

طريقة إكمال نموذج الإقرار الخاص بتلقي علاج الصحة العقلية

التعليمات

يمكنك بمحض إرادتك اختيار ما إذا كنت تريد الحصول على الإقرار الخاص بتلقي علاج الصحة العقلية (الذي يُشار إليه اختصارًا بالإقرار). قبل إكمال الإقرار الخاص بك، ينبغي عليك قراءة "الإخطار المُوجَّه للشخص الذي يُقدِّم الإقرار الخاص بتلقي علاج الصحة العقلية" بالإضافة إلى "الإخطار المُوجَّه إلى الطبيب أو مقدم الرعاية"، وهما الإخطاران الموضحان في الصفحتين 8 و9 من نموذج الإقرار. ويزودك هذان الإخطاران ببعض المعلومات العامة عن الإقرار. بمجرد أن تُقدِّم الإقرار، يظل ساريًا لمدة ثلاثة أعوام ما لم تقوم بإلغائه. وبعد ثلاثة أعوام، يصبح غير سار. وتحتاج عندئذٍ إلى التوقيع على إقرار جديد. إذا لم تكن قادرًا في نهاية الأعوام الثلاثة على التوقيع على إقرار جديد، فسيظل الإقرار ساريًا حتى تكون قادرًا مجددًا. إذا قررت أنك لا تريد الحصول على إقرار أو كنت تريد تغييره، فيمكنك ذلك. لإلغاء الإقرار، عليك أن تخبر طبيبك، ومقدم الرعاية وأي شخص آخر يحتفظ بالإقرار الخاص بك، بأنك لا تريد أن يصبح هذا الإقرار ساريًا. وضمنًا لسلامتك، ينبغي عليك القيام بذلك كتابيًا أو الحصول على جميع نسخ الإقرار وتمزيقها. أيضًا، لا يمكنك إلغاء إقرارك خلال أي من الفترات التي يثبت فيها عجزك. إذا كان هناك أي شيء في هذا المستند لا تستوعبه بعد قراءة الإخطارات والتعليمات التالية، فينبغي أن تطلب من أحد المحامين أن يوضحه لك.

طريقة إكمال نموذج الإقرار الخاص بتلقي علاج الصحة العقلية

يراعى الترتيب في هذا الإجراء

أولاً، يجب أن تكون مؤهلاً عقلياً لتقديم الإقرار. ثانياً، تحتاج إلى نموذج رسمي لإكماله. لا يمكنك تقديم إقرار قانوني بدون الإقرار، النموذج المرفق مع هذه التعليمات رسمي وسيكون ساريًا في حالة إكماله والتوقيع عليه والإشهاد عليه بشكل صحيح.

وحتى يكون ساريًا وملزمًا، يجب أن يتوفر في النموذج ما يلي:

أ. يتضمن اسمك.

ب. تقوم أنت بالتوقيع عليه وتاريخه.

ج. يقوم شاهدان بالتوقيع عليه وتاريخه على أن يكون هذان الشاهدان حاضرين عند توقيعك على الإقرار. ويجب أن تكون بحسب ظنهم مؤهلاً عقلياً في وقت توقيعك على النموذج.

د. يحتوي على التعليمات الخاصة بتلقي علاج الصحة العقلية.

اتبع هذه الخطوات لتقديم إقرار سار من الناحية القانونية بخصوص علاج الصحة العقلية:

الخطوة 1: الاسم

اطبع أو اكتب اسمك بخط واضح ومقروء على السطر الأول في النموذج بعد كلمة "أنا".

الخطوة 2: اختيار متخذ القرار

في القسم التالي، يجب أن تختار من سيتخذ القرارات نيابةً عنك إذا أصبحت غير قادر على إعطاء الموافقة الخاصة بتلقي علاج الصحة العقلية.

يمكنك اختيار إما الشخص الذي سوف يعالجك أو "ممثلك" عنك. اكتب الأحرف الأولى من اسمك على السطر المجاور لاختيارك.

