

راهنمایی های از پیش تعیین شده مشترک المنافع ویرجینیا

من، _____، به اراده خود و به صورت داوطلبانه، اعلام می دارم در صورتی که قادر نباشم به صورت آگاهانه تصمیم گیری نمایم خواسته های من به قرار زیر است:

من درک می کنم که راهنمایی از پیش تعیین شده من می تواند به شمول انتخاب یک نماینده و نیز ذکر گزینه های من در رابطه با مراقبت های پزشکی باشد. اصطلاح "مراقبت های پزشکی" (health care) به معنای ارائه خدمات به هر شخص به منظور پیشگیری، تخفیف، معالجه یا مداوای بیماری، جراحی، یا ناتوانی جسمی انسانی، به شمول اما نه محدود به، داروها؛ جراحی؛ انتقال خون؛ شیمی درمانی؛ پرتودرمانی؛ پذیرش در بیمارستان، تاسیسات مراقبت از سالمندان، یا سایر تاسیسات مراقبت های بهداشتی؛ معالجات روانپزشکی یا سایر معالجات بهداشت روانی؛ و مراحل طولانی ساختن زندگی و مراقبت های تسکین موقت است.

عبارت "عدم توانایی برای گرفتن تصمیمات آگاهانه" به معنی عدم توانایی در فهم طبیعت، دامنه و عواقب احتمالی تصمیمات مراقبت های پزشکی پیشنهادی یا عدم توانایی در رابطه با یک برآورد منطقی از ریسک ها و مزایای تصمیمات مراقبت های پزشکی پیشنهادی نسبت به ریسک ها و مزایای آلترناتیوهای آن تصمیم، یا عدم توانایی در جهت رساندن آن درک و فهم به دیگران به هر صورت است.

تعیین این موضوع که من قادر نیستم به صورت آگاهانه تصمیم گیری کنم توسط پزشک مراقب و یک پزشک یا روانشناس کلینیکی مجاز دوم و پس از معالجه شخصی من انجام می شود و به صورت کتبی گواهی خواهد شد. در غیر اینصورت در حال حاضر پزشک یا روانشناس کلینیکی مجاز دوم نباید در معالجه من دخیل باشد، مگر آنکه چنین پزشک یا روانشناس کلینیکی مجاز مستقلی به صورت منطقی در دسترس نباشد. قبل از آنکه مراقبت های پزشکی ارائه شود، ادامه یابد، مضایقه شود، یا عقب کشیده شود؛ قبل از آنکه به هر نماینده ای که از او نام برده شده اختیار داده شود از جانب من تصمیمات مراقبت های پزشکی اتخاذ کند، و قبل، یا در اولین فرصت از نظر منطقی امکان پذیر بعد از آنکه مراقبت پزشکی ارائه شود، ادامه یابد، مضایقه شود یا عقب کشیده شود و هر 180 روز پس از آن در خلال مدتی که نیاز به مراقبت پزشکی ادامه می یابد این گواهی لازم است.

اگر در هر زمان تشخیص داده شود که من قادر نیستم یک تصمیم آگاهانه اتخاذ کنم، باید تا آنجا که قادرم این اخطار را دریافت کنم به من آگاهی داده شود که چنین تشخیصی قبل از آن گرفته شده که مراقبت های پزشکی عرضه می شود، ادامه می یابد، مضایقه می شود یا عقب کشیده می شود. این اخطار باید در اولین فرصت عملی به اطلاع نماینده ای که از او نام برده ام یا شخصی که طبق 54.1-2986 § مجاز است از طرف من تصمیمات مراقبت های پزشکی اتخاذ کند نیز برسد. اگر بعداً یک پزشک تشخیص داد که من قادرم یک تصمیم آگاهانه اتخاذ کنم و پس از معاینه من این تشخیص را به صورت کتبی تایید کرد، هر گونه تصمیمات مراقبت های پزشکی بعدی مستلزم اخذ رضایت آگاهانه من است.

گزینه 1: تعیین یک نماینده (اگر نمی خواهید نماینده ای انتخاب کنید که برای شما تصمیمات مراقبت های پزشکی را اتخاذ کند گزینه های 1 و 2 را خط بزنید).

