



Enstriksyon Alavans pou Swen Sante Mantal

EKRI NON OU AK LÈT DETACHE

DAT NESANS

pou enfòmasyon pou pran kontak:
rele sèvis relasyon pasyan nan 910
615-6120

“vwa mwen – *chwa mwen.*”

VOLONTE MWEN POU:

- ▶ *Kalite swen sante mantal mwen vle oswa pa vle.*
- ▶ *Sa mwen vle pwòch mwen yo konnen.*

Yon Enstriksyon Alavans Pou Swen Sante Mantal Yon Fòm ki Itil pou Tout Granmoun

Entwodiksyon

Fòm sa a pèmèt ou di fason ou vle pou yo ba w swen sante mantal pi devan epi oryante desizyon k ap pran sou swen sa a. Li pa abòde desizyon ki gen pou wè ak lajan. Byenke lalwa pa egzije w pou gen yon direktiv alavans pou swen sante mantal, lè w ranpli fòm sa a, sa ka pèmèt ou resevwa swen sante mantal ou vle a.

Si w gen 18 lane oswa plis epi ou kapab pran desizyon sou swen sante w epi ou kapab di desizyon w pran yo, ou mèt itilize fòm sa a.

Kesyon Moun Poze Souvan

- 1. Kisa yon enstriksyon alavans pou swen sante mantal ye?** Fòm sa a pèmèt ou bay enstriksyon sou fason ou vle pou yo trete w pou pwoblèm sante ou yo alavni. Li pa chwazi pèsonn ki pou pran desizyon pou ou. Si w ta renmen chwazi yon moun ki pou pran desizyon sa yo pou ou, ou ka ranpli yon dokiman Pwokirasyon pou Swen Sante apa.
- 2. Kilè enstriksyon alavans pou swen sante mantal sa a ap antre an vigè?** Dokiman sa a ap antre an vigè lè doktè w la detèmine ou pa gen kapasite pou w pran desizyon poukont ou ki konsène swen sante w.
- 3. Kijan ou kapab anile enstriksyon alavans sa a pou swen sante mantal?** Si w konpetan, ou ka anile dokiman enstriksyon alavans sa a nan nenpòt mannyè ki di ak lè ou vle anile l. Pa egzanp, ou ka detwi dokiman sa a, ekri "nil" nan dokiman sa a, di doktè w la w ap anile dokiman an, oswa ranpli nouvo enstriksyon alavans.
- 4. Kisa mwen ta dwe fè avèk enstriksyon alavans pou swen sante mantal mwen an?** Depi ou fin siyen dokiman an devan yon notè, gen detwa mezi pou w pran pou w asire w doktè w yo, fanmi w ak pwòch ou yo respekte volonte w.
 - **Fè kopi paj ki gen kòdba sou yo a.**
 - **Voye yon kopi pa lapòs bay terapet ou a oswa ba li youn.** Si w voye l pa lapòs, asire w mete yon lèt ki gen adrès ou, dat ou fèt, ak nimewo telefòn ou.
 - **Pale sou Enstriksyon Alavans lan avèk doktè w la (yo) ak/oswa terapet ou a (yo).** Li enpòtan anpil pou w di pwofesyonèl swen sante w yo sa w vle dirèkteman. Asire w nou klè sou sa w vle epi doktè a ap respekte volonte w.
 - **Bay fanmi, pwòch ak Ajan Swen Sante w la kèk kopi nan dokiman w lan (yo) si w te chwazi youn apa.** Epitou, ou ka oblije bay klèje w la yon kopi.
 - **Toujou konsève dokiman orijinal la (yo) yon kote ki an sekirite epi ki aksesib fasil.** Ou ta dwe fè yon kopi anplis pou w konsève sizoka ou ta pèdi orijinal ou a oswa li ta chire oswa andomaje pa aksidan. Pa mete dokiman sa yo nan kòfrefò.
 - **Ekri "Hospital" sou yon kopi epi vini avèk li lè w entène nan yon lopital oswa lòt sant tretman.** Lonje li bay pèsonèl lopital la pou yo kapab mete li nan dosye w la. Si, pi devan, ou chanje dokiman w lan (yo), asire w lopital la resevwa dokiman ki modifiye a (yo).
 - **Fè yon lis ki gen tout moun ou te bay dokiman w lan (yo).** Si, pi devan, ou chanje dokiman w lan (yo), w ap gen lis moun ki bezwen dokiman ki modifiye a (yo).

