

Αίτημα για τη χορήγηση φαρμάκου με σκοπό να θέσω τέλος στη ζωή μου (Request for Medication to End My Life)

Δήλωση μαρτύρων

Όνομα ασθενούς: _____ («ασθενής»)

Εγώ, _____ ο/η (Όνομα μάρτυρα 1), και

εγώ, _____ ο/η (Όνομα μάρτυρα 2), δηλώνουμε

ο καθένας χωριστά ότι το άτομο που υπογράφει το παρόν «Αίτημα για τη χορήγηση φαρμάκου με σκοπό να θέσω τέλος στη ζωή μου»:

1. μου είναι προσωπικά γνωστός/-ή ή έχει προσκομίσει αποδεικτικό ταυτότητας·
2. υπέγραψε οικειοθελώς το έντυπο «Αίτημα για τη χορήγηση φαρμάκου με σκοπό να θέσω τέλος στη ζωή μου» παρουσία μου ή μου επιβεβαίωσε ότι το υπέγραψε· και
3. εξ όσων γνωρίζω και πιστεύω, έχει ικανότητα λήψης αποφάσεων και υποβάλλει το έντυπο «Αίτημα για τη χορήγηση φαρμάκου με σκοπό να θέσω τέλος στη ζωή μου» οικειοθελώς, με δική του πρωτοβουλία, και δεν εξαναγκάστηκε να υπογράψει το έντυπο «Αίτημα για τη χορήγηση φαρμάκου με σκοπό να θέσω τέλος στη ζωή μου».

Δεν είμαι ο θεράπων ιατρός ούτε ο συμβουλευών ιατρός του ατόμου που υπογράφει το έντυπο «Αίτημα για τη χορήγηση φαρμάκου με σκοπό να θέσω τέλος στη ζωή μου», ούτε ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας που αξιολόγησε την ικανότητα λήψης αποφάσεων του ατόμου που υπογράφει το έντυπο «Αίτημα για τη χορήγηση φαρμάκου με σκοπό να θέσω τέλος στη ζωή μου» κατά την υπογραφή του εν λόγω αιτήματος.

Δηλώνω επίσης, έχοντας επίγνωση των κυρώσεων για ψευδορκία, ότι οι δηλώσεις που περιέχονται στο παρόν είναι αληθείς και ορθές και ότι οι ψευδείς δηλώσεις που περιέχονται στο παρόν είναι ποινικά κολάσιμες.

Επιπλέον, δηλώνω ότι:

1. δεν έχω συγγενική σχέση με τον/την ασθενή, είτε εξ αίματος, είτε εξ αγχιστείας, είτε μέσω υιοθεσίας·
2. δεν δικαιούμαι κανένα μέρος των περιουσιακών στοιχείων του/της ασθενούς μετά τον θάνατό του/της, βάσει οποιασδήποτε διαθήκης ή κατ' εφαρμογή του νόμου, και δεν είμαι σε θέση να αποκομίσω οικονομικό όφελος από τον θάνατο του/της ασθενούς με οποιονδήποτε άλλο τρόπο·
3. δεν είμαι ιδιοκτήτης, διαχειριστής, υπάλληλος ή ανεξάρτητος συνεργάτης μονάδας υγειονομικής περίθαλψης στην οποία ο/η ασθενής νοσηλεύεται ή διαμένει·
4. δεν είμαι σύντροφος του/της ασθενούς, όπως ορίζεται στον Νόμο περί αποφάσεων για την οικογενειακή υγεία της Νέας Υόρκης (Family Health Care Decisions Act), άρθρο 2994-a(7) του Νόμου περί δημόσιας υγείας (Public Health Law)·
5. δεν είμαι ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης στο πλαίσιο εξουσιοδότησης για την υγειονομική περίθαλψη του/της ασθενούς, άρθρο 2980(5) του Νόμου περί δημόσιας υγείας· ή
6. δεν είμαι εκπρόσωπος βάσει πληρεξουσίου του/της ασθενούς, άρθρο 5-1501(2) του Νόμου περί γενικών υποχρεώσεων (General Obligations Law).

