

دستورات پزشکی مربوط به ادامه حیات در ویرجینیا

اینجانب، _____، عامدانه و داوطلبانه تمایلات خود را در صورتیکه قادر به اتخاذ تصمیم آگاهانه نباشم به شرح زیر اعلام می دارم:

من توجه دارم که دستورات مربوط به ادامه حیات (advance directive) من ممکن است علاوه بر بیان گزینش های مربوط به مراقبت درمانی من شامل انتخاب یک نماینده باشد. معنی عبارت "مراقبت درمانی": فراهم کردن خدمات به هر شخص به منظور پیشگیری، تسکین، مداوا یا درمان بیماری، مصدومیت یا معلولیت جسمانی در انسان که شامل موارد زیر شده ولی به آنها محدود نمی شود: داروها؛ جراحی؛ انتقال خون؛ شیمی درمانی؛ پرتو درمانی؛ پذیرش در بیمارستان، آسایشگاه، مرکز زندگی امدادی یا سایر مراکز مراقبت درمانی؛ روان درمانی یا سایر مداوای بهداشت روانی؛ و روال های تمدید زندگی و مراقبت تسکین بخش.

معنی عبارت "عدم توانایی در اتخاذ تصمیم آگاه": عدم توانایی در درک ماهیت، میزان و نتایج احتمالی تصمیم مراقبت درمانی پیشنهاد شده؛ عدم توانایی در اتخاذ ارزیابی منطقی از خطرات و مزایای تصمیم مراقبت درمانی پیشنهاد شده در مقایسه با خطرات و مزایای اتخاذ تصمیمات دیگر؛ یا عدم توانایی در بیان چنین مفهومی به هیچ عنوان.

این دستورات مربوط به ادامه حیات در صورت معلولیت من منقضی نخواهند شد.

(می توانید در این دستورات مربوط به ادامه حیات هر یک یا همه بخش های I تا V که در زیر آمده را منظور کنید.)

بخش I: تعیین نماینده

(اگر نمی خواهید نماینده ای را انتخاب کنید که از جانب شما تصمیمات مربوط به مراقبت درمانی را اتخاذ کند قسمت I و قسمت II در زیر را خط بزنید)

بدینوسیله شخص نامبرده در زیر را بعنوان نماینده اصلی خود تعیین می کنم تا از طرف من و بدان صورت که در این سند اجازه داده شده تصمیمات مراقبت درمانی را اتخاذ نماید:

نمایر اگر موجود است
(Fax if any)

تلفن (Telephone)

نام نماینده اصلی (Name of Primary Agent)

ایمیل اگر موجود است (E-mail if any)

نشانی (Address)

اگر نماینده اصلی فوق الذکر بصورت منطقی در دسترس نباشد یا قادر یا مایل نباشد بعنوان نماینده من عمل کند، در آن صورت بعنوان نماینده جانشین شخص زیر را انتخاب می کنم:

نمایر اگر موجود است
(Fax if any)

تلفن (Telephone)

نام نماینده جانشین (Name of Successor Agent)

ایمیل اگر موجود است (E-mail if any)

نشانی (Address)

بدینوسیله به نماینده فوق الذکر خود توانایی و اجازه کامل می دهم تا تصمیمات مراقبت درمانی را به طوریکه در زیر توصیف شده در هر زمان که تشخیص داده شود قادر به اتخاذ تصمیم آگاه نیستم از سوی من اتخاذ نماید. اجازه نماینده من تا زمانی که قادر به اتخاذ تصمیم آگاه نیستم به قوت خود باقی می ماند.

