

ملحق توجيهات مسابقة لولاية فرجينيا
بشأن حالات رعاية الصحة العقلية

أنا،

الاسم الكامل للشخص الذي يعد هذا الملحق للرعاية الصحية العقلية (المصرح)
(Printed Name of Individual Making This Supplement for Mental Health Care (Declarant))

أكشف بطريقة طوعية وبملاء إرادتي عن رغباتي في حالة عدم قدرتي على اتخاذ قرار مستنير بشأن رعايتي الصحية. المقصود من هذه الوثيقة هو إضافة إلى توجيهاتي المسبقة للرعاية الصحية، التي أوقعها في هذا اليوم الموافق

أكتب التاريخ (Insert Date)

تتضمن هذه الوثيقة تعليمات محددة لتوجيه رعايتي الصحية في حال عانيت أزمة صحية عقلية.

أولاً: سلطات وكيلي الخاصة لتفويض الرعاية الصحية رغم اعتراضي

يتضمن هذا الجزء تعليماتي المحددة بشأن رعايتي الصحية في حال اعترضت على الرعاية الصحية التي يعتقد وكيلي للرعاية الصحية وطبيبي أنني بحاجة إليها.

(تخطى أي سلطات لا تريد أن تعطيها لوكيلك.)

ستتضمن سلطات وكيلي ما يلي:

1. تفويض دخولي إلى منشأة رعاية صحية لعلاج مرض عقلي، بالطريقة التي يسمح بها القانون، حتى إذا كنت أعترض.
2. تفويض رعاية صحية أخرى يسمح بها القانون والتي يعتقد وكيلي للرعاية الصحية وطبيبي أنني بحاجة إليها، حتى إذا كنت أعترض. سيتضمن هذا أي نوع من الرعاية الصحية ما لم أشير بخلاف هذا في تعليماتي المحددة المكتوبة في هذه الوثيقة، أو في توجيهاتي المسبقة، أو في المساحة أدناه.

□ أنا لا أفوض بهذه الأنواع المحددة من الرعاية الصحية:

[لإعطاء وكيلك أي من السلطات الموضحة أعلاه، يجب على طبيبك أو على الطبيب النفسي السريري المجاز أن يوقع التصريح في الخانة أدناه.]

أنا طبيب أو طبيب نفسي سريري مجاز مطلع على حالة الشخص الذي أعد ملحق التوجيهات المسبقة للرعاية الصحية هذا. أشهد أنه قادر حالياً على اتخاذ قرار سليم وأنه يفهم عواقب السلطات الخاصة المعطاة لوكيله بهذا الجزء الأول من ملحق التوجيهات المسبقة هذا.

التاريخ
(Date)

توقيع الطبيب أو الطبيب النفسي السريري المجاز
(Physician or Licensed Clinical Psychologist Signature)

الاسم والعنوان الكاملين للطبيب أو الطبيب النفسي السريري المجاز
(Physician or Licensed Clinical Psychologist Printed Name and Address)

ثانياً: تعليمات إضافية بشأن الرعاية الصحية العقلية، إذا وجدت

إذا أردت إعطاء تعليمات إضافية بشأن رعايتك الصحية العقلية، يمكنك القيام بهذا هنا. يمكنك استخدام هذا الجزء لتوجيه رعايتك الصحية العقلية حتى إذا لم يكن لديك وكيل. إذا لم تعط تعليمات محددة، ستركز رعايتك الصحية العقلية، وإلى المدى الذي يسمح به القانون، على قيمك ورغباتك، إذا كانت معروفة، وبطريقة أخرى على مصلحتك القصوى.]

أ. أقدم توجيهاتي على وجه التخصيص أن يتم تزويدي بالرعاية الصحية العقلية التالية إذا كانت مناسبة طبيياً:

ب. أقدم توجيهاتي على وجه التخصيص أن يتم تزويدي بالرعاية الصحية العقلية التالية:

ج. [بدلاً من كتابة التعليمات على هذا النموذج، يمكنك أن تقدم توجيهاتك بتوفير رعايتك الصحية العقلية وفقاً لمخطط الأزمة. إذا أعددت خطة أزمة، فضع إشارة في الخانة التالية وأرفق خطة الأزمة بهذه الوثيقة.]

□ أقدم توجيهاتي بتوفير رعايتي وفقاً للتفضيلات التي عبرت عنها في خطة الأزمة المرفقة إلى المدى الذي يسمح به القانون.

التوكيد وحق الإلغاء: بالتوقيع أدناه، أشير أنني فهمت هذه الوثيقة وأني أوقعها بطريقة طوعية وبملاء إرادتي. أفهم أيضاً أنه يمكنني إلغاء كل أو أي جزء منها في أي وقت كما ينص عليه القانون.

توقيع المصريح (Signature of Declarant)

التاريخ (Date)

وقع المصريح التوجيهات المسبقة أعلاه بحضوري. [مطلوب شاهدين بالغين]

اسم الشاهد
الكامل (Witness
Printed)

توقيع الشاهد
(Witness
signature)

اسم الشاهد
الكامل (Witness
Printed)

توقيع الشاهد
(Witness
signature)

ملاحظة: يجب الاحتفاظ بملحق التوجيهات المسبقة للرعاية الصحية العقلية هذا مع توجيهاتك المسبقة العامة.

يفي هذا النموذج بمتطلبات قانون قرارات الرعاية الصحية لولاية فرجينيا (Virginia's Health Care Decisions Act). إن كانت لديك أسئلة قانونية بشأن هذا النموذج أو تود إعداد نموذج مختلف للإيفاء باحتياجاتك المعينة، عليك التحدث إلى محام بهذا الشأن. إنه لمن مسؤوليتك توفير نسخة من توجيهاتك الطبية المسبقة إلى طبيبك المعالج. عليك أيضاً توفير نسخ إلى وكيلك، وأقاربك الحميمين و/أو أصدقائك.

توفر هذا النموذج جمعية المستشفيات والرعاية الصحية لولاية فرجينيا كخدمة لأعضائها وللعمامة. (مارس/آذار 2010، www.vhha.com)