



បទបញ្ជាគ្មានធាតុគីមីដោយស្ម័គ្រចិត្ត (VNOD)

ឈ្មោះត្រកូលរបស់អ្នកជំងឺ			
ឈ្មោះហៅ ឬ របស់អ្នកជំងឺ		ឈ្មោះកសិករ ឬ	
កាលបរិច្ឆេទនៃកំណើត (mm/dd/yyyy)			
អាសយដ្ឋានថ្នាក់បង្អែក ឬ លំនៅដ្ឋាន			
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខស៊ុប កូដ (5 to 9 ខ្ទង់)	
ឈ្មោះត្រកូលនៃអាណាព្យាបាល ឬ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព (ប្រសិនបើជាប់ទាក់ទង)			
ឈ្មោះហៅនៃអាណាព្យាបាល ឬ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព		ឈ្មោះកសិករ ឬ អក្ខរកម្មអាទិសាស្ត្រ	
សេចក្តីផ្តើមការណែនាំរបស់ អ្នកជំងឺ/អាណាព្យាបាល/ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព (ហត្ថលេខា និង កាលបរិច្ឆេទត្រូវបំពេញ)			
ខ្ញុំ ☐ អ្នកជំងឺ ☐ អាណាព្យាបាល ☐ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព សូមអរគុណ អំពីការបដិសេធគ្នាល់ថ្នាំបំបាត់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ការប្រើប្រាស់ (Opioid) មាត់ទាត់ បើទោះបីក្នុងកាលបរិច្ឆេទ៖ សម្រាប់បង្គាប់ ឬថ្នាំបំបាត់ការប្រើប្រាស់ប្រយោជន៍យ៉ាងណាក៏ដោយ ។ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ពីហានិភ័យនៃការបដិសេធរបស់ខ្ញុំ និងមិនផ្តល់ការសម្រេចចិត្ត (Health Care Providers), អ្នកសម្របសម្រួល ឬ អ្នកប្រឹក្សា និងបុគ្គលណាមួយនៃការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំនេះ។ ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំអាចសុំប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ការប្រើប្រាស់ប្រសិនបើមានការណែនាំពីគ្រូពេទ្យ ឬ គ្រូពេទ្យបំបាត់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ការប្រើប្រាស់ ។ ខ្ញុំសូមអរគុណថាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព អ្នកផ្តល់សេវាសម្របសម្រួល ឬ អ្នកប្រឹក្សា និងបុគ្គលណាមួយនៃការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំនេះ។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ពីការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំនេះ ដែលបានផ្តល់ឱកាសដល់ខ្ញុំក្នុងការបដិសេធការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ការប្រើប្រាស់ (Massachusetts Department of Public Health Voluntary Non-Opioid Directive) ទៅតាមក្រុមគ្រូពេទ្យ និងទៅតាមការណែនាំពីគ្រូពេទ្យ និងបុគ្គលណាមួយនៃការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំនេះ។			
ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ/អាណាព្យាបាល/ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព		កាលបរិច្ឆេទ ៖	
ហត្ថលេខា និង កាលបរិច្ឆេទ (ត្រូវបំពេញជាមុន)			
ខ្ញុំគឺជាបុគ្គលិកជំនាញ សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលបានបដិសេធការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ការប្រើប្រាស់ (VNOD)			
ពេលវេលាដែលបានបដិសេធការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ការប្រើប្រាស់			
ហត្ថលេខានៃបុគ្គលិកជំនាញថែទាំសុខភាព			
សរសេរឈ្មោះនៃបុគ្គលិកជំនាញថែទាំសុខភាព		កាលបរិច្ឆេទនៃប្រសិទ្ធភាពលិខិតបញ្ជាក់ VNOD	
អាសយដ្ឋាននៃបុគ្គលិកជំនាញថែទាំសុខភាព			
លេខទូរស័ព្ទនៃបុគ្គលិកជំនាញថែទាំសុខភាព			