نماینده من در اعمال توانایی برای اتخاذ تصمیمات مربوط به مراقبت درمانی از سوی من، از تمایلات و ترجیحات من به طوریکه در این متن عنوان شده یا به صورت دیگری به آگاهی نماینده من رسانیده شده تبعیت خواهد کرد. نماینده من از تشخیص بیماری و پیش آگهی پزشکی و هرگونه اطلاعات ارائه شده توسط پزشکان در مورد عامل اختلال، درد، خطرات و اثرات جانبی مربوط به درمان یا عدم درمان به عنوان راهنما استفاده خواهد کرد. نماینده من در مورد مراقبت درمانی که برخلاف باورهای مذهبی من یا ارزش های اساسی من می باشد که وی آگاهی دارد یا پس از استعلام منطقی باید آگاهی داشته باشد، تصمیمی اتخاذ نخواهد کرد، علیرغم اینکه این موضوع به صورت کتبی یا شفاهی ابراز شده باشد. اگر نماینده من قادر نباشد تشخیص دهد که من چه گزینه های مراقبت درمانی را از طرف خود انتخاب می کردم، در آن صورت نماینده ام تصمیمی را برای من اتخاذ می نماید که بنا به باور و اعتقاد او به بهترین وجه به نفع من است.

نماینده من برای هزینه های مراقبت درمانی که صرفاً بر اساس آن اجازه تصویب می کند مسئول نخواهد بود.

بخش II: اختیارات نماینده من

(شما می‌توانید هرگونه اختیاراتی را که در این بخش II ذکر شده و نمی‌خواهید به نماینده خود بدهید خط بزنید و هرگونه اختیارات یا دستوراتی را که می‌خواهید به نماینده خود بدهید اضافه نمایید.)

اختیارات نماینده من شامل موارد زیر خواهد بود:

- A. رضایت یا امتناع یا عدم رضایت در مورد هرگونه مراقبت درمانی، مداوا، روال جراحی، روال تشخیص بیماری، دارو و استفاده از روال های مکانیکی و غیره که بر عملکرد جسمانی من تأثیر گذاشته و شامل موارد زیر شده ولی به آنها محدود نمی‌شود: تنفس مصنوعی، تغذیه و آبرسانی که به طور مصنوعی انجام شده باشد و به هوش آوری قلبی-ریه ای. این مجوز به طور ویژه شامل اختیار برای رضایت در استفاده از داروی مسکن درد به میزان بالاتر از دوز توصیه شده و به مقدار لازم برای تسکین درد می‌باشد، حتی اگر چنین دارویی همراه با خطر اعتیاد یا تسریع غیر عمدی در مرگ من باشد.
- اختیار نماینده من تحت این زیربخش A محدود به هرگونه دستوراتی می‌شود که در بخش IV در زیر در رابطه با مراقبت درمانی ام می‌دهم در صورتیکه مبتلا به یک عارضه مهلک باشم.
- B. برای درخواست، دریافت و بررسی هرگونه اطلاعات شفاهی یا کتبی در رابطه با بهداشت جسمانی یا روانی ام که شامل پرونده های پزشکی و بیمارستانی و رضایت برای واگذاری این اطلاعات شده ولی به آنها محدود نمی‌شود.
- C. استخدام و مرخص کردن ارائه دهندگان مراقبت درمانی من.
- D. صدور اجازه پذیرش یا مرخص کردن من (شامل انتقال به مرکز دیگر) از هرگونه بیمارستان، مرکز بیماران لاج، خانه پرستاری، مرکز اسکان همراه با پرستاری یا مرکز مراقبت های پزشکی دیگر. اگر اجازه پذیرش در مرکز مراقبت درمانی برای مداوای بیماری روانی را صادر کرده باشم، آن مجوز در زیربخش E و/یا F در زیر قید شده است.
- E. صدور اجازه پذیرش من در مرکز مراقبت درمانی برای بیماری روانی برای کمتر از 10 روز تقویمی به این شرط که با پذیرش مخالفت نکرده و پزشکی که در استخدام مرکز پذیرشی قرار دارد یا از سوی آن اختصاص داده شده مرا معاینه کرده و به طور کتبی قید کند که مبتلا به بیماری روانی هستم، قادر به اتخاذ تصمیم آگاه در مورد پذیرش نیستم، و به مداوا در این مرکز نیاز دارم؛ و برای صدور اجازه ترخیص من (شامل انتقال به یک مرکز دیگر) از آن مرکز.
- F. صدور اجازه پذیرش من در مرکز مراقبت درمانی برای بیماری روانی برای بیش از 10 روز، حتی اگر مخالفت کنم، در صورتیکه پزشک تحت استخدام مرکز پذیرشی یا اختصاص داده شده از سوی آن مرا معاینه کرده و به طور کتبی قید کند که مبتلا به بیماری روانی هستم، قادر به اتخاذ تصمیم آگاه در مورد پذیرش نیستم، و به مداوا در این مرکز نیاز دارم؛ و برای صدور اجازه ترخیص من (شامل انتقال به یک مرکز دیگر) از آن مرکز.
- (اگر اختیار توصیف شده در زیربخش F را به نماینده خود بدهید، پزشک شما باید گواهی زیر را پر کند.)