على الرغم من أن النموذج لا ينص على ذلك، لا يمكن لبعض الأشخاص أن ينوبوا عنك باعتبارهم "ممثلين" عنك. الأشخاص الذين لا يمكن أن يكونوا "ممثلين" عنك هم:

- طبيبك أو مقدم خدمة الصحة العقلية أو أي موظف لدى طبيبك أو لدى مقدم الرعاية، ما لم تكن على صلة بهذا الشخص.

- مالك أو مشغل أو موظف في منشأة للرعاية الصحية حيث تعيش أو كنت مريضاً، ما لم تكن على صلة بهذا الشخص.

إذا لم تقم بتعيين "ممثلك" أو إذا كان الشخص الذي تعينه لا يقبل التعيين أو تم استبعاده من الخدمة، فإن جميع التعليمات الأخرى الواردة في الإقرار لا تزال سارية.

الخطوة 3: الممثل المعين

إذا اخترت "ممثلاً"، فأكمل كل خانة خالية بكتابة المعلومات المطلوبة عن هذا الشخص في الصفحة 3 من النموذج. إذا اخترت تعيين شخص ما ليكون بديلاً عن "ممثلك"، فقم بإكمال المعلومات المتعلقة "بالممثل" البديل أيضاً في الصفحة 3 من النموذج.

الخطوة 4: التعليمات الخاصة بتلقي علاج الصحة العقلية

الجزء التالي من النموذج، والذي يحمل عنوان "التعليمات الخاصة بتلقي علاج الصحة العقلية"، هو الموضوع الذي تضع فيه تعليماتك الخاصة بتلقي علاج الصحة العقلية الذي تريده والذي لا تريده. قد تتضمن تعليماتك رغباتك فيما يتعلق بالأدوية والقبول والإقامة في منشأة تلقي علاج الصحة العقلية (لمدة لا تزيد عن 17 يوماً) والعلاج بالصدمات الكهربائية بالإضافة إلى خدمات المريض الخارجي. ينقسم هذا القسم إلى 3 أجزاء منفصلة، والتي تم تناولها في قسم التعليمات هذا بوصفها الخطوة 4أ، والخطوة 4ب والخطوة 4ج.

الخطوة 4أ. علاجات الصحة العقلية التي توافق عليها

في الصفحة 4 من النموذج، تحت عنوان "التعليمات الخاصة بتلقي علاج الصحة العقلية" هو الموضع الذي تضع فيه التعليمات الخاصة بأنواع علاج الصحة العقلية التي تريد الموافقة عليها. إذا كنت تريد أن يتبع مقدم الرعاية أو "ممثلك" تعليمات محددة، فيجب وضع هذه التعليمات هنا.

- إذا كنت ترغب في منح الموافقة على أنواع معينة من الأدوية، فعليك تحديد الأدوية المعينة التي توافق عليها.
- إذا كنت ترغب في الموافقة على أي دواء قد يوصي به الطبيب، فاذكر "أوافق على أي دواء يوصي به طبيبي لي".
- إذا كنت ترغب في تقييد موافقتك بأي شكل من الأشكال، مثل تقييد موافقتك على الجرعة القصوى، أو إذا كنت تريد أخذ معلومات معينة بعين الاعتبار، مثل الحساسية التي قد تكون لديك، فيمكنك إضافة هذه التعليمات أو المعلومات. يمكنك تحديد الشروط أو القيود الخاصة بك. ويمكنك أيضاً تحديد سبب استخدام دواء معين بجرعة محددة.
- إذا كان لديك "ممثل"، فسيتم افتراض أن "ممثلك" يجب أن يوافق على الجرعة ونوع الدواء.
- إذا كنت توافق على العلاج قصير المدى المخصص للمرضى الداخليين، فيمكنك تحديد ذلك. يمكنك أيضاً تحديد المنشأة المعينة و/ أو مقدم الرعاية الذي توافق عليه لهذا العلاج قصير المدى المخصص للمرضى الداخليين.
- يمكنك الموافقة على العلاج بالصدمات الكهربائية، والذي يتضمن "العلاج بالصدمة" أو "العلاج بالصدمات الكهربائية". إذا كنت ترغب في اتخاذ قرار مسبقاً بشأن هذا النوع من العلاج، فيمكنك القيام بذلك في هذا القسم أو في الخطوة 4ب. يمكنك تضمين حد على عدد العلاجات التي توافق عليها أو نوعها أو إحدى التعليمات التي تنص على استشارة "ممثلك" بخصوص هذه القرارات.
- إذا صرحت بموافقتك على أي نوع من علاج الصحة العقلية، فلن تحصل عليه بالضرورة. يجب أن يوصي الطبيب أولاً بعلاج حالتك. إن موافقتك لا تعطي الطبيب الحق في إصدار توصيات غير مناسبة.

