

Je, _____, informe tous les médecins, infirmiers et autres soignants que ce document des soignants et de consentement reflète mes souhaits actuels pour mes soins, qui sont soigneusement planifiés et intentionnels. Ce document reflète également mes convictions religieuses et spirituelles profondément ancrées ; veuillez-vous assurer que ce document des soignants et de consentement soit clairement accessible dans les dossiers médicaux électroniques à tout moment pour tous mes prestataires de soins.

La réception de ce document des soignants et de consentement par l'hôpital sert de notification que je signalerai au conseil médical tout médecin qui viole mes souhaits soigneusement planifiés et intentionnels, basés sur mes convictions religieuses et spirituelles profondément ancrées, tels que décrits dans ce document.

MES SOUHAITS SOIGNEUSEMENT PLANIFIÉS ET INTENTIONNELS, BASÉS SUR MES CONVICTIONS RELIGIEUSES ET SPIRITUELLES PROFONDÉMENT ANCRÉES, INCLUENT:

_____ **JE NE CONSENS PAS À L'UTILISATION DE MÉDICAMENTS SANS ÊTRE INFORMÉ AU PRÉALABLE DES RISQUES, BÉNÉFICES ET ALTERNATIVES DE CHAQUE MÉDICAMENT AVANT QU'ILS NE SOIENT PRESCRITS.** Ce n'est qu'APRÈS que ces informations m'auront été communiquées que je choisirai d'accorder ou de ne pas accorder mon consentement pour chaque médicament prescrit.

_____ **JE NE CONSENS PAS À RECEVOIR DE VACCIN OU DE RAPPEL POUR LE COVID-19 OU UNE VARIANTE DU COVID-19.**

_____ **JE NE CONSENS PAS À RECEVOIR LE VACCIN SAISONNIER CONTRE LA GRIPPE.**

_____ **JE NE CONSENS PAS À RECEVOIR LE VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE.**

_____ **JE NE CONSENS PAS À RECEVOIR AUCUN VACCIN POUR QUELQUE RAISON OU MALADIE QUE CE SOIT.**

_____ **JE NE CONSENS PAS À L'UTILISATION DE REMDESIVIR, OU DE SON NOM DE MARQUE VEKLURY, OU DE TOUT MÉDICAMENT LIÉ À REMDESIVIR OU VEKLURY, EN AUCUNE CIRCONSTANCE.**

_____ **JE NE CONSENS PAS À L'UTILISATION D'UN VENTILATEUR EN CAS DE DIAGNOSTIC DE COVID-19, DE VARIANTE DU COVID-19, OU DE TOUT DIAGNOSTIC VIRAL (TEL QUE, MAIS SANS S'Y LIMITER, UN DIAGNOSTIC DE VIRUS NIPAH, HANTAVIRUS) SANS CONSULTATION PRÉALABLE AVEC MOI CONCERNANT LES RISQUES, BÉNÉFICES ET ALTERNATIVES AVANT LA MISE EN PLACE DU VENTILATEUR.** Ce n'est qu'APRÈS que ces informations m'ont été communiquées que je choisirai d'accorder ou de ne pas accorder mon consentement pour le ventilateur.

_____ **JE NE CONSENS PAS** AUX MÉDICAMENTS LIÉS AU PROTOCOLE COVID-19, AU PROTOCOLE DE VARIANTE DU COVID-19, OU À TOUT PROTOCOLE VIRAL (TEL QUE, MAIS SANS S'Y LIMITER, PROTOCOLE DU VIRUS NIPAH, PROTOCOLE DU VIRUS MARBURG, PROTOCOLE DU VIRUS EBOLA, PROTOCOLE DU VIRUS HANTAVIRUS) **SANS** CONSULTATION PRÉALABLE AVEC MOI CONCERNANT LES RISQUES, BÉNÉFICES ET ALTERNATIVES **AVANT** LA MISE EN ŒUVRE DU MÉDICAMENT. Ce n'est qu'**APRÈS** que ces informations m'ont été communiquées que je choisirai **d'accorder ou de ne pas accorder** mon consentement pour chaque médicament.

_____ **JE NE CONSENS PAS** À RECEVOIR DE TRANSFUSIONS SANGUINES contenant des produits sanguins provenant de donneurs vaccinés contre le COVID-19 ou contre une variante du COVID-19.

_____ **JE NE CONSENS PAS** à recevoir des aliments transformés, **quels qu'ils soient**, y compris, sans s'y limiter, le sirop de maïs à haute teneur en fructose, ou les huiles de graines. Les seules huiles acceptables pour moi sont le beurre, le ghee, le suif de bœuf ou l'huile de coco. Les formes acceptables de protéines sont les œufs, l'agneau, le bison, le bœuf ou les fruits de mer non issus de l'aquaculture ; ils ne doivent pas être préparés avec des huiles de graines. Si l'hôpital ne peut pas fournir ces aliments, ma famille ou mes amis me les apporteront.

_____ **JE NE CONSENS PAS NON-PLUS À CE QUI SUIT:**

_____ **JE DEMANDE ET CONSENS** À L'UTILISATION DE 1 mg de Budésonide par nébuliseur toutes les 4 à 6 heures pour un diagnostic de COVID-19, de variante du COVID-19, ou de tout diagnostic viral avec des problèmes respiratoires.

_____ **JE DEMANDE ET CONSENS** À LA MISE EN ŒUVRE DE TRAITEMENTS ALTERNATIFS pour le COVID-19 et ses variantes. Ces traitements alternatifs peuvent inclure, sans s'y limiter, l'Ivermectine, l'Hydroxychloroquine, la Fluvoxamine. Si l'établissement n'autorise pas l'utilisation de traitements alternatifs, **JE DEMANDE ET CONSENS** À ÊTRE CONSULTÉ POUR UN TRANSFERT VERS UN AUTRE ÉTABLISSEMENT.

_____ **JE DEMANDE ET CONSENS** À L'UTILISATION DE TOUTES LES MESURES DE SAUVETAGE, telles que la réanimation cardio-pulmonaire (**RCP**) et toutes autres mesures de réanimation. Si je consens à un transfert vers un niveau de soins palliatifs, **JE DEMANDE ET CONSENS** À CE QUE L'ON ME FOURNISSE DE L'OXYGÈNE, DE LA NUTRITION, DE L'HYDRATATION, DES MÉDICAMENTS ET TOUT AUTRE ÉQUIPEMENT NÉCESSAIRE À MON CONFORT.

Soignants et Consentement

_____ **JE DEMANDE ET CONSENS ÉGALEMENT À CE QUI SUIT :**

Tous les éléments de ce document des soignants et de consentement resteront en vigueur sauf si je choisis de les révoquer par écrit ; personne d'autre ne peut modifier ou amender ce document des soignants et de consentement.

Signature : _____ Initiales : _____ Date : _____

RECONNAISSANCE NOTARIÉE

État de : _____ Comté de : _____

Le signataire de ce document s'est PERSONNELLEMENT présenté devant moi et a été reconnu par moi, le notaire soussigné, sous le nom _____, résident du comté de _____, État de _____.

Ma commission expire le : _____

Notaire public : _____