

راهنمایی از پیش تعیین شده الحاقی ویرجینیا  
برای عوارض بهداشت روانی

من \_\_\_\_\_  
نام شخص بوجود آورنده این الحاقیه برای مراقبت های بهداشت روانی (اظهار کننده) با حروف جدا  
(Printed Name of Individual Making This Supplement for Mental Health Care (Declarant))

من با اراده خود و بصورت داوطلبانه خواسته های خود را به اطلاع می رسانم تا در صورتی که نتوانم یک تصمیم آگاهانه در مورد مراقبت های بهداشتی خود بگیرم این خواسته ها مشخص باشد. مقصود از این سند تکمیل کردن راهنمایی از پیش تعیین شده مراقبت های بهداشتی خودم بوده که در \_\_\_\_\_ به اجرا در آورده ام.

تاریخ بگذارید (Insert Date)

این سند شامل راهنمایی های بخصوص در مورد نظارت بر مراقبت های بهداشتی من و در صورتی است که من یک بحران بهداشت روانی را تجربه کنم.

**I: اختیارات ویژه نماینده من برای اجازه دادن مراقبت های بهداشتی با وجود اعتراض من**

این قسمت شامل راهنمایی های بخصوصی درباره مراقبت های بهداشتی من در صورتی است که من به آن مراقبت های بهداشتی اعتراض داشته باشم اما نماینده مراقبت های بهداشتی و پزشک من بدین باور باشند که من به آن مراقبت ها نیاز دارم.

(هر اختیاری را که نمی خواهید به نماینده خود بدهید خط بزنید.)

اختیارات نماینده من شامل موارد زیر خواهد بود:

1. اجازه دادن پذیرش من در یک تأسیسات مراقبت های بهداشتی برای معالجه بیماری روانی بصورتی که توسط قانون مجاز شمرده شده، حتی اگر من به این کار اعتراض کنم.
2. اجازه دادن مراقبت های بهداشتی دیگر که توسط قانون مجاز شمرده شده و نماینده مراقبت های بهداشتی و پزشک من بدین باورند که من به آنها نیاز دارم، حتی اگر من به این کار اعتراض کنم. این به شمول هر نوع مراقبت بهداشتی است مگر آنکه من با راهنمایی های کتبی بخصوص خود در این سند، در راهنمایی از پیش تعیین شده خود، یا در زیر به آن اشاره کرده باشم.

من این انواع بخصوص مراقبت بهداشتی را اجازه نمی دهم.

[برای آنکه به نماینده خود هرکدام از اختیارات ذکر شده در بالا را بدهید، پزشک یا روانپزشک بالینی مجاز شما باید اظهارنامه در خانه زیر را امضا کنند.]

من يك پزشك يا روانپزشك باليني مجاز آشنا با شخصي هستم كه اين راهنمايي از پيش تعيين شده تكميلي مراقبت هاي بهداشتي را انجام داده است. من شهادت مي دهم كه او در حال حاضر قادر است يك تصميم آگاهانه بگيرد و او عواقب دادن اختيارات به نماينده خود توسط اين قسمت I اين راهنمايي از پيش تعيين شده تكميلي را مي فهمد.

تاريخ  
(Date)

امضاي پزشك يا روانپزشك باليني مجاز  
(Physician or Licensed Clinical Psychologist Signature)

نام و آدرس پزشك يا روانپزشك باليني مجاز با حروف جدا  
(Physician or Licensed Clinical Psychologist Printed Name and Address)

**II: راهنمايي هاي مراقبت هاي بهداشت رواني اضافي، اگر وجود داشته باشد**

[اگر مي خواهيد در مورد مراقبت هاي بهداشت رواني خود راهنمايي هاي اضافي بدهيد، مي توانيد اين كار را اينجا انجام دهيد. شما مي توانيد از اين قسمت براي راهنمايي مربوط به مراقبت بهداشت رواني خود استفاده كنيد حتي اگر نماينده اي نداشته باشيد. اگر راهنمايي بخصوصي عرضه نكنيد، مراقبت بهداشت رواني شما تا آنجا كه قانون مجاز شمرده بر مبناي ارزش ها و خواسته هاي شما و در صورتي است كه معلوم باشد، و در غير اين صورت بهترين منافع شما در نظر گرفته خواهد شد.]

الف. من مشخصاً راهنمايي مي كنم كه مراقبت هاي بهداشت رواني زير را در صورتي كه از نظر پزشكي مناسب باشد دريافت دارم: I

ب. من مشخصاً راهنمايي مي كنم كه مراقبت هاي بهداشت رواني زير را دريافت نكنم:

ج. [به جاي نوشتن راهنمايي در اين فرم، شما مي توانيد دستور دهيد كه مراقبت هاي بهداشتي رواني شما مطابق با يك برنامه بحران عرضه شود. اگر يك برنامه بحران آماده کرده ايد، خانه زير را علامت بزنيد و برنامه بحران را به اين سند ضميمه كنيد.]

من دستور مي دهم كه مراقبت من همخوان و سازگار با ترجيحات و اولويت هايي عرضه شود كه تا آنجا كه توسط قانون مجاز شمرده شده در برنامه بحران ضميمه بيان كردم.

**تائيد و حق لغو:** با امضا كردن زير، من تائيد مي كنم كه اين راهنمايي از پيش تعيين شده تكميلي مربوط به مراقبت هاي بهداشتي رواني را مي فهمم و بصورت ارادي و آگاهانه آن را به اجرا در مي آورم. من همچنين مي فهمم كه بدان صورت كه قانون معين کرده در هر زمان مي توانم تمام يا هر قسمتي از آن را لغو كنم.

امضاي اظهار كننده (Signature of Declarant)

تاريخ (Date)

اظهار كننده راهنمايي از پيش تعيين شده مذکور را در حضور من امضاء كرد. [دو نفر شاهد بزرگسال مورد نیاز است.]

شاهد  
با حروف جدا  
(Witness  
Printed)

شاهد  
با حروف جدا  
(Witness  
Printed)

شاهد  
با حروف جدا  
(Witness  
Printed)

شاهد  
با حروف جدا  
(Witness  
Printed)

توجه: اين راهنمايي از پيش تعيين شده تكميلي براي مراقبت هاي بهداشتي رواني بايد همراه با راهنمايي از پيش تعيين شده عمومي شما نگهداري شود.

اين فرم مقررات قانون تصميمات مراقبت هاي بهداشتي ويريچينيا (*Virginia Health Care Decisions Act*) را رعايت مي كند. اگر درباره اين فرم سوالات قضايي داريد يا ماييليد جهت برآوردن نيازهاي ويژه خود يك فرم متفاوت بوجود آوريد، بايد با يك وكيل صحبت كنيد. عرضه يك كپي راهنمايي از پيش تعيين شده پزشكي شما به پزشك معالجتان در مسئوليت شماست. شما بايد كپي ها را در اختيار نماينده، اقوام نزديك و/ يا دوستانتان قرار دهيد.

اين فرم از طرف اتحاديه بيمارستان ها و مراقبت هاي بهداشتي ويريچينيا و بعنوان يك خدمت به اعضاي آن و عموم مردم عرضه شده است. (مارچ 2010، تارنماي [www.vhha.com](http://www.vhha.com))