**Приложение A: Форма Распоряжения о неиспользовании опиатов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА МАССАЧУСЕТС**  **РАСПОРЯЖЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОМ ОТКАЗЕ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПИАТОВ (VNOD)** | | | | | | | | | DCPFORMDHCQ-17-1-668 | | |
| ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
| ИМЯ ПАЦИЕНТА | | |  | | ВТОРОЕ ИМЯ ИЛИ ИНИЦИАЛ ПАЦИЕНТА | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | |
| ДАТА РОЖДЕНИЯ (MM/ДД/ГГГГ) | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| УЛИЦА И НОМЕР ДОМА ИЛИ АДРЕС МЕСТОЖИТЕЛЬСТВА | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| ГОРОД | | | | | | ШТАТ | | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС (5 или 9 цифр) | | | | |
|  | | | | | |  | |  | | | — |  |
|  | | | |
| ФАМИЛИЯ ОПЕКУНА ИЛИ МЕД. ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (если применимо) | | | |
|  | | | |
| ИМЯ ОПЕКУНА ИЛИ МЕД. ПРЕДСТАВИТЕЛЯ | | | |  | | | ВТОРОЕ ИМЯ ИЛИ ИНИЦИАЛ   |  |  | | --- | --- | | PATIENT’S LAST NAME | aaaaaaaaaaaaa | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА/ОПЕКУНА/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ (НЕОБХОДИМО ПОСТАВИТЬ ПОДПИСЬ И ДАТУ)** | | | | | | | | | | | | |  |
| Я |  | | | | | | (пациент  опекун представитель) | | | | | |
| подтверждаю, что я по собственному настоянию отказываюсь от предложения или применения любых лекарственных средств с содержанием опиатов, в том числе в экстренной ситуации, в которой я не могу говорить за себя. Я осознаю риск и пользу моего отказа и настоящим освобождаю медицинского(их) работника(ов) или сотрудников службы неотложной медицинской помощи, её администрацию и персонал от всякой ответственности за любые последствия, которые могут наступить в таких обстоятельствах в результате моего отказа. Далее, я подтверждаю своё понимание того, что я могу фактически отменить данное заявление в любое время, в устной или письменной форме.  Настоящим я распоряжаюсь о том, чтобы медицинский(е) работник(и) или сотрудники служб(ы) неотложной медицинской помощи, её администрация и персонал выполняли нормативные требования и руководящие принципы Департамента здравоохранения штата Массачусетс относительно Распоряжения о добровольном отказе от использования опиатов в отношении указанного выше пациента. | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  |
| Подпись пациента/опекуна/представителя по вопросам медицинского обслуживания | | | | | | | | | | Дата |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **ПОДПИСЬ И ДАТЫ (ТРЕБУЮТСЯ ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ)** | | | | | | | | | | | | | |
| Я являюсь практикующим врачом вышеуказанного пациента. Я подтверждаю, что у вышеуказанного пациента имеется текущее и действительное Распоряжение о добровольном отказе от использования опиатов (VNOD), | | | | | | | | | | | | | |
| изданное (число) | |  | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись практикующего врача | | | | | | | |  | | | | | |
| ФИО практикующего врача печатными буквами | | | Дата вступления в силу Распоряжения VNOD | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  |  | | |  | |  | | |
| Адрес практикующего врача | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Номер телефона практикующего врача | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

Первый экземпляр: Хранится у пациента

Второй экземпляр: Хранится в постоянной медицинской документации пациента

**Если лицо, заполняющее эту форму, в настоящее время проходит лечение от употребления алкоголя или психоактивных веществ, то соответствующие разрешения должны соответствовать требованиям HIPAA и 42 CFR часть 2.**