MARYLAND Department of Health

የባህሪ ጤና አስተዳደር

# ሐኪሞች፣ የሥነ ልቦና ባለሙያዎች፣ ወይም አእምሮአዊ እና አካላዊ ሕክምና ባልሙያዎች
# አብሮ የሚጓዝ ማረጋጋጫ
# በግዳጅ የማስገባት ማመልከቻ

የአእምሮ ችግር ላለባቸው ግለሰቦችን ለመንከባከብ ወይም ለማከም በግዴታ ወደ ተቋማት ማስገባት በጤና አጠቃላይ አንቀፅ፣ §§10-613—10-617፣ በተብራራ የሜሪላንድ ኮድ እና በ COMAR 10.21.01 መሠረት ይገዛል።

አንድ ግለ-ሰውን በግዴታ ለማስገባት የሚያመለክተው ማመልከቻ የግለሰቡ ደኅንነት ሕጋዊ ፍላጎት ባለው ማንኛውም ሰው ሊደረግ ይችላል። ማመልከቻው በሚፈለገው ቅጽ (DHMH #34) መሆን አለበት፣ ቀኑ በአመልካቹ የተጻፈ እና የተፈረመ መሆን አለበት፣ ያለፈቃድ ማስገባት ለሚፈለግ ግለሰብ የአመልካቹን ዝምድና ይግለጹ፣ እንዲሁም የሁለት ሐኪሞች ወይም የአንድ ሐኪም እና አንድ የሥነ ልቦና ባለሙያ ወይም አንድ ሐኪም እና አንድ አእምሮአዊ እና አካላዊ ሕክምና ባልሙያ የምስክር ወረቀት መያዝ አለበት።

ያለፈቃድ የመግቢያ የምስክር ወረቀት በዚህ ቅጽ ላይ መሆን አለበት፣ የምስክር ወረቀቱን በሚፈርም በሀኪሙ፣ በስነ-ልቦና ባለሙያው ወይም አእምሮአዊ እና አካላዊ ሕክምና ባለሙያው የግል ምርመራ ላይ የተመሠረተ መሆን አለበት፣ እና ያካትቱ፥ (1) የግለሰቡ የአእምሮ ችግር ምርመራ፣ (2) ግለሰቡ የታካሚ እንክብካቤ ወይም ሕክምና ይፈልጋል የሚል አስተያየት፣ እና (3) የግለሰቡ ወይም የሌላውን ደህንነት ለመጠበቅ ሆስፒታል መተኛት አስፈላጊ ነው የሚል አስተያየት። ምርመራው፣ የምስክር ወረቀቱ ከመፈረሙ በፊት ከ 1 ሳምንት በላይ ከተደረገ ወይም ተቋሙ ለማስገባት ማመልከቻውን ከመቀበሉ በፊት ከ 30 ቀናት በላይ ከሆነ የምስክር ወረቀቱ ለማረጋገጫ አገልግሎት ላይውል ይችላል፡፡

አንድ የምስክር ወረቀት፣ ለአንድ ግለሰው በአንድ ተቋም ውስጥ በግዴታ ለሚደረግለት እንክብካቤ ወይም ሕክምና የግለ-ሰዉ ፍላጎት ለመደገፍ እና የግለ-ሰዉ እና የሌሎች ደህንነት ለመጠበቅ፣ ያለውን ማንኛውም የሕክምና ዘገባዎች ወይም መዛግብቶች መያዝ አለበት። እነዚህ ዘገባዎች ወይም መዛግብቶች በቀላሉ የማይገኙ ከሆኑ ወይም ከሌሉ፣

ከዚያ ማረጋገጫ ከሚሰጡ ሐኪሞች፣ የስነ-ልቦና ባለሙያዎች ወይም አእምሮአዊ እና አካላዊ ሕክምና ባለሙያዎች፣ አንዱ የግለሰቡን የህክምና ታሪክ ጠቅለል አድርጎ የሚገልጽ ዝርዝር ማስታወሻ ያቀርባል፣ እና ማረጋገጫ በሚሰጥበት የሐኪሞች፣ የስነ-ልቦና ባለሙያዎች ወይም አእምሮአዊ እና አካላዊ ሕክምና ባለሙያዎች ሙያዊ ውሳኔ ውስጥ፣ የግለሰቡን ወቅታዊ ምልክቶች እና ምርመራዎች በመጥቀስ እና ለምን እንደሆነ በመግለጽ፣ ግለሰቡ የግድ ያለፈቃድ እንክብካቤ ወይም ህክምና መስፈርቶችን የሚያሟላበትን ምክንያት በተመለከተ ማብራሪያ ይሰጣል። (የጤና አጠቃላይ አንቀፅ፣ §10-616 እና COMAR 10.21.01)።

ግለሰቡ የተመሰከረለት ከሆነ እና ከዚህ የድንገተኛ አደጋ ክፍል (ED) ጋር በተገናኘ ሆስፒታል ውስጥ የሚገኝ አልጋ ከሌለ የED ሠራተኞች በ MIEMSS በኩል የአልጋ መዝገቡን መመርመር አለባቸው ወይም አልጋ ለመፈለግ በመመዝገቢያው ላይ የሌሉ ሆስፒታሎችን መደወል አለባቸው። የአልጋ ተገኝነት ለማግኘት፣ እባክዎን በ MIEMSS ድርጣቢያ በ http://www.miemss.org ከዚያ ለመግባት "የሆስፒታል መግቢያ (FRED)" ላይ ጠቅ ያድርጉ።

