

Приложение А: Форма Распоряжения о неиспользовании опиатов



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА
МАССАЧУСЕТС

DCPFORM
DHCQ-17-1-668

РАСПОРЯЖЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОМ ОТКАЗЕ ОТ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПИАТОВ (VNOD)

ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА			
ИМЯ ПАЦИЕНТА			
ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)			
ВТОРОЕ ИМЯ ИЛИ ИНИЦИАЛ ПАЦИЕНТА			
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	
ЗЯВЛЕНИЕ 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.