

Kërkesë për Medikament për t'i Dhënë Fund Jetës (Request for Medication to End My Life)

Deklarata e dëshmitarëve

Emri i pacientit: _____ ("Pacienti")

Unë, _____ (Emri i dëshmitarit 1) dhe unë,
_____, _____ (Emri i dëshmitarit 2), secili

deklarojmë se nënshkruesi i kësaj "Kërkesë për medikament për t'i dhënë fund jetës":

1. është një person të cilin e njoh personalisht ose që ka paraqitur dokument identiteti;
2. ka nënshkruar me vullnet të lirë "Kërkesën për medikament për t'i dhënë fund jetës" në praninë time, ose më është bërë e ditur që e ka nënshkruar atë; dhe
3. në dijeninë dhe bindjen time, ka aftësinë të marrë vendime dhe po bën një "Kërkesë për medikament për t'i dhënë fund jetës" me vullnetin e vet të lirë, si vendim i marrë prej vetë personit dhe pa qenë i detyruar të nënshkruajë "Kërkesën për medikament për t'i dhënë fund jetës".

Unë nuk jam mjeku përgjegjës ose mjeku këshillues i personit që po nënshkruan "Kërkesën për medikament për t'i dhënë fund jetës" dhe nuk jam as profesionist i kujdesit për shëndetin mendor i cili ka përcaktuar aftësinë për të marrë vendime të personit që po nënshkruan "Kërkesën për medikament për t'i dhënë fund jetës" në kohën që është nënshkruar "Kërkesa për medikament për t'i dhënë fund jetës".

Më tej, deklaroj nën përgjegjësinë penale të dëshmisë së rreme se deklaratat e bëra në këtë dokument janë të vërteta dhe të sakta dhe se deklaratat e rreme të bëra në këtë dokument janë të ndëshkueshme me ligj.

Më tej, deklaroj se:

1. nuk kam lidhje gjaku, martesore ose birësimi me Pacientin;
2. nuk kam të drejtë mbi asnjë pjesë të pronës së Pacientit pas vdekjes së Pacientit, mbi baza të testamentit ose atyre ligjore dhe nuk kam asnjë përfitim financiar nga vdekja e Pacientit;
3. nuk jam zotërues, operator, punonjës ose kontraktor i pavarur i qendrës së kujdesit shëndetësor ku Pacienti po trajtohet ose ku po qëndron;
4. nuk bashkëjetoj me Pacientin, siç përcaktohet në "Aktin për vendimet shëndetësore të marra nga familjarët" (Family Health Care Decisions Act) të Nju-Jorkut, seksioni 2994-a(7) i "Ligjit për shëndetin publik" (Public Health Law);
5. nuk jam agjent i kujdesit shëndetësor sipas dokumentit të përfaqësuesit të kujdesit shëndetësor të Pacientit, seksioni 2980(5) i "Ligjit për shëndetin publik"; ose
6. nuk jam agjent sipas prokurës së Pacientit, seksioni 5-1501(2) i "Ligjit për detyrimet e përgjithshme" (General Obligations Law).

Nënshkrimi i dëshmitarit 1: _____ Data: _____

Adresa: _____

Nënshkrimi i dëshmitarit 2: _____ Data: _____

Adresa: _____

Kërkesë për Medikament për t'i Dhënë Fund Jetës

Unë, _____ (Emri i pacientit), jam banor në moshë madhore i shtetit të Nju-Jorkut, i diagnostikuar me _____ (Emri i sëmundjes ose gjendjes terminale), një sëmundje ose gjendje terminale. Siç është konstatuar nga mjeku im përgjegjës dhe konfirmuar nga mjeku im këshillues, sëmundja ose gjendja ime terminale është një sëmundje ose gjendje e pashërueshme dhe e pakthyeshme, e cila, sipas gjyqimit të arsyeshëm mjekësor, me ose pa trajtim mjekësor, do të shkaktojë vdekje brenda gjashtë muajve.

