynol** | | | |
| **ENW** | **CYFEIRIAD** | **CYSYLLTIAD Â'R PERSON SY'N CAEL EI ASESU** | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| **Nid ymgynghorwyd â'r personau canlynol, sydd â buddiant, am y rhesymau canlynol** | | | |
| **ENW** | **RHESWM** | **CYSYLLTIAD Â'R PERSON SY'N CAEL EI ASESU** | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| **Rwyf wedi ystyried y dogfennau canlynol** (*e.e. y cynllun gofal cyfredol, nodiadau meddygol, taflenni cofnodion dyddiol, asesiadau risg*) | | | |
| **ENW'R DDOGFEN** | | | **DYDDIAD Y DDOGFEN** |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASESIAD DIM GWRTHODIAD** | |
| 1. Nid oes Penderfyniad dilys Ymlaen Llaw, nac Atwrneiaeth Arhosol na Dirprwy ar gyfer Iechyd a Lles wedi’i sefydlu. |  |
| 1. Hyd eithaf fy ngwybodaeth a'm cred **ni fyddai'r** awdurdodiad safonol y gofynnir amdano yn mynd yn groes i Benderfyniad Ymlaen Llaw i wrthod triniaeth feddygol na phenderfyniad gan Atwrneiaeth Arhosol neu Ddirprwy ar gyfer Iechyd a Lles. |  |
| 1. Hyd eithaf fy ngwybodaeth a'm cred **byddai'r** awdurdodiad safonol y gofynnir amdano yn mynd yn groes i Benderfyniad Ymlaen Llaw i wrthod triniaeth feddygol neu benderfyniad gan Atwrneiaeth Arhosol neu Ddirprwy ar gyfer Iechyd a Lles. |  |
| *Disgrifiwch ymhellach, os gwelwch yn dda:* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASESIAD BUDD PENNAF** | |
| **MATERION YR WYF WEDI EU PWYSO A'U MESUR, A'U CYMRYD I YSTYRIAETH** | |
| Rwyf wedi pwyso a mesur barn y person perthnasol ac wedi’i chymryd i ystyriaeth |  |
| Rwyf wedi ystyried yr hyn yr wyf yn credu yw'r cwbl o'r amgylchiadau perthnasol ac, yn neilltuol, y materion y cyfeirir atynt yn adran 4 o Ddeddf Galluedd Meddyliol 2005 |  |
| Rwyf wedi cymryd i ystyriaeth gasgliadau'r aseswr iechyd meddwl ynglŷn â’r modd y mae cael ei amddifadu o'i ryddid yn debygol o effeithio ar iechyd meddwl y person |  |
| Rwyf wedi cymryd i ystyriaeth unrhyw asesiadau o anghenion y person gyda golwg ar letya'r person yn yr ysbyty neu’r cartref gofal |  |
| Rwyf wedi cymryd i ystyriaeth unrhyw gynllun gofal sy'n egluro sut y mae anghenion y person i gael eu diwallu tra bydd y person yn cael ei letya yn yr ysbyty neu’r cartref gofal |  |
| Rwyf wedi gofyn am farn y canlynol, cyn belled ag y bu’n ymarferol ac yn bosibl:   * unrhyw un y mae’r person wedi ei enwi’n flaenorol fel rhywun i ymgynghori ag ef * unrhyw un sy’n gofalu am y person * unrhyw un sydd â diddordeb yn lles y person (er enghraifft, aelodau o’r teulu sy’n gofalu am y person, perthnasau agos eraill, neu eiriolwr sydd eisoes yn gweithio gyda’r person), ac * unrhyw dderbyniwr neu ddirprwy sy’n cynrychioli’r person |  |
| **GWYBODAETH GEFNDIR**  Gwybodaeth gefndir a hanesyddol perthnasol yn ymwneud â'r amddifadiad presennol neu amddifadiad posibl o ryddid.  Ar gyfer adolygiad, edrychwch ar amodau blaenorol a chynnwys sylwadau ar yr amodau a osodwyd o'r blaen. | |
| **BARN Y PERSON PERTHNASOL**  Rhowch fanylion ei ddymuniadau, ei werthoedd a’i ddaliadau, gynt ac yn awr, a'r materion y byddai'n eu hystyried pe bai'n gallu gwneud hynny: | |