الخطوة 4ب: علاجات الصحة العقلية التي لا توافق عليها

المجموعة التالية من المساحات التي يمكنك إكمالها في النموذج، أعلى الصفحة 5، هي الموضع الذي تضع فيه التعليمات الخاصة بأنواع علاج الصحة العقلية التي لا توافق عليها. إذا كنت تريد أن يتبع مقدم الرعاية أو "ممثلك" تعليمات محددة، فعندئذ يجب وضع هذه التعليمات هنا. يجب أن تدرك أنه قد يتم علاجك دون موافقة إذا تم احتجازك وفقاً لقانون الالتزام المدني أو كنت في حالة طوارئ حيث تتعرض حياتك أو صحتك للخطر.

- كنت لا ترغب في منح الموافقة على أنواع معينة من الأدوية أو الجرعات، فاذكر "أنا لا أوافق على إعطائي الأدوية التالية:" واكتب أسماء أو أنواع الأدوية التي ترفضها.
- إذا كنت ترغب في رفض الموافقة على تناول جميع الأدوية، فاكتب: "أنا أرفض الموافقة على تناول جميع الأدوية".
- إذا كنت تريد شرح رفضك للموافقة، فيمكن تحديد ذلك. على سبيل المثال، يمكنك تأكيد رفضك من خلال توثيق الآثار السلبية أو الحساسية أو التشخيص الخاطئ الذي عانيت منه دواء و/ أو علاج معين للصحة العقلية.
- إذا كنت لا توافق على العلاج قصير المدى المخصص للمرضى الداخليين، فيمكنك تحديد ذلك. يمكنك أيضاً تحديد أنك لا توافق على منشأة و/ أو مقدم رعاية معين لهذا العلاج قصير المدى المخصص للمرضى الداخليين.
- إذا كنت لا توافق على العلاج بالصدمات الكهربائية وترغب في اتخاذ قرار مقدماً بشأن هذا النوع من العلاج، والذي يتضمن "العلاج بالصدمة" أو "العلاج بالصدمات الكهربائية"، فيمكنك تحديد ذلك.

الخطوة 4 ج. معلومات إضافية عن صحتك العقلية

الجزء العلوي من الصفحة 6 هو الموضوع الذي تضع فيه معلومات إضافية حول احتياجات صحتك العقلية. يمكنك تضمين أي شيء ذي صلة برغباتك فيما يتعلق بتلقي علاج صحتك العقلية في هذا القسم. يطلب منك النموذج التفكير في تاريخ الصحة العقلية أو تاريخ الصحة الجسدية، ومتطلبات الحماية الغذائية، والمخاوف الدينية، والأشخاص الواجب إخطارهم، وغيرها من الأمور ذات الأهمية. "الأمور الأخرى ذات الأهمية" هي أي شيء ذو صلة بالعلاج، والذي تشعر أنه قد يُحسِّن صحتك العقلية.