گواهی پزشک: من پزشک یا روانپزشک بالینی مجاز برای گواهی دهنده در این دستورات مربوط به ادامه حیات می باشم. بدینوسیله گواهی می‌دهم که عقیده دارم گواهی دهنده در حال حاضر قادر به اتخاذ تصمیم آگاه بوده و گواهی دهنده پیامدهای این بخش از دستورات مربوط به ادامه حیات را درک می‌کند.

تاریخ (Date)

امضای پزشک (Physician Signature)

نام پزشک با حروف خوانا (Physician Name Printed)

- G. صدور اجازه برای انواع خاص مراقبت درمانی زیر که در این دستورات مربوط به ادامه حیات شناسایی شده حتی اگر مخالفت کنم. (هرگونه بخش های مربوط در این دستورات مربوط به ادامه حیات را به طور خاص ارجاع دهید.)

(اگر اختیار توصیف شده در زیربخش G را به نماینده خود بدهید، پزشک شما باید گواهی زیر را پر کند.)

گواهی پزشک: من پزشک یا روانپزشک بالینی مجاز برای گواهی دهنده در این دستورات مربوط به ادامه حیات می باشم. بدینوسیله گواهی می دهم که عقیده دارم گواهی دهنده در حال حاضر قادر به اتخاذ تصمیم آگاه بوده و گواهی دهنده پیامدهای این بخش از دستورات مربوط به ادامه حیات را درک می کند.

تاریخ (Date)

امضای پزشک (Physician Signature)

نام پزشک با حروف خوانا (Physician Name Printed)

H. ادامه قبول مسئولیت بعنوان نماینده من حتی اگر من به اختیارات نماینده بعد از اینکه مشخص شد قادر به اتخاذ تصمیم آگاهانه نیستم اعتراض کنم.

I. صدور اجازه برای مشارکت من در هرگونه مطالعه مراقبت درمانی تصویب شده توسط یک هیئت بررسی موسساتی یا کمیته بررسی پژوهشی طبق قانون مربوطه فدرال یا ایالتی در صورتی که آن مطالعه چشم انداز مزایای مستقیم معالجاتی برای من را عرضه کند.

J. صدور اجازه برای مشارکت من در هرگونه مطالعه مراقبت درمانی تصویب شده توسط یک هیئت بررسی موسساتی یا کمیته بررسی پژوهشی طبق قانون مربوطه فدرال یا ایالتی که منظور از آن افزایش درک علمی در رابطه با هرگونه عارضه ای است که من بدان دچار شده ام یا در غیر این صورت می تواند تندرستی انسانی را ترویج نماید، حتی اگر متضمن هیچگونه چشم انداز مزایای مستقیمی برای من نباشد.

K. اتخاذ تصمیم های مربوط به ویزیت در طول هر زمانی که من در هرگونه مرکز مراقبت درمانی پذیرفته شده ام و با دستورات زیر همخوانی دارد:

L. انجام هرگونه اقدام قانونی که ممکن است برای به اجرا در آوردن این تصمیمات لازم باشد، از جمله اعطای معافیت در قبال مسئولیت به ارائه دهندگان خدمات پزشکی.

