



အင်ဒီယားနား (INDIANA) ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ် -

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးသည် နောက်ဆုံးအသက်ရှင်စဉ်အချိန် ဆုံးဖြတ်ချက်များ အပါအဝင် သင်ကိုယ်တိုင် ဆုံးဖြတ်ချက်မချနိုင်ပါက ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချမှတ်နိုင်သည့် သင်ရွေးချယ်ထားသောသူတစ်ဦး ဖြစ်သည်။ သင်ရွေးချယ်လိုသည်များကို ကြိုတင်၍ ထိုပုဂ္ဂိုလ်နှင့် ပြောကြားထားခြင်းမှာ အကြံကောင်းတစ်ခုဖြစ်ပါသည်။ ဆရာဝန်က သင်သည် သင်ကိုယ်တိုင်ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချမှတ်နိုင်မမှတ်နိုင်ကို ဆုံးဖြတ်ပေးပါလိမ့်မည်။

ကျွန်ုပ်အမည် (တရားဝင်အမည်အပြည့်အစုံ၊ "ထုတ်ဖော်သူ" ဟုလည်းခေါ်သည်) မွေးနေ့ (လ/ရက်/ခုနှစ်)

အသိပညာပေးရည်ရွယ်ချက်များအတွက်သာ

ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်များကို ချမှတ်၍ ပြောပြခြင်းမပြုနိုင်ပါက ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ်က ကျွန်ုပ်အတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ချပေးနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ဆန္ဒနှင့် တန်ဖိုးများကို လိုက်နာရမည်။ ကျွန်ုပ်၏ တန်ဖိုးများတွင် အသက်၏ ဂုဏ်သိက္ခာရှိမှု၊ အဓိပ္ပာယ်ရှိမှုတို့နှင့်ပတ်သက်သည့် အကြံဉာဏ်များပါဝင်သည်။ ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ်သည် ကျွန်ုပ်ဆန္ဒများကို မသိရှိပါက ၎င်းသည် ကျွန်ုပ်၏ အကောင်းဆုံးအကျိုးအတွက် ရိုးသားစွာဆောင်ရွက်ပြီး ဆုံးဖြတ်ချက်များချပေးရမည်။ ယင်းဆုံးဖြတ်ချက်များတွင် အောက်ပါတို့ အကန့်အသတ်မရှိပါဝင်သည် -

- ဆေးကုသမှုကို သဘောတူညီခြင်း
- ဆေးကုသမှုကို ငြင်းဆိုခြင်း
- ဆေးကုသမှုကို ရပ်တန့်ခြင်း
- အဆင်ပြေသောစောင့်ရှောက်မှုကို စီစဉ်ပေးခြင်း

အောက်ပါပုဂ္ဂိုလ်ကို ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ် (Health Care Representative, HCR) အဖြစ် အလိုရှိပါသည် -

HCR အမည် HCR ဖုန်းနံပါတ်
အသိပညာပေးရည်ရွယ်ချက်များအတွက်သာ

အထက်ပါအမည်ရှိသော ကျွန်ုပ်၏ မူလ HCR သည် ကျွန်ုပ်အတွက် ဆောင်ရွက်ပေးရန် မတတ်နိုင်ပါက သို့မဟုတ် မတွေ့ဆုံနိုင်ပါက အောက်ပါပုဂ္ဂိုလ်ကို ကျွန်ုပ်၏ လျာထားသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ်အဖြစ် အလိုရှိပါသည် -

လျာထားသည့် HCR အမည် လျာထားသည့် HCR ဖုန်းနံပါတ်
အသိပညာပေးရည်ရွယ်ချက်များအတွက်သာ

စိတ်ကြိုက်ရွေးချယ်ခွင့် ဖော်ပြချက် -

ကျွန်ုပ်၏ နောက်ဆုံးအချိန် ဦးစားပေးချက်များအပေါ် ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ်အတွက် အပိုညွှန်ကြားချက်အချို့ ပေးလိုပါသည်။ (အောက်ပါတို့မှ တစ်ခုခုကိုသာရွေးချယ်ပါ။)

- အသက်ကိုဆွဲဆန်ခြင်းထက် **အဓိပ္ပာယ်ရှိရှိနေခြင်းက** ကျွန်ုပ်အတွက် ပိုအရေးကြီးပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ကိုယ်ပိုင်ဆုံးဖြတ်ချက်များချမှတ်ရန် မစွမ်းနိုင်ဘဲ ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ကျဆရာဝန်က ကျွန်ုပ်ပြန်ကောင်းမလာနိုင်တော့ဟု ယုံကြည်ပါက ကျွန်ုပ်၏ အသက်ကို အချိန်ဆွဲရန်၊ သေဆုံးမှုနှင့်နှေးစေမည့် ကုသမှုများ အလိုမရှိပါ။ ထိုအစား ကျွန်ုပ်အား သက်သောင့်သက်သာရှိစေကာ နာကျင်မှုသက်သာစေမည့် ကုသမှုနှင့် စောင့်ရှောက်မှုများကို လိုလားပါသည်။