Υπογραφή μάρτυρα 1: _____ Ημερομηνία: _____

Διεύθυνση: _____

Υπογραφή μάρτυρα 2: _____ Ημερομηνία: _____

Διεύθυνση: _____

Αίτημα για τη χορήγηση φαρμάκου με σκοπό να θέσω τέλος στη ζωή μου

Εγώ, _____ ο/η (όνομα ασθενούς), είμαι ενήλικας κάτοικος της Πολιτείας της Νέας Υόρκης, ο/η οποίος/-α έχει διαγνωστεί με _____ (ονομασία ανίατης ασθένειας ή πάθησης), μια ανίατη ασθένεια ή πάθηση. Ο θεράπων ιατρός μου έχει διαπιστώσει και ένας συμβουλευτών ιατρός έχει επιβεβαιώσει ότι η ανίατη ασθένεια ή πάθησή μου είναι μια ανίατη και μη αναστρέψιμη ασθένεια ή πάθηση η οποία, σύμφωνα με εύλογη ιατρική κρίση, θα οδηγήσει σε θάνατο εντός έξι μηνών, ανεξάρτητα από την παροχή θεραπευτικής αγωγής ή όχι.

Ο θεράπων ιατρός μου, ο συμβουλευτών ιατρός μου και ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας συμφωνούν ότι έχω ικανότητα λήψης αποφάσεων, γεγονός που σημαίνει ότι κατανοώ και συνειδητοποιώ τη φύση και τις συνέπειες της παροχής ιατρικής βοήθειας στον θάνατο (Medical Aid in Dying), συμπεριλαμβανομένων των ωφελειών, των κινδύνων και των εναλλακτικών λύσεων, καθώς και ότι έχω την ικανότητα λήψης τεκμηριωμένης απόφασης σχετικά με την ιατρική βοήθεια στον θάνατο και μπορώ να κοινοποιήσω την απόφασή μου στον θεράποντα ιατρό μου.

Έχω ενημερωθεί πλήρως σχετικά με τη διάγνωση και την πρόγνωση της κατάστασής μου, τη φύση των φαρμάκων που θα μου συνταγογραφηθούν και τους συναφείς δυνητικούς κινδύνους, το αναμενόμενο αποτέλεσμα, καθώς και τις εφικτές εναλλακτικές λύσεις και θεραπευτικές επιλογές, στις οποίες περιλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, η παρηγορητική φροντίδα και η περίθαλψη σε εξειδικευμένα ιδρύματα.

Ζητώ από τον θεράποντα ιατρό μου να μου συνταγογραφήσει φάρμακο που θα δώσει τέλος στη ζωή μου, εάν αποφασίσω να το πάρω, και εξουσιοδοτώ τον θεράποντα ιατρό μου να επικοινωνήσει με κάποιον άλλο ιατρό ή οποιονδήποτε φαρμακοποιό σχετικά με το αίτημά μου.

Επιστημονικά ένα:

(_____) Έχω ενημερώσει ή σκοπεύω να ενημερώσω ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειάς μου για την απόφασή μου

(_____) Αποφάσισα να μην ενημερώσω κανένα μέλος της οικογένειάς μου για την απόφασή μου

(_____) Δεν έχω οικογένεια που πρέπει να ενημερώσω για την απόφασή μου

Κατανοώ ότι έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω το παρόν αίτημα ή να αρνηθώ τη χρήση του φαρμάκου ανά πάσα στιγμή.

Κατανοώ τη σοβαρότητα αυτού του αιτήματος, καθώς και ότι θα πεθάνω αν πάρω το φάρμακο που θα μου συνταγογραφηθεί.

Κατανοώ επίσης ότι, αν και οι περισσότεροι θάνατοι επέρχονται εντός τριών ωρών, ο δικός μου θάνατος ενδέχεται να διαρκέσει περισσότερο, και ο θεράπων ιατρός μου με έχει ενημερώσει σχετικά με αυτή την πιθανότητα.