من بدینوسیله _____ (نماینده اصلی)
به نشانی _____ (آدرس و شماره تلفن) را به عنوان نماینده خود
تعیین می کنم تا از جانب من به صورتی که در این سند اجازه داده شده تصمیمات مراقبت های پزشکی اتخاذ کند.
اگر _____ به صورت منطقی در دسترس نیست یا قادر یا مایل نیست به عنوان
نماینده من عمل کند، در اینصورت من _____ (نماینده جانشین) به
نشانی _____ (آدرس و شماره تلفن) را به برای انجام این کار تعیین می
کنم.

من بدینوسیله به نماینده خود، که در بالا نام برده شده برای اخذ تصمیمات مراقبت های پزشکی از طرف من به صورتی که در پایین ذکر شده و برای زمانی که چنین تشخیص داده شده که من قادر نیستم یک تصمیم آگاهانه اتخاذ کنم قدرت و اختیارات کامل می دهم.

در رابطه با استفاده از قدرت و اختیارات در جهت اخذ تصمیمات مراقبت های پزشکی از طرف من، نماینده ام باید از هر گونه خواسته و ترجیح من به صورتی که در این سند بیان شده یا به هر صورتی که به آگاهی او رسیده پیروی کند. نماینده من باید از علائم تشخیص داده شده بیماری و پیش بینی های مربوط به آن و همچنین هر گونه اطلاعات ارائه شده توسط

پزشکان من در رابطه با دامنه پیشروی بیماری، ریسک ها، و عوارض جانبی مربوط به معالجه یا عدم معالجه راهنمایی بگیرد. در رابطه با مراقبت های پزشکی من نماینده ام نباید هیچگونه تصمیمی اتخاذ کند که می داند، یا پس از تفحص منطقی می توانست بداند، در تضاد با باورهای مذهبی یا ارزش های اساسی من است، چه آنکه این باورها یا ارزش ها به صورت شفاهی بیان شده باشد و چه کتبی. اگر نماینده من نتواند این موضوع را تعیین نماید که اگر من خود قادر به این کار بودم چه گزینه ای را انتخاب می کردم، در آن صورت گزینه ای را باید انتخاب کند که به اعتقاد او به بهترین صورت به سود من است.

گزینه 2: قدرتهای نماینده من (هر زبانی را که نمی خواهید خط بزنید و خواسته های خود را به هر زبانی که می خواهید اضافه کنید).

قدرتهای نماینده من شامل موارد زیر خواهد بود:

- الف. اعلام رضایت یا عدم رضایت یا پس گرفتن رضایت نسبت به هر گونه معالجه مراقبت های پزشکی، شیوه جراحی، شیوه تشخیص، دارو دادن و استفاده از شیوه های مکانیکی یا غیر آن که بر عملکرد بدنی من اثر می گذارد، از جمله اما نه محدود به تنفس مصنوعی، رساندن غذا و آب به بدن به صورت مصنوعی، و احیای قلبی تنفسی. این اجازه مشخصاً شامل اختیار به رضایت در جهت دادن دوزهای داروی تخفیف درد فراتر از دوزهای توصیه شده به مقداری که برای تخفیف درد کافی است می باشد حتی اگر آن دارو همراه با ریسک اعتیاد باشد یا سهواً مرگ مرا تسریع کند؛
- ب. درخواست، دریافت، و مرور هر گونه اطلاعات، به صورت شفاهی یا کتبی، در رابطه با هر گونه سابقه پزشکی یا روانی، از جمله اما نه محدود به، سوابق پزشکی و بیمارستانی و رضایت به افشای این اطلاعات؛
- ج. به کار گرفتن و مرخص کردن ارائه دهندگان خدمات پزشکی من؛
- د. اجازه به پذیرش من در هر بیمارستان، مرکز نگهداری بیماران لاعلاج، خانه پرستاری، مرکز نگهداری سالمندان یا هر گونه مرکز مراقبت های پزشکی دیگر (از جمله انتقال به یک مرکز دیگر) یا مرخص کردن من از مراکز ذکر شده. اگر من پذیرش به یک مرکز مراقبت های پزشکی را اجازه داده ام تا در آنجا برای بیماری روانی مورد معالجه قرار بگیرم، این اجازه در جای دیگری در این راهنمایی از پیش تعیین شده ذکر شده است.
- ه. اجازه به هر گونه پذیرش در یک مرکز درمانی برای معالجه بیماری روانی به مدت حداکثر 10 روز تقویمی به شرط آنکه من به پذیرش اعتراض نداشته باشم و یک پزشک شاغل در آنجا یا تعیین شده توسط مرکز پذیرش پیشنهادی مرا معالجه نموده و به صورت کتبی اعلام کند که من بیماری روانی دارم و قادر نیستم در رابطه با پذیرش خودم یک تصمیم آگاهانه اتخاذ کنم، و این موضوع که من به معالجه در آن مرکز نیاز دارم؛ و اجازه به مرخصی من از آن مرکز (از جمله انتقال به یک مرکز دیگر)؛
- و. اجازه به پذیرش من در یک مرکز مراقبت های پزشکی جهت معالجه بیماری روانی برای حداکثر 10 روز تقویمی، حتی علیرغم اعتراض من، در صورتی که یک پزشک شاغل در آنجا یا تعیین شده توسط مرکز پذیرش پیشنهادی مرا معالجه نموده و به صورت کتبی اعلام کند که من بیماری روانی دارم و قادر نیستم در رابطه با پذیرش خودم یک تصمیم آگاهانه اتخاذ کنم، و این موضوع که من به معالجه در آن مرکز نیاز دارم؛ و اجازه به مرخصی من از آن مرکز (از جمله انتقال به یک مرکز دیگر)؛ (پزشک من یا یک روانشناس کلینیکی مجاز بدین وسیله گواهی می دهد که من قادرم یک تصمیم آگاهانه اتخاذ کنم و پیامدهای این قسمت از راهنمایی های از پیش تعیین شده خود را درک می کنم:
- ز. اجازه به انواع مشخص مراقبت های پزشکی تشخیص داده شده در این راهنمایی از پیش تعیین شده (مراجعه به قسمت های دیگر راهنمایی را مشخص کنید.) حتی علیرغم اعتراض من. (پزشک یا روانشناس کلینیکی مجاز من بدین وسیله گواهی می دهد که من قادرم یک تصمیم آگاهانه اتخاذ کنم و پیامدهای این قسمت از راهنمایی های از پیش تعیین شده خود را درک می کنم:
- ح. ادامه خدمت به عنوان نماینده من حتی اگر پس از آن که تشخیص داده شد قادر نیستم تصمیمات آگاهانه اتخاذ کنم نسبت به اختیارات نماینده ام اعتراض داشته باشم؛