- فعلى سبيل المثال، يمكنك القول، عندما تكون منزعًا حقًا، فإن أكثر ما يهدئك هو الجلوس بهدوء في غرفة مظلمة، مع ترك الباب مفتوحًا. ومن ناحية أخرى، يمكنك تحديد أن أسوأ شيء بالنسبة لك عندما تكون منزعًا حقًا هو أن يتم وضعك في غرفة مغلقة. لا يتعين على الطبيب اتباع هذه التعليمات، ولكن إذا كان الطبيب على دراية بما يجدي وما لا يجدي، فقد يكون على استعداد لمعالجتك وفقًا لرغباتك.
- إذا أدركت من خلال تجربتك أن المشاركة المنتظمة في مركز رعاية مرضى الصحة العقلية الذي يديره المستهلكون بأنفسهم يوفر لك أكبر قدر من الإحساس بالراحة، فيمكنك حينئذٍ أن تطلب أن يشمل علاجك المشاركة في أحد مراكز رعاية مرضى الصحة العقلية الذي يديره المستهلكون بأنفسهم. لا يضمن اختيارك توفر أي برنامج من هذا النوع.
- إذا كنت ترغب في التأكد من أن شخصًا ما تم إخباره أو لم يتم إخباره بأنك في أزمة/ في المستشفى، فيمكنك تحديد ذلك.

الخطوة 5: توقيعك

قم بتوقيع النموذج وتاريخه في أسفل الصفحة 6. وقم بذلك أمام شاهدين. يجب أن يظهر توقيعك في هذا المكان حتى يصبح أي جزء من التوجيه ساريًا.

الخطوة 6: تأكيد الشهود

اجعل الشاهدان يوقعان على النموذج وتاريخه في الصفحة 7 في القسم الذي عنوانه "تأكيد الشهود".

بعض الأشخاص لا يمكن الاستعانة بهم كشهود. ومن بين الأشخاص الذين لا يمكن الاستعانة بهم كشهود:

- "ممثلك" أو "ممثلك" البديل. لا يمكن الاستعانة بأي شخص قمت بتعيينه في الخطوة 2 ("اختيار متخذ القرار") كشاهد.
 - أي طبيب أو مقدم من مقدمي خدمات الصحة العقلية الذين يعالجونك، أو قريب لشخص يعالجك. لا يمكن الاستعانة بمدير الحالة، وأي طبيب يعالجك أثناء تواجذك في المستشفى أو مستشارك أو اختصاصي الصحة النفسية الخاص كشهود.
 - مالك أو مشغل المنشأة التي تعيش فيها، أو أحد أقارب أحد هؤلاء الأشخاص. على سبيل المثال، إذا كنت تعيش في منزل جماعي، فلا يمكن الاستعانة بمالك المنزل الجماعي أو طاقمه كشهود. وينطبق الشيء نفسه على العاملين في دور رعاية المسنين، ودور تبني الأطفال المهملين ودور الرعاية والإقامة الداخلية إلى غير ذلك.
 - أي شخص من أقاربك بصلته الدم أو النسب أو التبني.
- عندما يُوقع الشاهدان على النموذج، فهما يقران بما يلي:

(1) أنك وقَّعت على الإقرار؛

(2) أنهما يعتقدان أنك كنت مؤهل عقليًا في وقت توقيعك على النموذج؛ و

(3) أنهما يعتقدان أنك لم تكن تحت الإكراه أو الاحتيال أو التأثير غير المبرر وقت توقيعك على النموذج.

الخطوة 7: توقعات الأطراف الأخرى

إذا كان لديك "ممثل"، فتأكد من أن "ممثلك" قد وقّع على قبول الموعد وتاريخه في الصفحة 7. وبالمثل، إذا كان لديك "ممثل" بديل، فتأكد من أن "ممثلك" البديل قد وقّع على قبول الموعد وتاريخه في الصفحة 7.

الخطوة 8: تسليم النسخ

تأكد من تقديم نسخ من النموذج المكتمل إلى أي طبيب أو مقدم رعاية أو منشأة تتوقع حاجتك إلى الحصول على علاج منها. إذا قمت بتعيين ممثل، فتأكد من أن هذا الشخص لديه نسخة أيضًا. لا يمكن اتباع تعليماتك إذا لم يُعرف وجودها.