Υποβάλλω το αίτημα αυτό οικειοθελώς, με δική μου πρωτοβουλία και χωρίς να έχω εξαναγκαστεί, και αναλαμβάνω την πλήρη ευθύνη των πράξεών μου.

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

Μάρτυρας 1 (η «Δήλωση μαρτύρων» επισυνάπτεται στο παρόν έντυπο «Αίτημα για τη χορήγηση φαρμάκου με σκοπό να βάλω τέλος στη ζωή μου»)

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

Όνομα (με κεφαλαία): _____

Διεύθυνση: _____

Μάρτυρας 2 (η «Δήλωση μαρτύρων» επισυνάπτεται στο παρόν έντυπο «Αίτημα για τη χορήγηση φαρμάκου με σκοπό να βάλω τέλος στη ζωή μου»)

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

Όνομα (με κεφαλαία): _____

Διεύθυνση: _____

Δήλωση διερμηνείας (εάν υπάρχει)

Όνομα ασθενούς: _____ («ασθενής»)

Εγώ, _____ ο/η (Όνομα διερμηνείας):

(Επιλέξτε μία από τις δύο παρακάτω επιλογές)

- ☐ για ασθενή του οποίου οι συνομιλίες ή οι διαβουλεύσεις, ή οι συνομιλίες ή διαβουλεύσεις κατά τις οποίες παρέχεται διερμηνεία, διεξήχθησαν σε άλλη γλώσσα και όχι στα αγγλικά και το έντυπο «Αίτημα για τη χορήγηση φαρμάκου με σκοπό να βάλω τέλος στη ζωή μου» είναι στα αγγλικά: δηλώνω ότι μιλάω άπταιστα τα αγγλικά και τη _____ («γλώσσα-στόχο»), διαθέτω τις απαιτούμενες γλωσσικές και διερμηνευτικές ικανότητες ώστε να μπορώ να αποδίδω αποτελεσματικά, με ακρίβεια και αμεροληψία στη γλώσσα-στόχο τις πληροφορίες που ανταλλάσσονται μεταξύ του θεράποντος ή του συμβουλευόντος ιατρού και του ασθενούς, καθώς και τις μεταξύ τους συζητήσεις.

Πιστοποιώ ότι την/στις _____ (ημερομηνία/ώρα), παρείχα υπηρεσίες διερμηνείας κατά τις συζητήσεις μεταξύ του ιατρού και του/της ασθενούς, καθώς και τις πληροφορίες που ανταλλάξαν μεταξύ τους, αμερόληπτα, με ακρίβεια και πλήρως με τον καλύτερο δυνατό τρόπο σύμφωνα με τις δυνατότητες και τις γνώσεις μου, και διάβασα στον/στην ασθενή το έντυπο «Αίτημα για τη χορήγηση φαρμάκου με σκοπό να θέσω τέλος στη ζωή μου» στη γλώσσα-στόχο. Ο/Η ασθενής μου επιβεβαίωσε την επιθυμία του/της να υπογράψει το έντυπο «Αίτημα για τη χορήγηση φαρμάκου με σκοπό να θέσω τέλος στη ζωή μου» οικειοθελώς, με δική του/της πρωτοβουλία και χωρίς εξαναγκασμό.

- ☐ για ασθενή με δυσκολία στην ομιλία, την ακοή ή την όραση: δηλώνω ότι διαθέτω τις απαιτούμενες γλωσσικές δεξιότητες, καθώς και τις δεξιότητες ανάγνωσης και/ή διερμηνείας, ώστε να επικοινωνώ με τον/την ασθενή και να είμαι σε θέση να διαβάζω και/ή να αποδίδω αποτελεσματικά στη γλώσσα-στόχο, με ακρίβεια και αμεροληψία τις πληροφορίες που ανταλλάσσονται καθώς και τις συζητήσεις μεταξύ του θεράποντος ή του συμβουλευόντος ιατρού και του/της ασθενούς.

