

2022

6. Սույնով հաստատում եմ, որ ինձ տրվել էր բավական ժամանակ և հնարավորություններ, որպեսզի ես և իմ ընտանիքի անդամները ուղղենք «Աջափնյակ» Բժշկական Կենտրոնի պալիատիվ շարժական ծառայության անդամներին բոլոր տեսակի անհանգստացնող և հետաքրքրող հարցերի վերաբերյալ և ստացել ենք սպառնիչ պատասխաններ:

7. Ես լիարժեք գիտակցում եմ, որ ես կարող եմ ցանկացած պահին փոխել իմ կարծիքը, հրաժարվել նախատեսված բժշկական միջամտությունից, ինամբի կամ օգնության եղանակից, որը, սակայն, կարող է հիմնական հիվանդությամբ կամ նրա ուղղակի/կամ անուղղակի հետևանքով հանգել առողջական վիճակի վատթարացմանը և կարող է պահանջել կենսունակություն պահպանող անհետաձգելի մեթոդների կիրառմանը: Ինձ նաև բացատրել են, որ հետագա օգնության հրաժարականի հետևանքների մասին ինձ պետք է մանրակրկիտ և հասանելի եղանակով բացատրվի, որի հիման վրա պետք է լրացվի գրավոր հրաժարական թերթիկ և մեկ օրինակը տրամադրվի ինձ կամ իմ լիազորված անձին: Ես խորապես հասկանում եմ, որ «Աջափնյակ» Բժշկական Կենտրոնի պալիատիվ շարժական ծառայության անդամները հարգում են իմ բժշկական տարատեսակ ծառայություն ընտրելու և հրաժարվելու հնարավորությունը:

8. Տեղեկացված եմ, որ «Աջափնյակ» Բժշկական Կենտրոնի պալիատիվ շարժական ծառայության անդամները չեն կարող տրամադրել սիմպոմներ կամ ցավեր ամոքելու համար որոշ դեղորայքներ, որոնց համար ՀՀ օրենսգրքով գործում է դուրս գրման հատուկ սկզբունք, իսկ առաջարկվող վճարովի սկզբունքով մատուցվող բժշկական օգնության հնարավորությունները ինձ հստակ և պարզ բացատրվել է

Ա. Վիճակի գնահատում, սիմպոմատիկ պլանային բուժական օգնության քննարկում, պլանավորում, կազմակերպում:

Բ. Պլանային ոչ սուր դեպքերում դետոքսիկացիոն, ամոքիչ և/կամ սիմպոմատիկ դեղորայքային օգնության կազմակերպում:

Գ. Տարբեր տեսակի վերքերի, պառկելախոցերի մշակում, բուժում, վիրակապում:

Դ. Ցավազրկում և ցավազրկման սխեմաների մշակում, այդ թվում հոգեմետ և օպիոիդ դեղամիջոցների կիրառում ըստ ցուցումների:

Ե. Ստոմաների /այդ թվում տրախեոստոմա, կոլոստոմա, իլեոստոմա և այլն/ մշակում և հսկում:

Զ. Կաթետրների, այդ թվում միզային, նազոգաստորալ և այլն տեղադրում և մշակում:

Է. Պացիենտի և/կամ ինամոդի հետ ուսուցողական, սոցիալական և հոգեբանական աշխատանք:

Թ. Բուժող բժշկի հետ համատեղ վերականգնողական բժշկական օգնության իրականացում, կյանքի որակին ուղղված դեղորայքային վերականգնողական կուրսերի իրականացում:

Ես սույնով հաստատում եմ, որ բացի վերը նշվածից ես «Աջափնյակ» Բժշկական Կենտրոնի պալիատիվ շարժական ծառայության անդամներից որևէ այլ օգնություն կամ աջակցություն չեմ ակնկալի և չեմ պահանջի: Տեղյակ եմ և համաձայն, որ նշված ծառայությունների համար պետք է վճարվի համաձայն կից տրամադրված գնացուցակի, իսկ վճարումից հրաժարվելու դեպքում. «Աջափնյակ» Բժշկական Կենտրոնի պալիատիվ շարժական ծառայության անդամները կարող են դադարեցնել կամ չկատարել նախատեսված ծառայությունների մատուցումը:

9. Ինձ և իմ ազգականներին բացատրել են և տալիս ենք մեր համաձայնությունը, որ բոլոր այնպիսի անսպասելի, շրջադարձային կամ անկանխատեսելի իրավիճակներում, երբ իմ կամ իմ լիազորված անձի կողմից արագ կամ շտապ որոշման համաձայնության հապաղումը կարող է բերել իմ կենսունակությանը անշրջադարձալի վտանգ պատճառող հետևանքներին «Աջափնյակ» Բժշկական Կենտրոնի պալիատիվ շարժական ծառայության անդամները կոնսիլիումի հիման վրա կարող են ինքուրույն կայացնեն որոշում և իրագործեն այն:

10. Սույնով հաստատում եմ, որ ես կամ իմ լիազորված անձը երբեք չի բողոքարկելու նշված համաձայնագիրը կամ նրա առանձին դրույթները որևէ դատական ատյաններում:

ԻՄ /Պացիենտի/ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

Պալիատիվ ինամբ ստացող բուժառու

ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ԱՆԶԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

Լիազորված անձը ստորագրում, միայն երբ լիարժեք ընդունում է լիազորությունը