Enstriksyon Alavans pou Swen Sante Mantal

(Ekri ak Lèt Detache)

Mwen rele: _____

Mwen fèt nan dat: ____/____/____

Adrès mwen se: _____
Adrès Minisipal Vil Eta Kòd postal

Nimewo telefòn mwen se: _____

Si yon doktè oswa sikològ ki elijib detèmine kapasite m pou mwen resevwa ak evalye enfòmasyon yo byen oswa di desizyon mwen pran afekte nan nivo kote mwen pa kapab refize ni bay konsantman pou swen sante mantal, mwen pase lòd ki vini annapre yo:

A. Medikaman Siko-aktif

Si mwen vin pa kapab bay oswa refize bay konsantman eklere pou swen sante mantal, men ki enstriksyon mwen bay konsènan medikaman siko-aktif yo: **(Mete paraf bò kote chwa a.)**

_____ Mwen bay konsantman pou yo ban mwen medikaman ki vini annapre yo:

_____ Mwen pa bay konsantman pou yo ban mwen medikaman ki vini annapre yo:

Kondisyon oswa limit:

Cape Fear Valley Health System
P.O. Box 2000 / Fayetteville, NC 28302

Enstriksyon Alavans pou Swen
Sante Mantal



AD0100

B. Antre Nan Etablisman Epi Rete Ladan l

Si mwen vin pa kapab bay ni refize bay konsantman eklere pou swen sante mantal, men ki enstriksyon mwen bay pou zafè antre epi rete nan yon etablisman sante mantal: **(Mete paraf bò kote chwa a.)**

_____ Mwen bay konsantman pou yo entènè mwen nan yon etablisman pou sante mantal.

Etablisman mwen prefere a se _____

_____ Mwen pa bay konsantman pou yo entènè mwen nan yon etablisman pou sante mantal.

Enstriksyon alavans sa a pa kapab, selon lalwa, bay konsantman pou yo kenbe mwen nan yon

etablisman pandan plis pase 10 jou. Kondisyon oswa limit: _____

C. Lòt Enstriksyon

Enstriksyon sa yo ap aplikab toutotan m pa kapab pran desizyon pou tèt mwen. Sizoka ta gen kriz sante mantal, tanpri kontakte:

1. Non Konplè: _____ Sa li Ye pou Mwen: _____

Adrès Kay: _____

Nimewo Telefòn Kay: _____ Nimewo Telefòn Travay: _____

2. Non Konplè: _____ Sa li Ye pou Mwen: _____

Adrès Kay: _____

Nimewo Telefòn Kay: _____ Nimewo Telefòn Travay: _____

3. Doktè Mwen an:

Non Konplè: _____ Nimewo Telefòn: _____

4. Terapet Mwen an:

Non Konplè: _____ Nimewo Telefòn: _____

Cape Fear Valley Health System
P.O. Box 2000 / Fayetteville, NC 28302

**Enstriksyon Alavans pou Swen
Sante Mantal**



AD0100

Sa ki vini annapre yo ka fè mwen fè yon kriz sante mantal: _____

Sa ki vini annapre yo ka pèmèt mwen evite yon ospitalizasyon: _____

Jeneralman, mwen reyaji ak ospitalizasyon konsa: _____

Pèsonèl lopital la oswa inite kriz la kapab ede mwen lè yo fè bagay ki vini annapre yo: _____

Mwen otorize moun ki vini annapre yo vin wè mwen: _____

Enstriksyon konsènan lòt entèvansyon medikal, tankou tretman pa elektwochòk (moun souvan rele "tretman ak chòk"):



[illegible]

12/14/16; Paj 4 nan 5

STOP: DO NOT COMPLETE THIS PAGE WITHOUT A NOTARY PRESENT

By signing here, I indicate that I am mentally alert and competent and not under any duress, fraud, or undue influence, fully informed as to the contents of this document, and understand the full import of this Advance Instruction for Mental Health Treatment. I am aware and understand the full impact of having made any advance instruction for my mental health treatment.