ط. اجازه به شرکت من در هر مطالعه مراقبت های پزشکی تصویب شده توسط یک هیئت بررسی سازمانی یا کمیته بررسی تحقیقاتی طبق قانون قابل صدق فدرال و ایالتی که چشم انداز یک فایده معالجاتی را به من عرضه می کند؛

ی. اجازه به شرکت من در هر مطالعه مراقبت های پزشکی تصویب شده توسط یک هیئت بررسی سازمانی یا کمیته بررسی تحقیقاتی طبق قانون قابل صدق فدرال و ایالتی که منظور آن افزایش فهم علمی مربوط به هر نوع بیماری است که من بدان مبتلا هستم یا در غیر این صورت مربوط به پیشبرد بهداشت انسانی، حتی اگر چشم انداز هیچگونه سود مستقیمی را برای من عرضه نکند؛

ک. اتخاذ تصمیمات مربوط به ملاقات در طول هر زمانی که در هر گونه مرکز مراقبت های پزشکی پذیرفته شده ام، و همخوان با راهنمایی های زیر:

؛ و

ل. هر گونه اقدام قانونی که برای انجام این تصمیمات می تواند ضروری باشد، از جمله برداشتن مسئولیت از دوش ارائه دهندگان خدمات پزشکی. از آن گذشته، نماینده من در رابطه با هزینه های مراقبت های پزشکی ناشی از این اجازه، که منحصرأ بر مبنای این اجازه است مسئول نخواهد بود.

گزینه 3: راهنمایی های مراقبت های پزشکی (اگر نمی خواهید راهنمایی های مشخص دیگری در باره مراقبت های پزشکی خود ارائه دهید پاراگراف الف و / یا ب را خط بزنید).

الف. من مشخصاً بدینگونه راهنمایی می کنم که مراقبت های پزشکی زیر را دریافت کنم حتی اگر تحت شرایطی که توسط پزشک مراقب من تعیین شده، از نظر پزشکی نامناسب باشد

ب. من مشخصاً بدین گونه راهنمایی می کنم که تحت شرایط زیر این مراقبت های پزشکی در اختیار من قرار نگیرد (می توانید تصریح کنید که آن مراقبت پزشکی تحت هیچ شرایطی عرضه نشود):

گزینه 4: راهنمایی های مربوط به پایان زندگی (اگر نمی خواهید راهنمایی های مربوط به سلامتی خود را برای زمانی که دچار يك بیماری مهلك هستید عرضه کنید، این گزینه را خط بزنید).