Mjeku im përgjegjës, mjeku këshillues dhe një profesionist i kujdesit për shëndetin mendor konfirmojnë se zotëroj kapacitetin për të marrë vendime, që do të thotë se e kuptoj dhe e vlerësoj saktë natyrën dhe pasojat e "Ndihmës mjekësore për të ndërruar jetë" (Medical Aid in Dying), duke përfshirë dobitë, rreziqet dhe alternativat, si dhe kam aftësinë për të marrë një vendim të informuar për "Ndihmën mjekësore për të ndërruar jetë" dhe për t'ia komunikuar vendimin tim mjekut përgjegjës.

Jam informuar plotësisht për diagnozën dhe prognozën time, natyrën e medikamentit që do të më jepet me recetë, rreziqet e mundshme që lidhen me të, rezultatet e parashikuara, alternativat dhe opsionet e mundshme të trajtimit, duke përfshirë, por pa u kufizuar në kujdesin paliativ dhe kujdesin për pacientët në fazën terminale.

Unë kërkoj që mjeku im përgjegjës të më japë një recetë për medikamentin i cili do t'i japë fund jetës sime nëse zgjedh ta marr dhe autorizoj mjekun tim përgjegjës të kontaktojë një mjek tjetër ose çdo farmacist në lidhje me kërkesën time.

Zgjidhni një duke vendosur inicialet:

(_____) Kam informuar ose synoj të informoj një ose më shumë anëtarë të familjes sime për vendimin tim.

(_____) Kam vendosur të mos informoj asnjë anëtar të familjes sime për vendimin tim.

(_____) Nuk kam familjarë të cilëve mund t'ua komunikoj vendimin tim.

E kuptoj se kam të drejtën për ta anuluar këtë kërkesë ose për të refuzuar përdorimin e medikamentit në çdo kohë.

E kuptoj rëndësinë e kësaj kërkesë dhe pres që të ndërroj jetë nëse marr medikamentin që do të më jepet me recetë. Më tej, e kuptoj se edhe pse shumica e personave ndërrojnë jetë brenda tri orëve, mua mund të më duhet më shumë kohë për të ndërruar jetë dhe mjeku im përgjegjës më ka informuar në lidhje me këtë mundësi.

E bëj këtë kërkesë me vullnet të lirë, si vendim i marrë prej meje dhe pa qenë i detyruar, si dhe pranoj përgjegjësinë e plotë të veprimeve të mia.

Nënshkrimi: _____ Data: _____

Dëshmitari 1 ("Deklarata e dëshmitarit" i është bashkëngjitur kësaj "Kërkesë për medikament për të ndërruar jetë")

Nënshkrimi: _____ Data: _____

Emri (me germa shtypi): _____

Adresa: _____

Dëshmitari 2 ("Deklarata e dëshmitarit" i është bashkëngjitur kësaj "Kërkesë për medikament për të ndërruar jetë")

Nënshkrimi: _____ Data: _____

Emri (me germa shtypi): _____

Adresa: _____

Deklarata e përkthyesit (Nëse ka)

Emri i pacientit: _____ ("Pacienti")

Unë, _____ (emri i përkthyesit):

(Zgjidh një nga dy opsionet më poshtë)

- ☐ për Pacientin, bisedat, konsultat e të cilit, ose bisedat apo konsultat e përkthyer të të cilit nuk janë zhvilluar në gjuhën angleze dhe "Kërkesa për medikament për të ndërruar jetë" e të cilit është në gjuhën angleze: Deklaroj se e flas rrjedhshëm gjuhën angleze dhe _____ ("gjuha e synuar"). Zotëroj aftësitë e nevojshme gjuhësore dhe ato të përkthyesit për të përkthyer me efikasitet, saktësi dhe paanësi informacionin e ndarë dhe komunikimet mes mjekut përgjegjës ose atij këshillues dhe Pacientit.