Date: _____ Signature: _____

I hereby state that the person named above, _____, signed the document in my presence, and appears to be of sound mind and not under duress, fraud, or undue influence. I am not related to the principal by blood, marriage, or adoption and I would not be entitled to any portion of the estate of the principal under any existing will or codicil of the principal or as an heir under the Intestate Succession Act, if the principal died on this date without a will. I also state that I am not the principal's attending physician, nor a licensed health care provider or mental health treatment provider who is (1) an employee of the principal's attending physician or mental health treatment provider, (2) an owner, operator, or employee of an owner or operator of the health facility in which the principal is a patient, or (3) an employee of a nursing home or any adult care home where the principal resides. I further state that I do not have any claim against the principal or the estate of the principal.

Date: _____ Signature of Witness: _____

Date: _____ Signature of Witness: _____

_____ COUNTY, _____ STATE

Sworn to (or affirmed) and subscribed before me this day by

_____ (type/print name of signer)

_____ (type/print name of witness)

_____ (type/print name of witness)

Date: _____
Signature of Notary Public

(Official Seal)

_____, Notary Public
Printed or typed name

My commission expires: _____



KANPE LA: PA RANPLI PAJ SA A SAN PREZANS YON NOTÈ

Lè m siyen la a, mwen di tèt mwen klè epi mwen pa sibi presyon, fwod ni move enfilyans, mwen byen konnen sa ki nan dokiman sa a, epi mwen konprann tout enpòtans Enstriksyon Alavans pou Swen Sante Mantal sa a genyen. Mwen okouran epi konprann tout enpak sa genyen lè m fè enstriksyon alavans pou swen sante mantal mwen.

Dat: _____ Siyati: _____

Mwen deklare moun ki mansyone pi wo a, siyen dokiman an nan prezans mwen epi li sanble konn sa li fè a epi li pa sibi presyon, fwod ni move enfilyans. Mwen pa gen okenn lyen ak moun ki bay otorizasyon an, ni nan san, ni pa alyans ni pa adopsyon. M p ap gen okenn dwa legal sou siksesyon li selon yon testaman oswa kodisil li redije, oswa antanke eritye si li ta mouri san testaman selon Lwa sou Siksesyon San Testaman an. Mwen di mwen pa doktè moun ki pa bay otorizasyon an, ni yon pwofesyonèl swen sante ki gen lisans ni pwofesyonèl sante mantal ki se (1) yon anplwaye doktè oswa pwofesyonèl sante mantal moun ki bay otorizasyon an, (2) yon pwopriyetè, operatè, oswa anplwaye yon pwopriyetè oswa operatè etablisman sante kote moun ki bay otorizasyon se pasyan, oswa (3) yon anplwaye mezon retrèt oswa etablisman swen granmoun kote moun ki bay otorizasyon an rete. Mete sou sa, mwen di mwen pa genyen okenn reklamasyon kont moun ki bay otorizasyon an ni siksesyon li.

Dat: _____ Temwen an Siyen la: _____

Dat: _____ Temwen an Siyen la: _____

_____ KONTE, _____ ETA

Moun nan fè deklarasyon an sou sèman (oswa afime) epi li siyen devan mwen jodi a

_____ (tape/ekri non moun ki siyen an ak lèt detache)

_____ (tepe/ekri non temwen an ak lèt detache)

_____ (tepe/ekri non temwen an ak lèt detache)

Dat: _____

Notè a Siyen la

(So Ofisyèl)

_____, Notè Piblik

Ekri non an ak lèt detache oswa tape l

Komisyon mwen ekspire: _____