اگر در هر زمان پزشك معالج من به این نتیجه برسد که من دارای يك بیماری مهلك هستم و بکارگیری مراحل طولانی ساختن زندگی – از جمله تنفس مصنوعی، احیای قلبی، احیای تنفسی، دادن آب و غذا بصورت مصنوعی - تنها بصورت مصنوعی جریان مردن مرا طولانی می سازد، من چنین راهنمایی می کنم که این مراحل معوق گذاشته شود یا عقب کشیده شود و به من اجازه داده شود به صورت طبیعی فوت کنم به صورتی که فقط داروهای به من داده شود یا اعمال پزشکی از هر نوع در مورد من انجام پذیرد که برای راحتی بخشیدن به من یا تخفیف درد ضروری بنظر می رسد.

گزینه الف: راهنمایی های دیگر درباره مراحل طولانی ساختن زندگی. (اگر می خواهید راهنمایی های خود را عرضه کنید، یا اگر مایلید به راهنمایی های داده شده در بالا چیزی اضافه کنید، اینجا می توانید این کار را بکنید. اگر مایلید راهنمایی های بخصوصی در مورد مراحل مشخصی از جریان طولانی ساختن زندگی از قبیل تنفس مصنوعی، احیای قلبی، احیای ریوی، یا رساندن آب و غذا بطور مصنوعی عرضه کنید، اینجا محلی است که باید آنها را بنویسید). من بدینگونه راهنمایی می کنم که:

گزینه ب: اگر من دچار يك بیماری مهلك هستم راهنمایی های دیگر درباره مراقبت از من به قرار زیر است:

در فقدان توانایی من برای دادن راهنمایی درباره استفاده از این مراحل طولانی ساختن زندگی، قصد من این است که این راهنمایی از پیش تعیین شده توسط خانواده و پزشک من به عنوان بیان نهایی حق قانونی من در رابطه با رد مراقبتهای پزشکی و قبول پیامدهای چنین ممانعتی محترم شمرده شود.

گزینه 5: تعیین و انتصاب یک نماینده برای دادن یک هدیه مربوط به کالبدشکافی یا اهدای عضو، بافت یا چشم (اگر نمی خواهید برای هدیه مربوط به کالبدشکافی یا اهدای عضو، بافت، یا چشم نماینده ای انتخاب کنید این قسمت را خط بزنید).

من تصریح می کند که پس از مرگ مطابق با Article 2 (§ 32.1 - 289.2 et seq.) فصل 8 عنوان 32.1 و طبق راهنمایی های من، اگر وجود داشته باشد، یک هدیه مربوط به کالبدشکافی داده شود یا همه بدنم یا یک عضو مشخص، بافت، یا چشم اهدا گردد. من بدینوسیله _____ به نشانی (آدرس و شماره تلفن) _____ را به عنوان نماینده ام انتخاب می کنم تا پس از مرگ در رابطه با هر گونه هدیه مربوط به کالبدشکافی یا اهدای عضو، بافت و چشم اقدام نماید. از آن گذشته من تصریح می کنم که: (راهنمایی های اظهار کننده در مورد هدیه مربوط به کالبدشکافی یا اهدای عضو، بافت یا چشم).

این راهنمایی از پیش تعیین شده در صورتی که من معلول شوم خاتمه نمی یابد.

تایید و حق لغو: با امضا در زیر، من خاطرنشان می سازم که از نظر احساسی و روانی قادرم این راهنمایی از پیش تعیین را انجام داده و منظور از به اجرا درآمدن این سند را درک می کنم. من متوجه هستم که در هر زمان می توانم بدین صورت تمام یا هر قسمت از این سند را لغو نمایم (i) با یک نوشته امضا شده و تاریخ دار (ii) با لغو یا نابودی فیزیکی این راهنمایی از این راهنمایی از پیش تعیین شده توسط خودم یا دستور به یک نفر دیگر که آن را در حضور خودم از بین ببرد؛ یا (iii) توسط بیان لفظی قصد خود برای لغو آن.

(تاریخ)

(امضای اظهار کننده)

اظهار کننده راهنمایی از پیش تعیین شده مذکور را در حضور من امضا کرد.
(شاهد)

(شاهد)