(هرگونه اختیاراتی که به نماینده خود اعطا می کنید، محدودیت هایی که برای نماینده خود قائل می شوید و سایر اطلاعات برای راهنمایی نماینده خود را در زیر اضافه کنید.)

من دستوراتی را به صورت زیر در اختیار نماینده خود قرار می دهم:

بخش III: دستورات مربوط به مراقبت درمانی

(اگر نمی خواهید که دستورات خاص اضافی در مورد مراقبت درمانی خود را صادر کنید زیر بخش A و/یا B در زیر را خط بزنید.)

A. من به طور صریح اعلام می دارم که مراقبت درمانی زیر را در صورت مناسب بودن تحت شرایطی که پزشک معالج مشخص کرده دریافت کنم:

B. من به طور صریح اعلام می دارم که مراقبت درمانی زیر تحت شرایط زیر به من ارائه نشود: (همچنین ممکن است مشخص کنید که مراقبت درمانی خاصی تحت هیچگونه شرایطی به شما ارائه نشود.)

بخش IV: دستورات در مورد مراقبت در پایان عمر ("وصیت نامه تصمیمات درمانی پیش از مرگ")

(در صورتیکه به عارضه مهلکی مبتلا هستید و نمی خواهید دستورات خاصی را در مورد مراقبت درمانی خود ارائه کنید، روی این بخش IV خط بکشید.)

اگر در هر زمان پزشک معالج من باید مشخص کند که آیا عارضه من مهلک است و روال تمدید زندگی - شامل تنفس مصنوعی، به هوش آوری قلبی- ریه ای، تغذیه مصنوعی و آبرسانی مصنوعی - صرفاً به طور مصنوعی روال مرگ را تمدید می کند، من اعلام می دارم که از چنین روال هایی استفاده نشده یا متوقف شوند و به من اجازه داده شود که صرفاً با مصرف دارو یا اجرای هرگونه روال پزشکی که برای تأمین آسایش یا تسکین درد لازم است به طور طبیعی فوت کنم. اگر اهداگر عضو، چشم یا بافت می باشم (به بخش V در زیر مراجعه کنید)، من مایلیم که این دستورات به صورتی اجرا شود که شایستگی اعضا، چشم ها و بافت های من برای اهدا تضمین گردد.

در غیاب توانائی من برای ارائه دستورات مربوط به استفاده از چنین روال های تمدید زندگی، منظور اصلی من اینستکه خانواده و پزشک من این دستورات مربوط به ادامه حیات را به عنوان اظهاریه نهایی حقوق قانونی من برای امتناع در دریافت مراقبت درمانی و پذیرش من در مورد نتایج چنین امتناعی محترم بشمارند.

(اگر نمی خواهید دستورات دیگری را در مورد مراقبت در پایان عمر ارائه کنید روی زیربخش های A و/یا B در زیر خط بکشید.)

A. سایر دستورات در مورد روال های تمدید زندگی

(اگر مایلید که دستورات خونتان را در مورد روال های تمدید زندگی ارائه کنید، یا اگر مایلید به دستوراتی که در فوق ارائه کردید اضافه کنید، می توانید اینکار را در این زیربخش A انجام دهید. اگر می خواهید دستورات خاصی را در مورد برخی روال های تمدید زندگی ارائه کنید، از قبیل تنفس مصنوعی، به هوش آوری قلبی- ریه ای، تغذیه مصنوعی و آبرسانی مصنوعی، آنها را باید در اینجا مرقوم کنید. اگر دستورات خاصی را در این زیربخش ارائه می کنید، در صورتی روی هرگونه مفاد فوق الذکر در این بخش IV خط بکشید که با دستوراتی که در زیر می آیند تفاوت دارند.)