□ **အသက်ရှင်နေရခြင်းက** ကျွန်ုပ်မည်မျှပင် နေမကောင်းဖြစ်နေပါစေ၊ မည်မျှပင်ပြန်ကောင်းလာနိုင်ချေနည်းပါစေ ပို၍အရေးကြီးပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏အသက်ကို သင့်တင့်လျောက်ပတ်သော ဆေးကုသမှုစံနှုန်းများနှင့်အညီ ဖြစ်နိုင်သမျှအတိုင်းအတာအထိ အချိန်ဆွဲပေးစေလိုပါသည်။

□ ဤအပိုင်းကို ယခုမဖြည့်သေးရန် ရွေးချယ်ပါသည်။

လိုအပ်သော လက်မှတ်များ -

ဤပုံစံကို ဖြည့်စွက်ခြင်းဖြင့် ယခင်က ကျွန်ုပ်လက်မှတ်ရေးထိုးခဲ့သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ကိုယ်စားပြုမှုအာဏာမှန်သမျှကို ရုပ်ဆိုင်းကာ ရုပ်သိမ်းပါသည်။

***** အသိပညာပေးရည်ရွယ်ချက်များအတွက်သာ*****

လက်မှတ် (ထုတ်ဖော်သူ)

ရက်စွဲ

အမည်စာလုံးအကြီး (ထုတ်ဖော်သူ)

ဤပုံစံဖောင်ကို အရွယ်ရောက်ပြီး လူသက်သေ ၂ ဦး (အောက်ရှိဘယ်ဘက်) ကဖြစ်စေ၊ ဥပဒေအရ တရားဝင်ဖြစ်သည့် စာချုပ်အတည်ပြုပေးသူ (အောက်ရှိညာဘက်) ကဖြစ်စေ လက်မှတ်ထိုးပေးရမည်။

အရွယ်ရောက်ပြီး လူသက်သေ ၂ ဦး၏ လက်မှတ်

အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးထားသည့် သက်သေတစ်ဦးစီသည် ထုတ်ဖော်သူ၏ တစ်သားတည်းဖြစ်မှုကို ကျေနပ်လောက်သော အထောက်အထားရှိပြီးဖြစ်ကာ ထုတ်ဖော်သူသည် အထက်ပါ ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ကို သတိလုံလုံလောက်လောက်ရှိပြီး လက်မှတ်ရေးထိုးနိုင်ကြောင်း လက်ခံပါသည်။ **အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်သက်သေထဲမှ အနည်းဆုံးတစ်ဦးသည် ထုတ်ဖော်သူ၏ အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် အခြားဆွေမျိုးများ မဟုတ်ပါ။**

ဤကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ကို Indiana Patient Preferences Coalition (အင်ဒီယားနားပြည်နယ် လူနာစိတ်ကြိုက်ရွေးချယ်ပိုင်ခွင့် ညွှန်ပေါင်းအဖွဲ့) က ဖန်တီးပေးခဲ့ခြင်းဖြစ်ကာ လွတ်လပ်စွာ အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ နောက်ထပ်အချက်အလက်များအတွက် www.INadvancedirectives.org ကိုဝင်ကြည့်ပါ။

စာချုပ်ဖြင့်အတည်ပြုခြင်း

အင်ဒီယားနားပြည်နယ်)
) SS:
_____ ကောင်တီ)

စာချုပ်စာတမ်း သက်သေခံ ရှေ့နေ တစ်ယောက်ဖြစ်သည့် ကျွန်ုပ် ရှေ့မှောက်တွင် အထက်ဖော်ပြပါ ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်နှင့်အညီ ဆောင်ရွက်ခြင်းကို သူ၏ဆန္ဒအလျောက် အသိအမှတ်ပြုပြီး၍ မှန်မှန်ကန်ကန် ကျမ်းကျိန်ထားသည့်သူဖြစ်သည့် ကိုယ်တိုင်ကိုယ်ကျ ပေါ်လာသူ _____ [name of signing

Declarant] က ဤနေရာရှိ ကိုယ်စားပြုမှုမှန်သမျှမှာ မှန်ကန်ကြောင်း ထုတ်ဖော်ပါသည်။

ဤနေရာကို သင်ကိုယ်တိုင် သင့်အတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်များ မချနိုင်သည့်အခါ ထိုသို့ပြုလုပ်ရန် သင်ယုံကြည်သည့်သူ ၁ ယောက်၊ ၂ ယောက်၏ အမည်များအတွက် အသုံးပြုပါ။

ဤနေရာကို စာချုပ်စာတမ်း သက်သေခံ ရှေ့နေ၏ တံဆိပ်ခေါင်းနှင့် အချက်အလက်အတွက် သုံးပေးပါ။