Dëshmoj se më _____ (Data/Ora), përktheva komunikimet dhe informacionet e shkëmbyera mes mjekut dhe Pacientit në mënyrë të paanshme dhe, sipas njohurive dhe aftësive të mia, sa më saktë dhe plotësisht të jetë e mundur, si dhe e kam lexuar "Kërkesën për medikament për t'i dhënë fund jetës" për pacientin në gjuhën e synuar.

Pacienti më pohoi dëshirën për të nënshkruar "Kërkesën për medikament për t'i dhënë fund jetës", të ardhur prej vullnetit të lirë, si vendim i marrë prej vetë Pacientit dhe pa qenë i detyruar.

- ☐ për Pacientin me aftësi të kufizuara në të folur, dëgjim ose shikim: Deklaroj se zotëroj aftësitë e nevojshme gjuhësore, të të lexuarit dhe/ose të përkthyesit për të komunikuar me Pacientin dhe për të qenë i aftë të lexoj dhe/ose të përkthej me efikasitet, saktësi dhe paanësi informacionin e ndarë dhe komunikimet mes mjekut përgjegjës ose atij këshillues dhe Pacientit.

Dëshmoj se më _____ (Data/Ora), unë përktheva komunikimet dhe informacionet e shkëmbyera mes mjekut dhe Pacientit në mënyrë të paanshme dhe, sipas njohurive dhe aftësive të mia, sa më saktë dhe plotësisht të jetë e mundur dhe, kur ka qenë e nevojshme për komunikim efikas, e kam lexuar ose përkthyer "Kërkesën për medikament për t'i dhënë fund jetës" për Pacientin.

Pacienti më pohoi dëshirën për të nënshkruar "Kërkesën për medikament për t'i dhënë fund jetës", të ardhur prej vullnetit të lirë, si vendim i marrë prej vetë Pacientit dhe pa qenë i detyruar.

Deklaroj se:

1. nuk kam lidhje gjaku, martesore ose birësimi me Pacientin;
2. nuk kam të drejtë mbi asnjë pjesë të pronës së Pacientit pas vdekjes së Pacientit, mbi baza të testamentit ose atyre ligjore dhe nuk kam asnjë përfitim financiar nga vdekja e Pacientit;
3. nuk jam zotëruar, operator, punonjës ose kontraktor i pavarur i qendrës së kujdesit shëndetësor ku Pacienti po trajtohet ose ku po qëndron; ose se po ofroj shërbime përkthimi si pjesë e përshkrimit të punës në qendrën e lartpërmendur të kujdesit shëndetësor; ose se jam trajnuar për të ofruar shërbime përkthimi dhe Pacienti ka kërkuar që unë t'i ofroj shërbimet e përkthimit për qëllimet e përcaktuara në këtë Deklaratë;
4. nuk bashkëjetoj me Pacientin, siç përcaktohet në "Aktin për vendimet shëndetësore të marra nga familjarët" (Family Health Care Decisions Act) të Nju-Jorkut, seksioni 2994-a(7) i "Ligjit për shëndetin publik" (Public Health Law);
5. nuk jam agjent i kujdesit shëndetësor sipas dokumentit të përfaqësuesit të kujdesit shëndetësor të Pacientit, seksioni 2980(5) i "Ligjit për shëndetin publik"; ose
6. nuk jam agjent sipas prokurës së Pacientit, seksioni 5-1501(2) i "Ligjit për detyrimet e përgjithshme" (General Obligations Law).

Më tej, deklaroj se kjo Deklaratë është e vërtetë dhe e saktë dhe se deklaratat e rreme të bëra në këtë Deklaratë janë të dënueshme me ligj sipas përgjegjësisë penale për dëshmi të rreme.

Nënshkruar më: _____ (Qyteti, qarku dhe shteti)

Nënshkrimi: _____ Data: _____

Emri (me germa shtypi): _____

Institucioni ku është trajnuar përkthyesi: _____

Adresa e institucionit ku është trajnuar përkthyesi: _____

Gjuha e synuar e përdorur nga përkthyesi: _____