**សេចក្តីបន្ថែម A ៖ ទម្រង់បទបញ្ជីគ្មានធាតុគីមី អូភួត**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ក្រសួងសុខាភិបាល​សាធារណៈរដ្ឋម៉ាស្សាជូសេត្ស**  **បទបញ្ជាគ្មានធាតុគីមី​ដោយស្ម័គ្រចិត្ត (VNOD)** | | | | | | | | | DCPFORMDHCQ-17-1-668 | | |
| ឈ្មោះត្រកូលរបស់់អ្នកជម្ងឺ | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |
| ឈ្មោះហៅ ឬ របស់់អ្នកជម្ងឺ | | |  | | ឈ្មោះកណ្តាល ឬ | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
| កាលបរិច្ឆេទ​នៃ​កំណើត (mm/dd/yyyy) | |  | | | | | | |
|  | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| អាសយដ្ឋានថ្នល់ ឬ លំនៅដ្ឋាន | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| ទីក្រុង | | | | | | រដ្ឋ | | លេខស៊ិប កូដ (5 to 9 ខ្ទង់) | | | | |
|  | | | | | |  | |  | | | — |  |
|  | | | |
| ឈ្មោះត្រកូលនៃអាណាព្យាបាល​ ឬ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព (ប្រសិនបើជាប់​ទាក់ទង) | | | |
|  | | | |
| ឈ្មោះហៅនៃអាណាព្យាបាល​ ឬ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព | | | |  | | | ឈ្មោះកណ្តាល ឬ អក្សរអាទិសង្កេត | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់ អ្នកជម្ងឺ/អាណាព្យាបាល/ភ្នាក់ងារសុខាភិបាល (ហត្ថលេខា និង កាលបរិច្ឆេទតម្រូវចាំបាច់)** | | | | | | | | | | | | |  |
| ខ្ញុំ |  | | | | | | (អ្នកជម្ងឺ  អានាព្យាបាល ភ្នាក់ងាថែទាំសុខភាព) | | | | | |
| សូមអះអាង អំពីការបដិសេធផ្ទាល់ខ្លួនមិនទទួលយកការផ្តល់​ជូននៃរដ្ឋបាល ឬការប្រើនៃថ្នាំអូភីអ័យ (Opioid) ដាច់ខាត​ បើទោះបីក្នុង​កាលទេសៈ​​ សង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬខ្ញុំមិនអាចនិយាយបានយ៉ាងណាក៏ដោយ ។ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ពីហានិភ័យចំពោះការបដិសេធរបស់ខ្ញុំ និងមិនថ្កោលទោស​ចំពោះ​អ្នក​ផ្តល់​សេវាថែទាំសុខផាព (Health Care Providers), អ្នកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬរដ្ឋបាល និងបុគ្គលណាឡើយចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំនេះ​។ ខ្ញុំបញ្ជាក់​ថា ខ្ញុំអាចលុបចោលវិញនូវលិខិត​អះអាង​នេះ​ក្នុង​ពេល​ណាមួយយ៉ាង មានប្រសិទ្ធិភាព ដែលអាចជាផ្ទាល់មាត់​ឬក្នុង​បំណងរបស់ខ្ញុំផ្ទាល់ ។  ខ្ញុំសូមអះអាងថាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព អ្នកផ្តល់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់​ ផ្នែករដ្ឋបាល​និង បុគ្គលិកពាក់ព័ន្ធ​ពិតជាអនុវត្តតាម​ក្រសួង​សុខាភិបាល​នៃរដ្ឋម់ាសាឈុស៊ិតស្ម័គ្រចិត្តសាធារណៈ (Massachusetts Department of Public Health Voluntary Non-Opioid Directive) ទៅតាម​ក្រិមក្រម​ និង​ទៅតាមអ្វីដែលអ្នកជំងឺឈ្មោះខាងលើបានស្នើរសុំ ។​ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  |
| ហត្ថលេខារបស់អ្នកជម្ងឺ/អាណាព្យាបាល/ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព | | | | | | | | | | កាលបរិច្ឆេទ ៖ |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **ហត្ថលេខា និង កាលបរិច្ឆេទ (តម្រូវចាំបាច់ជានិច្ច)** | | | | | | | | | | | | | |
| ខ្ញុំ​គឺជាបុគ្គលិកជំនាញ សម្រាប់​អ្នកជម្ងឺដូចនៅខាងលើ ។ ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា​អ្នកជម្ងឺដែលឈ្មោះខាងលើ មានបទបញ្ជា្តគ្មានធាតុអូភ័ដ និង​ត្រឹមត្រូវសម័យកម្ម (VNOD) | | | | | | | | | | | | | |
| បានចេញផ្សាយនៅ | |  | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| ហត្ថលេខានៃ​បុគ្គលិកជំនាញថែទាំសុខភាព | | | | | | | |  | | | | | |
| សរសេរផ្ចិតឈ្មោះនៃ​បុគ្គលិកជំនាញថែទាំសុខភាព | | | កាលបរិច្ឆេទនៃប្រសិទ្ធិភាពលិខិតបញ្ជាក់ VNOD | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  |  | | |  | |  | | |
| អាសយដ្ឋាននៃ​បុគ្គលិកជំនាញថែទាំសុខភាព | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| លេខទូរស័ព្ទឈ្មោះនៃ​បុគ្គលិកជំនាញថែទាំសុខភាព | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

ច្បាប់ចម្លងដំបូង រក្សារទុកដោយអ្នកជម្ងឺ

ច្បាប់ចម្លងទីពីរ រក្សារទុកក្នុង​បណ្ណាសារវេជ្ជសាស្ត្រអចិន្រ្តៃយរបស់​អ្នក​ជំងឺ

**ប្រសិនបើ​នរណាម្នាក់បំពេញទម្រង់បែបបទនេះ កំពុងតែចុះឈ្មើនោក្នុង​ការ​ព្យាបាល​ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន**

**យល់ព្រមដោយត្រឹមត្រូវ ត្រូវតែងនុវត្ត​ជាមួយ HIPAA និង CPR ផ្នែកទីពី ។**