| **BARN ERAILL** (Dylai’r personau â buddiant yr ymgynghorwyd â nhw wrth gynnal yr asesiad gyflwyno eu barn am fuddiannau pennaf). | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CANLYNIAD YR ASESIAD:**  **MAE'R PERSON YN CAEL EI AMDDIFADU O'I RYDDID**  Yn fy marn i, mae'r person yn cael, neu i gael, ei gadw yn yr ysbyty neu’r cartref gofal i'r diben o roi gofal neu driniaeth iddo mewn amgylchiadau sy'n golygu ei fod yn cael ei amddifadu o'i ryddid. | **YDY** |  | |
| **NAC YDY** |  | |
| Ystyriwch sefyllfa’r person gan gynnwys math, hyd, effeithiau a dull gweithredu'r mesurau dan sylw er mwyn penderfynu a ydynt yn bodloni'r prawf eithaf o **reolaeth A goruchwyliaeth barhaus A heb fod yn rhydd i adael**. Edrychwch ar y disgrifiadau yn y Cod Ymarfer yng ngoleuni'r prawf eithaf.  **Rhesymau Gwrthrychol:**Er enghraifft, dylai cymhwyso'r prawf eithaf roi tystiolaeth o gyfyngiad mewn lle cyfyng, neilltuol, dros gyfnod o amser sydd heb fod yn ddibwys.  **Rhesymau Goddrychol:**Diffyg cydsyniad dilys i gael ei gyfyngu yn yr ysbyty neu’r cartref gofal i dderbyn gofal a/neu driniaeth.  **Mae'r lleoliad i gael ei briodoli i'r Wladwriaeth oherwydd:** | | | |
| **Mae'r amddifadiad hwn yn angenrheidiol er mwyn atal niwed i'r person.** | **YDY** |  | |
| **NAC YDY** |  | |
| **Y rhesymau dros fy marn yw:** Cefnogwch hyn ag enghreifftiau a dyddiadau lle bo modd. Disgrifiwch pa mor ddifrifol oedd unrhyw niwed gwirioneddol a'r tebygolrwydd i hyn ddigwydd eto.  **OPSIYNAU LLEIAF CYFYNGOL**  Ar ôl rhoi eich rhesymau uchod, dylech gynnal dadansoddiad o fanteision a risgiau pob dewis a ystyriwyd.  **Dewis 1:**   |  |  | | --- | --- | | Manteision: | Risgiau: | |  |  |   **Dewis 2:**   |  |  | | --- | --- | | Manteision: | Risgiau: | |  |  |   *(Cynhaliwch y broses eto os bydd mwy o ddewisiadau)*  **CANLYNIAD YR ASESIAD**  **Rhesymau i gasglu**  **Mae’r amddifadiad hwn er budd pennaf y person ac yn ymateb cymesur o ystyried y tebygolrwydd y bydd y person, fel arall, yn dioddef niwed ac o ystyried pa mor ddifrifol fyddai’r niwed hwnnw.**  **YDY**  **NAC YDY** | | | |
| **NID YW’R GOFYNIAD BUDD PENNAF WEDI CAEL EI FODLONI**  **Rhaid cwblhau'r adran hon os daethoch i'r penderfyniad nad yw’r gofyniad budd pennaf wedi cael ei fodloni.** | | | |
| Am y rhesymau a roddwyd uchod, mae'n ymddangos i mi fod y person **YN CAEL, NEU'N DEBYGOL O GAEL**, ei amddifadu o'i ryddid ond nad yw hyn er ei les pennaf. | | |  |
| Yn fy marn i, nid yw amddifadu o ryddid o dan Ddeddf Galluedd Meddyliol 2005 yn briodol. O ganlyniad, os na chaiff yr amddifadiad o ryddid ei awdurdodi o dan statud arall, mae’r person yn cael, neu'n debygol o gael, ei amddifadu o'i ryddid heb awdurdod. | | |
| Rhaid cynnal ymchwiliad Diogelu Oedolyn i unrhyw amddifadiad o ryddid heb awdurdod.  Rhowch groes yn y blwch i gadarnhau bod atgyfeiriad wedi cael ei wneud.  Dyddiad yr Atgyfeiriad: | | |  |
| Rhesymau dros yr atgyfeiriad diogelu | | | |
| **MAE’R GOFYNIAD BUDD PENNAF WEDI CAEL EI FODLONI**  **Rhaid i'r cyfnod awdurdodi hwyaf beidio â bod yn fwy na blwyddyn** | | | |
| Yn fy marn i, y cyfnod hwyaf y mae'n briodol i'r person gael ei amddifadu o'i ryddid o dan yr Awdurdodiad Safonol hwn yw:  **Y rhesymau dros ddewis y cyfnod hwn yw:** Eglurwch eich rheswm/rhesymau | | | |
| **Y DYDDIAD Y DYLAI'R AWDURDODIAD SAFONOL DDOD I RYM**  Rwyf yn argymell y dylai'r Awdurdodiad Safonol ddod i rym ar: | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ARGYMHELLION YNGHYLCH AMODAU (Ddim yn berthnasol i adolygiad)**  **Ticiwch UN blwch yn unig** | | |