من اعلام می دارم که:

B. دستورات مربوط به مراقبت به غیر از روال های تمدید زندگی

(می توانید دستورات دیگری به غیر از دستورات مربوط به روال های تمدید زندگی که در زیربخش A در بالا ذکر شدند را در مورد مراقبت درمانی خود در اینجا ارائه کنید.)

من اعلام می دارم که:

بخش V: هدایای وابسته به کالبد شکافی

(می توانید از این متن برای ثبت تصمیم خود در مورد اهدای عضوها، چشم ها و بافت ها یا تمام بدن خود پس از فوت استفاده کنید. اگر این تصمیم را در اینجا یا هرگونه متن دیگری اتخاذ نکنید، نماینده شما می تواند در این مورد برای شما تصمیم بگیرد مگر اینکه شما به طور صریح وی را از انجام چنین کاری منع کنید که می توانید اینکار را در این متن یا متن دیگری انجام دهید. اگر مایلید که از این بخش برای اتخاذ تصمیم در مورد اهداگری خود استفاده کنید، یکی از دایره های زیر را علامت بزنید.)

- من عضوها، چشم ها و بافت های خود را برای پیوند، درمان، پژوهش و آموزش اهدا می کنم. من اعلام می دارم که همه اقدامات لازم برای تضمین شایستگی پزشکی عضوها، چشم ها یا بافت های من برای اهداگری اتخاذ شوند. من توجه دارم که می توانم دستورات خود را در اداره وسائط نقلیه موتوری یا مستقیماً در دفتر ثبت اهداگری، www.DonateLifeVirginia.org ثبت نمایم و می توانم از دفتر ثبت اهداگری برای ایجاد تغییرات یا لغو دستوراتم استفاده کنم؛ یا

- من تمام بدنم را برای پژوهش و آموزش اهدا می کنم.

[هرگونه دستورات خاصی که مایلید در مورد هدایای وابسته به کالبد شکافی ارائه کنید را در اینجا مرقوم کنید.]

(شما باید در حضور دو شاهد در زیر امضاء کنید.)

تصدیق و حق قانونی برای ابطال: من با امضای زیر اظهار می دارم که از لحاظ احساسی و روانی قادر به تدوین این دستورات مربوط به ادامه حیات هستم و از منظور و تأثیر این متن آگاهی دارم. من توجه دارم که می توانم در هر زمان (i) توسط یک نوشته امضاء شده و تاریخ دار؛ (ii) توسط لغو یا نابودسازی فیزیکی این دستورات مربوط به ادامه حیات توسط خودم یا توسط درخواست از شخص دیگری برای نابودسازی آن در حضور من؛ یا (iii) توسط اظهار شفاهی من به منظور فسخ، همه این متن یا بخش هایی از آن را فسخ نمایم.

تاریخ (Date)

امضای اظهار کننده (Signature of Declarant)

اظهار کننده دستورات مربوط به ادامه حیات مذکور را در حضور من امضاء کرد.

(شاهد) (Witness)

(شاهد) (Witness)

این فرم مقررات قانون تصمیمات مراقبت درمانی ویرجینیا را رعایت می کند. اگر درباره این فرم سوالات قضایی دارید یا مایلید جهت برآوردن نیازهای ویژه خود یک فرم متفاوت بوجود آورید، باید با یک وکیل صحبت کنید. عرضه یک نسخه از دستورات مربوط به ادامه حیات به پزشک معالجتان به مسئولیت شماست. شما باید نسخه هایی را در اختیار نماینده، اقوام نزدیک و/یا دوستانتان قرار دهید. برای اطلاعات در مورد نگهداری این دستورات مربوط به ادامه حیات در دفتر ثبت رایگان دستورات مربوط به ادامه حیات پزشکی ویرجینیا به تارنمای <http://www.VirginiaRegistry.org> مراجعه کنید. این فرم از طرف اتحادیه بیمارستان ها و مراقبت درمانی ویرجینیا و بعنوان یک خدمت به اعضای آن و عموم مردم عرضه شده است. (جون 2012، www.vhha.com)