πιστοποιώ ότι την/στις _____ (ημερομηνία/ώρα), παρείχα υπηρεσίες διερμηνείας κατά τις συζητήσεις μεταξύ του ιατρού και του/της ασθενούς και τις πληροφορίες που ανταλλάχθηκαν μεταξύ τους, με αμεροληψία, με ακρίβεια και πλήρως με τον καλύτερο δυνατό τρόπο σύμφωνα με τις δυνατότητες και τις γνώσεις μου και, όποτε ήταν αναγκαίο, για την αποτελεσματική επικοινωνία, διάβασα ή διερμήνευσα στον/στην ασθενή το έντυπο «Αίτημα για τη χορήγηση φαρμάκου με σκοπό να θέσω τέλος στη ζωή μου».

Ο/Η ασθενής μου επιβεβαίωσε την επιθυμία του/της να υπογράψει το έντυπο «Αίτημα για τη χορήγηση φαρμάκου με σκοπό να θέσω τέλος στη ζωή μου» οικειοθελώς, με δική του/της πρωτοβουλία και χωρίς εξαναγκασμό.

Επιπλέον, δηλώνω ότι:

1. δεν έχω συγγενική σχέση με τον ασθενή, είτε εξ αίματος, είτε εξ αγχιστείας, είτε μέσω υιοθεσίας·
2. δεν δικαιούμαι οποιοδήποτε μέρος των περιουσιακών στοιχείων του ασθενούς μετά τον θάνατό του, βάσει οποιασδήποτε διαθήκης ή κατ' εφαρμογή του νόμου, και δεν είμαι σε θέση να αποκομίσω οικονομικό όφελος από τον θάνατο του ασθενούς με οποιονδήποτε άλλο τρόπο·
3. δεν είμαι ιδιοκτήτης, διαχειριστής, υπάλληλος ή ανεξάρτητος συνεργάτης μονάδας υγειονομικής περίθαλψης στην οποία ο ασθενής νοσηλεύεται ή φιλοξενείται· ή ότι παρέχω υπηρεσίες διερμηνείας στο πλαίσιο των καθηκόντων μου στην εν λόγω μονάδα υγειονομικής περίθαλψης· ή ότι έχω λάβει εκπαίδευση για την παροχή υπηρεσιών διερμηνείας και ο/η ασθενής μου ζήτησε να παράσχω υπηρεσίες διερμηνείας για τους σκοπούς που αναφέρονται στην παρούσα δήλωση·
4. δεν είμαι σύντροφος του/της ασθενούς, όπως ορίζεται στον Νόμο περί αποφάσεων για την οικογενειακή υγεία της Νέας Υόρκης (Family Health Care Decisions Act), άρθρο 2994-a(7) του Νόμου περί δημόσιας υγείας (Public Health Law)·
5. δεν είμαι ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης στο πλαίσιο εξουσιοδότησης για την υγειονομική περίθαλψη του/της ασθενούς, άρθρο 2980(5) του Νόμου περί δημόσιας υγείας· ή
6. δεν είμαι εκπρόσωπος βάσει πληρεξουσίου του/της ασθενούς, άρθρο 5-1501(2) του Νόμου περί γενικών υποχρεώσεων (General Obligations Law).

Δηλώνω επίσης ότι η παρούσα δήλωση είναι αληθής και ορθή, και ότι οι ψευδείς δηλώσεις που περιέχονται σε αυτήν είναι ποινικά κολάσιμες σύμφωνα με τις διατάξεις περί ψευδορκίας.

Υπογράφεται στο/στην: _____ Πόλη, Περιφέρεια και Πολιτεία

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

Όνομα (με κεφαλαία): _____

Ίδρυμα στο οποίο εκπαιδεύτηκε ο διερμηνέας: _____

Διεύθυνση ιδρύματος στο οποίο εκπαιδεύτηκε ο διερμηνέας: _____

Γλώσσα-στόχος που μιλά ο διερμηνέας: _____