የሜሪላንድ የጤና ክፍል አገልግሎቶች እና መርሃግብሮች በአድልዎ አልባ መሠረት እና በ 1964 በሲቪል መብቶች ሕግ አርዕስት VI ደንብ መሠረት ጋር በሚጣጣም መልኩ ይሰጣሉ። አድልዎ የተፈጸመበትን ማንኛውንም አቤቱታ በጽሑፍ ከ Director, Behavioral Health Administration, Spring Grove Hospital Center, 55 Wade Avenue, Catonsville, MD 21228 እና Office of Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 150 S. Independence Mall West, Suite 372, Philadelphia, PA 19106-3499 ሊቀርብ ይችላል።

## ማረጋገጫ በ ሐኪም፣ የስነ-ልቦና ባለሙያ ወይም አእምሮአዊ እና አካላዊ ሕክምና ባለሙያ

እኔ፣ ______________________________, የ ____________________ ____________

የሐኪም፣ የስነ-ልቦና ባለሙያ ወይም አእምሮአዊ እና አካላዊ ሕክምና ባለሙያ ስም | ተቋም ስም ወይም የቢሮ አድራሻ | ስልክ ቁጥር

በ ___/___/20___፣ በግሌ መመርመር መቻሌን አረጋገጣለሁኝ

የግለሰብ ስም ____________________ ______________ _____

የመጨረሻው | የመጀመሪያው | መካከለኛው

የግለሰብ አድራሻ፥

______________ ____________ ____ ____________ __________

ጎዳና | ከተማ | ግዛት | አውራጃ | ስልክ ቁጥር

__________ ____ _____ ________ __________

የልደት ቀን | ዕድሜ | ጾታ | የጋብቻ ሁኔታ | SS#

ሂስፓናዊ ወይም የላቲን መበቆል፥ ☐ አዎ ☐ አይ

ዘር (ሁሉንም የሚመለከታቸው የዘር ምድቦችን ያመልከቱ)፥

- ☐ የአሜሪካ ሕንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ
- ☐ ኤስያዊ
- ☐ ጥቁር ወይም አፍሪቃዊ አሜሪካዊ
- ☐ ትውልደ ሃዋይ ወይም ሌላ የፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ
- ☐ ፈረንጅ

የሚቀጥለው ዘመድ ስም፥ ____________________ ከግለሰቡ ጋር ያለው ዝምድና፥ __________

አድራሻ፥ ______________________________ ____________

ከተማ፣ ግዛት፣ ዚፕ | ስልክ ቁጥር

---

የአእምሮ መታወክ በሽታ ምርመራው፥ ________________________________________

________________________________________

________________________________________

ምልክቶች፥

________________________________________

________________________________________

________________________________________

ወቅታዊ መድኃኒቶች (ዓይነት እና መጠን)፥ ________________________________________

________________________________________

________________________________________

የአደጋ ጊዜ ሕክምናዎች፣ ካሉ፣ ________________________________________

________________________________________

________________________________________

---

እኔ የተገነዘብኩት፥ ☐ ግለሰቡ የአእምሮ ችግር እንዳለበት፣
☐ ግለሰቡ የታካሚ እንክብካቤ ወይም ሕክምና ይፈልጋል፥
☐ ግለሰቡ ለእራሱም ሆነ ለሌሎች ህይወት አደጋን ያቀርባል፥
☐ ግለሰቡ በፍቃደኝነት ለመግባት ወይም ፈቃደኛ አለመሆን ይችላል፥
☐ ከግለሰቡ ጤንነት እና ደህንነት ጋር የሚጣጣም ምንም ዓይነት አነስተኛ የጣልቃ-ገብነት ዓይነት የለም፣ እና

☐ ግለሰቡ 65 አመቱ ወይም ከዚያ በላይ ከሆነ እና ለክፍለ ግዛት ተቋም እንዲመዘገብ ከተጠየቀ፣ የአዛውንት ጤንነት ግምገማ ቡድን ለግለሰቡ ፍላጎት በቂ የሆነ ምንም ዓይነት የእንክብካቤ ወይም ሕክምና አነስተኛ የጣልቃ-ገብነት ዓይነት እንደሌለ ወስኗል።

☐ በሜሪላንድ የጤና ስራዎች አንቀፅ፣ አርዕስት 14፣ በማብራሪያ ኮድ መሰረት በሜሪላንድ ግዛት ህክምናን ለመተግበር ፈቃድ እንዳገኘሁ አረጋግጣለሁ።

☐ በሜሪላንድ የጤና ስራዎች አንቀፅ፣ አርዕስት 18፣ በማብራሪያ ኮድ መሰረት በሜሪላንድ ግዛት ሥነ-ልቦናን ለመተግበር ፈቃድ እንዳገኘሁ አረጋግጣለሁ።

☐ በሜሪላንድ የጤና ስራዎች አንቀፅ፣ አርዕስት 8፣ በማብራሪያ ኮድ መሰረት በሜሪላንድ ግዛት እንደ የአእምሮአዊ እና አካላዊ ሕክምና ባለሙያ ሕክምና ለመተግበር ፈቃድ እንዳገኘሁ አረጋግጣለሁ።

☐ ግለሰብ ለመግባት የተረጋገጠለት ላለው የንብረት ተቋም ውስጥ በባለቤትነት ወይም በካሳ በኩል የገንዘብ ትርፍ የለኝም።

☐ እኔ በደም ወይም በጋብቻ፣ ለግለሰቡ ወይም ከግልሰቡ አመልካች ጋር ተዛማጅነት የለኝም።

ቀን፥ _______________ ጊዜ፡- __________

ሐኪም፣ የስነ-ልቦና ባለሙያ ወይም አእምሮአዊ እና አካላዊ ሕክምና ባለሙያ ፊርማ፥ __________________________