



أمر توجيهي بعدم استخدام المواد الأفيونية في العلاج (NONOPIOID DIRECTIVE)
Michigan Department of Health and Human Services
مطلوب بموجب MCL 333.9145، ساري المفعول اعتباراً من 3/28/2019

يجب إدراجه في سجل المريض الطبي

تاريخ الميلاد	اسم المريض(ة)
اللغة التي يفضل المريض التحدث والكتابة بها	الأسماء الأخرى المستخدمة من قبل المريض
اسم مقدم الرعاية الأولية	معلومات الاتصال في حالة الطوارئ
أسماء الأدوية التي يعاني المريض من حساسية منها	

يجب عدم إعطاء المريض المذكور أعلاه مادة أفيونية أو إعطائه وصفة طبية لمادة أفيونية أثناء سريان مفعول هذا الأمر التوجيهي.

- يجوز للفرد الذي أبرم بنفسه أمراً توجيهياً بعدم استخدام المواد الأفيونية في علاجه أن يلغيه في أي وقت وبأي طريقة يكون فيه قادراً على الإعراب عن نيته لإلغاء نموذج الأمر التوجيهي.

يمكن أن يقوم الوصي المسؤول عن المريض أو المدافع عنه أن يلغى الأمر التوجيهي في أي وقت بإصدار إلغاء كتابي وإعطاء إشعار بالإلغاء إلى الأخصائي الصحي المسؤول عن الفرد أو إلى مندوبه.

لا يسري هذا الأمر التوجيهي على كلٍ من التالي:

- مريض يتداوى بمواد أفيونية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات؛
- مريض في دار رعاية المحتضرين؛

مريض يعالج كمريض داخلي في مستشفى، أو في مكان خارج مستشفى لحالة طارئة، ويرى القائم بكتابة الوصفة الطبية بوصف المادة الأفيونية حسب رأيه المهني، بأنه من الضروري طبياً إعطاء المريض المادة الأفيونية لعلاجه.

التاريخ	توقيع المريض أو توقيع الوالد(ة) إذا كان المريض قاصراً
التاريخ	كتابة اسم المريض بحروف كبيرة وواضحة
التاريخ	توقيع الوصي أو المدافع عن المريض، إذا كان ينطبق
التاريخ	الكتابة بحروف كبيرة وواضحة لاسم الوالد(ة)/الوصي/المدافع عن المريض، إذا كان ينطبق

لن تغير إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو المعلومات الجينية، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسية التي يتصورها الشخص لنفسه أو التعبير الجنسي التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز.

**United
Healthcare**