| Nid oes gennyf argymhellion i'w gwneud ynghylch yr amodau y dylai neu na ddylai unrhyw Awdurdodiad Safonol fod yn ddarostyngedig iddynt (ewch ymlaen i’r adran **Unrhyw Wybodaeth Berthnasol Arall** o'r ffurflen hon). | |  |
| Argymhellaf y dylai unrhyw Awdurdodiad Safonol fod yn ddarostyngedig i'r amodau canlynol | |  |
| 1 |  | |
| 2 |  | |
| 3 |  | |
| 4 |  | |
| **ARGYMHELLION YNGHYLCH AMRYWIO UNRHYW AMODAU (Adolygiad yn unig)**  **Ticiwch UN blwch yn unig** | | |
| Mae'r amodau presennol yn briodol ac ni ddylid eu hamrywio | |  |
| Dylid amrywio'r amodau presennol yn y ffordd ganlynol: | |  |
| 1 |  | |
| 2 |  | |
| 3 |  | |
| 4 |  | |
| **OS NA CHAIFF UNRHYW RAI O'R AMODAU A ARGYMHELLIR EU GOSOD**:  **Ticiwch UN blwch yn unig** | | |
| Hoffwn ped ymgynghorid â mi eto, gan y gallai hyn effeithio ar rai o'r casgliadau eraill yr wyf wedi dod iddynt yn fy asesiad. | |  |
| Nid oes angen ymgynghori â mi eto, gan nad wyf yn meddwl yr effeithir ar y casgliadau eraill yr wyf wedi dod iddynt yn yr asesiad hwn. | |  |
| **UNRHYW WYBODAETH BERTHNASOL ARALL**  Defnyddiwch y lle isod i gofnodi unrhyw wybodaeth berthnasol arall, gan gynnwys unrhyw amodau ychwanegol y dylid neu na ddylid eu gosod, ac unrhyw bersonau eraill â buddiant y gwnaethoch ymgynghori â nhw. | | |
|  | | |
| **ARGYMHELLION, CAMAU GWEITHREDU A / NEU SYLWADAU AR GYFER Y RHEOLWR GOFAL / CYDGYSYLLTYDD GOFAL / GWEITHIWR CYMDEITHASOL / COMISIYNYDD / GWEITHIWR IECHYD PROFFESIYNOL** | | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DETHOL CYNRYCHIOLYDD** | | | | | | | |
| **GALLUEDD Y PERSON I DDETHOL EI GYNRYCHIOLYDD EI HUN**  **Ticiwch UN blwch yn unig** | | | | | | | |
| 1 | Mae gan y person perthnasol y galluedd i ddethol cynrychiolydd. | | | | | |  |
| 2 | Nid oes gan y person perthnasol y galluedd i ddethol cynrychiolydd. | | | | | |  |
| 3 | Mae gan y person perthnasol, nad oes ganddo’r galluedd, Atwrneiaeth Arhosol neu Ddirprwy ar gyfer Iechyd a Lles ac mae wedi dethol y person canlynol oherwydd: | | | | | | |
| **Y CYNRYCHIOLYDD** | | | | | | | |
| Rhowch fanylion y person a ddewiswyd i gynrychioli'r person y mae'r asesiad hwn yn ei gylch a'ch rhesymau, os gwelwch yn dda. Drwy wneud hynny, rydych yn cadarnhau:   * Os ydych yn dethol cynrychiolydd, bod y person a / neu ei Ddirprwy yn cytuno â'ch argymhelliad. * Bod y person yr ydych yn ei enwi yn gymwys ac yn cytuno i fod yn gynrychiolydd iddo. | | | | | | | |
| Ticiwch y blwch hwn os yw'r adran hon yn cael ei chwblhau oherwydd bod penodiad cynrychiolydd oedd yn bod eisoes wedi cael ei derfynu cyn yr oedd i fod i ddod i ben ac felly mae angen penodi un yn ei le. | | | | | | |  |
| Enw llawn y cynrychiolydd a ddewiswyd | | |  | | | | |
| Ei gyfeiriad | | |  | | | | |
| Ei rif(au) ffôn | | |  | | | | |
| Ei berthynas â'r person perthnasol | | |  | | | | |
| Y rheswm dros ei ddethol | | |  | | | | |
| **Os na allwch enwi cynrychiolydd, rhowch groes yn y blwch a chofnodi eich rheswm isod** | | | | | |  | |
| **LLOFNODWCH A DYDDIWCH Y FFURFLEN HON YN AWR, OS GWELWCH YN DDA** | | | | | | | |
| Llofnod | |  | | Dyddiad |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
| Enw mewn llythrennau bras | |  | |  |  | | |