ການຍິນຍອມເຮັດໝັນ

ແຈ້ງການ: ການຕັດສິນໃຈຂອງທ່ານໃນເວລາໃດໜຶ່ງທີ່ຈະບໍ່ເຮັດໝັນຈະບໍ່ມີຜົນເຮັດໃຫ້ມີການຖອນ ຫຼື ການລະງັບຜົນປະໂຫຍດໃດໆທີ່ສະໜອງໂດຍແຜນງານ ຫຼື ໂຄງການທີ່ຮັບທຶນຈາກລັດຖະບານກາງ.

ການຍິນຍອມເຮັດໝັນ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຂໍ ແລະ ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເຮັດໝັນຈາກ: (Doctor or Clinic): . ເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າຂໍຂໍ້ມູນຈາກທ່ານໝໍ ຫຼື ຄລີນິກເທື່ອທຳອິດ, ມີການແຈ້ງຂ້າພະເຈົ້າວ່າ ການຕັດສິນໃຈທີ່ຈະເຮັດໝັນແມ່ນຂຶ້ນກັບຂ້າພະເຈົ້າຜູ້ດຽວ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບແຈ້ງວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຕັດສິນໃຈທີ່ຈະບໍ່ເຮັດໝັນ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕັດສິນໃຈທີ່ຈະບໍ່ເຮັດໝັນ, ການຕັດສິນໃຈຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ມີຜົນຕໍ່ສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການຮັບການເບິ່ງແຍງ ຫຼື ການປິ່ນປົວໃນອະນາຄົດ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ສູນເສຍການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດໃດໆຈາກແຜນງານທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກລັດຖະບານກາງ, ເຊັ່ນ: Temporary Assistance for Needy Families (TANF) ຫຼື Medicaid ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງໄດ້ຮັບໃນປັດຈຸບັນ ຫຼື ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບ. **ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຕ້ອງມີການຖືວ່າ ການເຮັດໝັນແມ່ນຖາວອນ ແລະ ບໍ່ສາມາດແກ້ໄຂໄດ້. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຕັດສິນໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຢາກຖືພາ, ມີລູກ ຫຼື ເປັນພໍ່ເດັກ.** ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບແຈ້ງກ່ຽວກັບວິທີການຊົ່ວຄາວໃນການຄຸມກຳເນີດ ທີ່ສາມາດສະໜອງໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ ເຊິ່ງຈະເຮັດໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າມີລູກ ຫຼື ເປັນພໍ່ເດັກໃນອະນາຄົດ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ປະຕິເສດທາງເລືອກເຫຼົ່ານີ້ ແລະ ໄດ້ເລືອກທີ່ຈະເຮັດໝັນ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຈະມີການເຮັດໝັນໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າດ້ວຍວິທີການຜ່າຕັດທີ່ເອີ້ນວ່າ (Type of Operation):	

ໄດ້ມີການອະທິບາຍກ່ຽວກັບອາການເຈັບ, ຄວາມສ່ຽງ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດທີ່ກ່ຽວພັນກັບການຜ່າຕັດໃຫ້ແກ່ຂ້າພະເຈົ້າແລ້ວ. ທຸກຄຳຖາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນໄດ້ຮັບຄຳຕອບແລ້ວຕາມຄວາມເພິ່ງພໍໃຈຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຈະບໍ່ມີການຜ່າຕັດເປັນຢ່າງໜ້ອຍຫຼັງ 30 ວັນພາຍຫຼັງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເຊັນແບບຟອມສະບັບນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດປ່ຽນໃຈໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ ແລະ ການຕັດສິນໃຈຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນເວລາໃດໜຶ່ງທີ່ຈະບໍ່ເຮັດໝັນຈະບໍ່ມີຜົນເຮັດໃຫ້ມີການລະງັບຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ການບໍລິການທາງການແພດໃດໜຶ່ງທີ່ສະໜອງໂດຍແຜນງານທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກລັດຖະບານກາງ.

ຂ້າພະເຈົ້າມີອາຍຸຢ່າງໜ້ອຍ 21 ປີ ແລະ ໄດ້ເກີດເມື່ອວັນທີ (Date) . ຂ້າພະເຈົ້າ

ຍິນຍອມດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈທີ່ຈະໄດ້ຮັບການເຮັດໝັນໂດຍ (Doctor or Clinic)

ດ້ວຍວິທີການທີ່ເອີ້ນວ່າ .

ການຍິນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະໝົດອາຍຸພາຍໃນ 180 ວັນ ນັບແຕ່ມື້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າລົງລາຍເຊັນລຸ່ມນີ້. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຍິນຍອມໃຫ້ເປີດເຜີຍແບບຟອມສະບັບນີ້ ແລະ ບັນທຶກທາງການແພດອື່ນໆກ່ຽວກັບການຜ່າຕັດໃຫ້ແກ່: ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງ Department of Health Care Services ຫຼື ພະນັກງານແຜນງານ ຫຼື ໂຄງການທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກພະແນກດັ່ງກ່າວ ແຕ່ເພື່ອຕັດສິນວ່າ ມີການປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ ຫຼື ບໍ່ເທົ່ານັ້ນ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບສຳເນົາແບບຟອມສະບັບນີ້ແລ້ວ.

ຊື່ແຈ້ງ:

ລາຍເຊັນ:	ວັນທີ:

ຄຳຖະແຫຼງຂອງລ່າມແປພາສາ (ຖ້າມີການສະໜອງລ່າມແປພາສາເພື່ອຊ່ວຍບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດໝັນ)

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ແປຂໍ້ມູນ ແລະ ຄຳແນະນຳຈາກບຸກຄົນທີ່ຈະຮັບເອົາການຍິນຍອມນີ້ ເຊິ່ງໄດ້ນຳສະເໜີຜ່ານທາງວາຈາແກ່ບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດໝັນ.

ນອກຈາກນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຍັງໄດ້ອ່ານແບບຟອມການຍິນຍອມເປັນພາສາ (Language) ໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວ ແລະ ໄດ້ອະທິບາຍເນື້ອໃນຂອງເອກະສານໃຫ້ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວ. ຕາມການຮັບຮູ້ ແລະ ຄວາມເຊື່ອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວໄດ້ເຂົ້າໃຈການອະທິບາຍນີ້ແລ້ວ.

ຊື່ແຈ້ງ:

ລາຍເຊັນລ່າມແປພາສາ:	ວັນທີ:

ຄໍາຖະແຫຼງຂອງບຸກຄົນທີ່ຈະຮັບເອົາການຍິນຍອມ

ກ່ອນທີ່ (Name of Individual) ຈະເຊັນແບບຟອມການຍິນຍອມ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອະທິບາຍບຸກຄົນດັ່ງກ່າວເຖິງລັກສະນະຂອງການຜ່າຕັດເຮັດໝັນ (Type of Operation) , ຄວາມຈິງກ່ຽວກັບເຈດຕະນາທີ່ຈະໃຫ້ມັນເປັນຂະບວນການສຸດທ້າຍ ແລະ ທີ່ບໍ່ສາມາດແກ້ໄຂໄດ້ ແລະ ກ່ຽວກັບອາການເຈັບ, ຄວາມສ່ຽງ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດທີ່ກ່ຽວພັນກັບການດໍາເນີນການດັ່ງກ່າວ.

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ຄໍາປຶກສາແກ່ບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດໝັນວ່າ ມີວິທີການທີ່ເປັນທາງເລືອກໃນການຄຸມກໍາເນີດ ເຊິ່ງເປັນວິທີການຊົ່ວຄາວ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອະທິບາຍວ່າ ການເຮັດໝັນແມ່ນມີຄວາມແຕກຕ່າງ ເນື່ອງຈາກມັນເປັນວິທີການຖາວອນ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ແຈ້ງບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດໝັນວ່າ ການຍິນຍອມຂອງບຸກຄົນແມ່ນສາມາດຖອນໄດ້ທຸກເວລາ ແລະ ຜູ້ກ່ຽວຈະບໍ່ສູນເສຍການບໍລິການສຸຂະພາບໃດໆ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ຮັບຈາກທຶນຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຕາມການຮັບຮູ້ ແລະ ຄວາມເຊື່ອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດໝັນແມ່ນມີອາຍຸຢ່າງໜ້ອຍ 21 ປີ ແລະ ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ມີສະພາບຈິດທີ່ດີ. ບຸກຄົນໄດ້ຮ້ອງຂໍເຮັດໝັນດ້ວຍຄວາມຕັ້ງໃຈ ແລະ ດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ ແລະ ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ມີຄວາມເຂົ້າໃຈກ່ຽວກັບລັກສະນະ ແລະ ຜົນທີ່ຈະຕາມມາຂອງຂະບວນການດັ່ງກ່າວ.

ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນທີ່ຈະຮັບເອົາການຍິນຍອມ:	ວັນທີ:	ສະຖານທີ່ໃຫ້ບໍລິການ:

ຄໍາຖະແຫຼງຂອງແພດ

ກ່ອນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຈະດໍາເນີນການເຮັດໝັນໃຫ້ແກ່ (Name of Individual): ໃນວັນທີເຮັດໝັນ: ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອະທິບາຍໃຫ້ແກ່ຜູ້ກ່ຽວ ກ່ຽວກັບລັກສະນະຂອງການເຮັດໝັນ (Type of Operation) , ຄວາມຈິງກ່ຽວກັບເຈດຕະນາທີ່ຈະໃຫ້ມັນເປັນຂະບວນການສຸດທ້າຍ ແລະ ທີ່ບໍ່ສາມາດແກ້ໄຂໄດ້ ແລະ ກ່ຽວກັບອາການເຈັບ, ຄວາມສ່ຽງ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດທີ່ກ່ຽວພັນກັບການດໍາເນີນການດັ່ງກ່າວ.

- ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ຄໍາປຶກສາແກ່ບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດໝັນວ່າ ມີວິທີການທີ່ເປັນທາງເລືອກໃນການຄຸມກໍາເນີດ ເຊິ່ງເປັນວິທີການຊົ່ວຄາວ.
- ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອະທິບາຍວ່າ ການເຮັດໝັນແມ່ນມີຄວາມແຕກຕ່າງ ເນື່ອງຈາກມັນເປັນວິທີການຖາວອນ.
- ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ແຈ້ງບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດໝັນວ່າ ການຍິນຍອມຂອງບຸກຄົນແມ່ນສາມາດຖອນໄດ້ທຸກເວລາ ແລະ ຜູ້ກ່ຽວຈະບໍ່ສູນເສຍການບໍລິການສຸຂະພາບໃດໆ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ຮັບຈາກທຶນຂອງລັດຖະບານກາງ.
- ຕາມການຮັບຮູ້ ແລະ ຄວາມເຊື່ອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດໝັນແມ່ນມີອາຍຸຢ່າງໜ້ອຍ 21 ປີ ແລະ ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ມີສະພາບຈິດທີ່ດີ. ບຸກຄົນໄດ້ຮ້ອງຂໍເຮັດໝັນດ້ວຍຄວາມຕັ້ງໃຈ ແລະ ດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ ແລະ ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ມີຄວາມເຂົ້າໃຈກ່ຽວກັບລັກສະນະ ແລະ ຜົນທີ່ຈະຕາມມາຂອງຂະບວນການດັ່ງກ່າວ.

(ຄໍາແນະນໍາກ່ຽວກັບການນໍາໃຊ້ວັກສຸດທ້າຍທີ່ເປັນທາງເລືອກ:

ໃຫ້ໃຊ້ວັກທໍາອິດທາງລຸ່ມນີ້ ຍົກເວັ້ນໃນກໍລະນີທີ່ມີການກໍາເນີດລູກກ່ອນກໍານົດ ຫຼື ມີການຜ່າຕັດທ້ອງສຸກເສີນ ເຊິ່ງມີການເຮັດໝັນບໍ່ຮອດ 30 ວັນ ຫຼັງວັນທີທີ່ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວໄດ້ລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມການຍິນຍອມ. ໃນກໍລະນີເຫຼົ່ານັ້ນ, ຕ້ອງມີການນໍາໃຊ້ວັກທີສອງ. ໃຫ້ຂ້າວັກທີ່ບໍ່ໄດ້ນໍາໃຊ້ອອກ).

(1) ຢ່າງໜ້ອຍ 30 ວັນໄດ້ຜ່ານພົ້ນໄປແລ້ວ ລະຫວ່າງວັນທີທີ່ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວໄດ້ລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມການຍິນຍອມສະບັບນີ້ ແລະ ວັນທີທີ່ມີການເຮັດໝັນ.

(2) ໄດ້ມີການເຮັດໝັນບໍ່ຮອດ 30 ວັນ ແຕ່ດົນກວ່າ 72 ຊົ່ວໂມງ ຫຼັງວັນທີທີ່ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວໄດ້ລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມການຍິນຍອມສະບັບນີ້ ເນື່ອງຈາກສະຖານະການຕໍ່ໄປນີ້ (ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຫ້ອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຕາມການຮ້ອງຂໍ):

☐ ການກໍາເນີດລູກກ່ອນກໍານົດ - ວັນທີຄາດຄະເນວ່າຈະໃຫ້ກໍາເນີດ:	☐ ການຜ່າຕັດທ້ອງສຸກເສີນ - ອະທິບາຍກ່ຽວກັບສະຖານະການ:	ລາຍເຊັນ:
		ວັນທີ: