

លិខិតបណ្តាំនៃរដ្ឋ Oregon សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព

បែបបទលិខិតបណ្តាំនេះអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដើម្បី៖

- ថែទាំចាយគុណភាពថ្លៃ គោលជំនឿ គោលដៅ និងបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពប្រសិនបើអ្នកមិនអាចសំដែងវាចេញដោយខ្លួនឯងបាន។
- ដាក់ឈ្មោះបុគ្គលណាម្នាក់ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងបាន។ បុគ្គលនេះត្រូវបានហៅថា អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ហើយពួកគេត្រូវយល់ព្រមធ្វើតាមតួនាទីនេះ។

ក្រៅប្រាកដក្នុងការពិភាក្សាលិខិតបណ្តាំរបស់អ្នកនិងបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នកជាមួយនិងអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ករណីនេះនឹងអនុញ្ញាតឱ្យពួកគេធ្វើការសម្រេចចិត្តដែលផ្ទុះបញ្ចាំងអំពីបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នក។ មានការណែនាំថា អ្នកត្រូវបំពេញបែបបទនេះទាំងស្រុង

លិខិតបណ្តាំនៃរដ្ឋ Oregon សម្រាប់បែបបទការថែទាំសុខភាព និងមគ្គុទេសក៍របស់អ្នកចំពោះលិខិតបណ្តាំគឺមាននៅលើគេហទំព័ររបស់អាជ្ញាធរសុខភាពនៃរដ្ឋ Oregon។

- នៅក្នុងផ្នែក ២ ៥ ៦ និង ៧ អ្នកត្រូវតែងតាំងអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពម្នាក់។
- នៅក្នុងផ្នែក ៣ និង ៤ អ្នកត្រូវផ្តល់ការណែនាំអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។

បែបបទលិខិតបណ្តាំអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកសំដែងចេញនូវចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។ វាមិនមែនដូចគ្នានឹង **Portable Orders** សម្រាប់ **Life Sustaining Treatment (POLST)** ដែលបានកំណត់នៅក្នុង **ORS 127.663**នោះទេ។ អ្នកអាចរកព័ត៌មានបន្ថែមទៀតអំពី **POLST** នៅក្នុងមគ្គុទេសក៍របស់អ្នក ចំពោះខាងផ្នែកលិខិតបណ្តាំនៃរដ្ឋ Oregon។

បែបបទនេះអាចត្រូវបានប្រើនៅក្នុងរដ្ឋ **Oregon** ដើម្បីជ្រើសរើសបុគ្គលម្នាក់ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកសុខភាពល្អសម្រាប់អ្នកប្រសិនបើប្រជាមិនសូវពូកែនិយាយដោយខ្លួនឯង ឬមិនអាចសម្រេចចិត្តលើផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្តល់របស់អ្នកបាន។ បុគ្គលនេះត្រូវបានហៅថា អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការណាត់ចូលអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពដ៏មានប្រសិទ្ធភាពមួយទេ ហើយអ្នកប្រើប្រាស់លិខិតបណ្តាំនិយាយឱ្យខ្លួនឯងបាន អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពម្នាក់នឹងត្រូវបានតែងតាំងសម្រាប់អ្នកដើម្បីអាទិភាពដែលកំណត់ទុកក្នុង **ORS 127.635 (2)** ហើយបុគ្គលនេះអាចត្រឹមតែសម្រេចចិត្តថាផ្អាក ឬដកចេញនូវការព្យាបាលបន្តអាជ្ញាធរប្រសិនបើអ្នកជួបករណីណាមួយក្នុងលក្ខខណ្ឌដែលបានកំណត់នៅក្នុង **ORS 127.635 (1)**។

បែបបទនេះអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកសំដែងចេញនូវគុណភាពថ្លៃ និងគោលជំនឿរបស់អ្នកជាមួយនិងការគោរពការសម្រេចចិត្តការថែទាំសុខភាព និងចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកបានបំពេញបែបបទលិខិតបណ្តាំកាលពីអតីតកាល បែបបទលិខិតបណ្តាំថ្មីនេះនឹងជំនួសលិខិតបណ្តាំពីមុនទាំងនោះ។

អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះទើបវាមានប្រសិទ្ធភាព។ អ្នកត្រូវតែមានសាក្សីពីនាក់ ឬសារការិយាល័យសម្រាប់បែបបទនេះផងដែរ។ ការណាត់ចូលអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកមិនមានប្រសិទ្ធភាពឡើយរហូតទាល់តែអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពយល់ព្រមទទួលការណាត់ចូលជាមុនសិន។

ប្រសិនបើលិខិតបណ្តាំរបស់អ្នកបញ្ចូលនូវការណែនាំទាក់ទងនឹងការដកចេញនូវការគាំទ្រជីវិត ឬការចិញ្ចឹមដោយប្រើប៊ីប៊ី អ្នកអាចដកហូតនូវលិខិតបណ្តាំនៅពេលណាក៏បាន និងក្នុងលក្ខខណ្ឌណាមួយក៏បានដែលសំដែងចេញនូវបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នកក្នុងដកហូតវិញ។

ក្នុងករណីទាំងអស់ផ្សេងទៀត អ្នកអាចដកហូតលិខិតបណ្តាំរបស់អ្នកមកវិញនៅពេលណាក៏បាននិងក្នុងលក្ខខណ្ឌណាមួយក៏បានឱ្យតែអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តខាងវេជ្ជសាស្ត្របាន។

បែបបទលិខិតបណ្តាំ

១. អំពីខ្ញុំ		
ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖
លេខទូរស័ព្ទ៖ ទំព័រដើម	ការងារ	ទូរស័ព្ទដៃ
អាសយដ្ឋាន៖		អ៊ីមែល៖

២. អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ		
ខ្ញុំជ្រើសរើសយកបុគ្គលនេះជាអ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តជូនខ្ញុំប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចនិយាយដោយខ្លួនឯងបាន។		
ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)៖		ត្រូវជាភ្នំ៖
លេខទូរស័ព្ទ៖ ទំព័រដើម	ការងារ	ទូរស័ព្ទដៃ
អាសយដ្ឋាន៖		អ៊ីមែល៖

ខ្ញុំជ្រើសរើសមនុស្សដូចគ្នាទៅនេះធ្វើជាអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពបម្រុងរបស់ខ្ញុំប្រសិនបើជម្រើសទីមួយរបស់ខ្ញុំមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តខាងការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្ញុំបាន ឬប្រសិនបើខ្ញុំលុបចោលនូវការតែងតាំងរបស់អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពដំបូងវិញ។

អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពបម្រុងទីមួយ		
ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)៖		ត្រូវជាភ្នំ៖
លេខទូរស័ព្ទ៖ ទំព័រដើម	ការងារ	ទូរស័ព្ទដៃ
អាសយដ្ឋាន៖		អ៊ីមែល៖

អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពបម្រុងទីពីរ		
ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)៖		ត្រូវជាភ្នំ៖
លេខទូរស័ព្ទ៖ ទំព័រដើម	ការងារ	ទូរស័ព្ទដៃ
អាសយដ្ឋាន៖		អ៊ីមែល៖

៣. ការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ

នេះគឺជាកន្លែងសម្រាប់អ្នកដើម្បីសំដែងចេញនូវបំណងប្រាថ្នា គុណតម្លៃ និងគោលដៅសម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។ ការណែនាំរបស់អ្នកផ្តល់នូវមត៌កទេសសម្រាប់អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាព និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

អ្នកអាចផ្តល់ការមត៌កទេសសម្រាប់ស្តីអំពីការថែទាំជាមួយរបស់អ្នកនឹងជម្រើសផ្សេងៗដែលអ្នកធ្វើដូចខាងក្រោម។ នេះជាករណីមួយទោះបីជាអ្នកមិនជ្រើសរើសអ្នកតំណាងលើការថែទាំសុខភាពណាមួយ ប្រសិនបើពួកគេមិនអាចទាក់ទងបានក៏ដោយ។

ក. សេចក្តីសម្រេចអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ

មានស្ថានភាពចំនួនបីខាងក្រោមនេះសម្រាប់អ្នកក្នុងការសំដែងចេញនូវបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នក៖

ស្ថានភាពទាំងនេះនឹងជួយអ្នកគិតអំពីប្រភេទនៃការសម្រេចចិត្តគាំទ្រជីវិតដែលអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអាចប្រឈម។ សូមជ្រើសយកជម្រើសមួយដែលត្រូវនឹងបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នកបំផុត។

a. លក្ខខណ្ឌបញ្ចប់

នេះគឺជាអ្វីដែលខ្ញុំចង់ធ្វើប្រសិនបើ៖

- ខ្ញុំមានជំងឺដែលមិនអាចព្យាបាលជា ឬត្រូវបញ្ចប់មកសុខភាពល្អវិញ។

និង

- អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំជឿថា វានឹងផ្តល់លទ្ធផលជាសេចក្តីស្តាប់របស់ខ្ញុំក្នុងរយៈពេល៦ខែដោយមិនគិតពីការព្យាបាលណាមួយឡើយ។

វិសយករណីសត្រូវបញ្ជាក់:	
_____	ខ្ញុំចង់សាករាល់ការព្យាបាលទាំងអស់ដែលអាចធ្វើបានដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំ ដូចជាការចិញ្ចឹមនិងការបង្រៀនជាតិទឹកបែបសិប្បនិម្មិត ជាមួយនិងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ សារធាតុរាវអាយវី ការលាងឈាមតម្រងនោម និងម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។
_____	ខ្ញុំចង់សាកទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំជាមួយនិងការចិញ្ចឹម និងការបង្រៀនជាតិទឹកបែបសិប្បនិម្មិតជាមួយនិងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ និងសារធាតុរាវអាយវី។ ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលណាមួយទៀតដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំឡើយ ដូចជាការលាងឈាមតម្រងនោម និងម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។
_____	ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលទាំងឡាយដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំទេ ដូចជាការចិញ្ចឹមនិងការបង្រៀនជាតិទឹកបែបសិប្បនិម្មិតជាមួយនិងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ សារធាតុរាវអាយវី ការលាងឈាមតម្រងនោម ឬម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។ ខ្ញុំចង់រក្សាខ្លួនតាមសម្រួល និងបណ្តោយឱ្យស្លាប់តាមដំណើរ។
_____	ខ្ញុំចង់ឱ្យអ្នកគំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំសម្រេចចិត្តសម្រាប់ខ្ញុំ បន្ទាប់ពីនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងទទួលបានស្រូវករណីទាំងឡាយដែលទាក់ទងនឹងខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានសំដែងចេញអំពីអ្វីដែលជាបញ្ហាចំពោះខ្ញុំក្នុងផ្នែក ខ ខាងក្រោមនេះ៖

b. ដំណើរការវិញ្ញាណកម្មតែម្តង

នេះគឺជាអ្វីដែលខ្ញុំចង់ធ្វើប្រសិនបើ៖

- ខ្ញុំមានជំងឺមួយដែលស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ។
 - និង**
- អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំជឿថា វានឹងមិនប្រសើរឡើងទេ ហើយនឹងកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរទៅៗ រហូតដល់ស្លាប់។
 - និង**
- អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំជឿថា ខ្ញុំនឹងមិនអាច៖
 - >> ទាក់ទង
 - >> លេបអាហារនិងផឹកទឹកតាមសម្រួលបាន
 - >> ថែទាំខ្លួនឯង
 - >> ចំណាត់ថ្នាក់ស្រាប់ត្រូវសាររបស់ខ្ញុំ និងអ្នកដទៃ

វិសយករណីសកម្មភាពប៉ុណ្ណោះ	
_____	ខ្ញុំចង់សាករាល់ការព្យាបាលទាំងអស់ដែលអាចធ្វើបានដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំ ដូចជាការចិញ្ចឹមនិងការបង្រៀនជាតិទឹកបែបសិប្បនិម្មិត ជាមួយនឹងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ សារធាតុរាវអាយវី ការលាងឈាមតម្រងនោម និងម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។
_____	ខ្ញុំចង់សាកទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំជាមួយនឹងការចិញ្ចឹម និងការបង្រៀនជាតិទឹកបែបសិប្បនិម្មិតជាមួយនឹងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ និងសារធាតុរាវអាយវី។ ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលណាមួយទៀតដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំឡើយ ដូចជាការលាងឈាមតម្រងនោម និងម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។
_____	ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលទាំងឡាយដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំទេ ដូចជាការចិញ្ចឹមនិងការបង្រៀនជាតិទឹកបែបសិប្បនិម្មិតជាមួយនឹងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ សារធាតុរាវអាយវី ការលាងឈាមតម្រងនោម ឬម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។ ខ្ញុំចង់រក្សាខ្លួនតាមសម្រួល និងបណ្តោយឱ្យស្លាប់តាមដំណើរ។
_____	ខ្ញុំចង់ឱ្យអ្នកគំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំសម្រេចចិត្តសម្រាប់ខ្ញុំ បញ្ឈប់ពីនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងទទួលខុសត្រូវករណីទាំងឡាយដែលទាក់ទងនឹងខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានសំដែងចេញអំពីអ្វីដែលជាបញ្ហាចំពោះខ្ញុំក្នុងផ្នែក ខ ខាងក្រោមនេះ៖

C. សន្ទប់មិនដឹងខ្លួនអចិន្ត្រៃយ៍

នេះគឺជាអ្វីដែលខ្ញុំចង់ធ្វើប្រសិនបើ៖

- ខ្ញុំមិនសន្ទប់ទេ។
- និង**
- ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំជឿថា ខ្ញុំនឹងសន្ទប់ម្តងទៀតនោះគឺមិនទំនងឡើយ។

វិសយករជ្រើសតែមួយប៉ុណ្ណោះ

_____ ខ្ញុំចង់សាករាល់ការព្យាបាលទាំងអស់ដែលអាចធ្វើបានដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំ ដូចជាការចិញ្ចឹមនិងការបង្រៀនជាតិទឹកបែបសិប្បនិម្មិត ជាមួយនិងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ សារធាតុរាវអាយី ការលាងឈាមតម្រងនោម និងម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។

_____ ខ្ញុំចង់សាកទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំជាមួយនិងការចិញ្ចឹម និងការបង្រៀនជាតិទឹកបែបសិប្បនិម្មិតជាមួយនិងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ និងសារធាតុរាវអាយី។
ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលណាផ្សេងទៀតដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំឡើយ ដូចជាការលាងឈាមតម្រងនោម និងម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។

_____ ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលទាំងឡាយដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំទេ ដូចជាការចិញ្ចឹមនិងការបង្រៀនជាតិទឹកបែបសិប្បនិម្មិតជាមួយនិងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ សារធាតុរាវអាយី ការលាងឈាមតម្រងនោម ឬម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។ ខ្ញុំចង់រក្សាខ្លួនតាមសម្រួល និងបណ្តោយឱ្យស្លាប់តាមដំណើរ។

_____ ខ្ញុំចង់ឱ្យអ្នកគំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំសម្រេចចិត្តសម្រាប់ខ្ញុំ បន្ទាប់ពីនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងទទួលខុសត្រូវករណីទាំងឡាយដែលទាក់ទងនឹងខ្ញុំ។
ខ្ញុំបានសំដែងចេញអំពីអ្វីដែលជាបញ្ហាចំពោះខ្ញុំក្នុងផ្នែក ខ ខាងក្រោមនេះ៖

អ្នកអាចសរសេរនៅក្នុងប្រឡោះខាងក្រោម ឬភ្ជាប់ទំព័រផ្សេងៗដើម្បីនិយាយអំពីប្រភេទនៃការថែទាំអ្វីដែលអ្នកចង់បាន ឬមិនចង់បាន។

១. អ្វីដែលជាបញ្ហាចំពោះខ្ញុំ និងសម្រាប់ខ្ញុំ

ផ្នែកនេះត្រូវអនុវត្តនៅពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងលក្ខខណ្ឌបញ្ឈប់ មានជំងឺកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្លាប់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើមានបំណងចង់ប្រើផ្នែកនេះ អ្នកអាចប្រគល់កិច្ចការទាំងឡាយ ដែលពិតជាសំខាន់ចំពោះអ្នកនិងសម្រាប់អ្នក។ នេះនឹងជួយដល់អ្នកគំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

នេះគឺជាអ្វីដែលអ្នកគួរដឹងអំពីអ្វីដែលសំខាន់សម្រាប់ខ្ញុំអំពីជីវិតរបស់ខ្ញុំ៖

នេះគឺជាអ្វីដែលខ្ញុំត្រូវបំផុតអំពីជីវិតរបស់ខ្ញុំ៖

នេះគឺជាអ្វីដែលខ្ញុំសម្រាប់ខ្ញុំអំពីជីវិតរបស់ខ្ញុំ៖

ខ្ញុំមិនចង់បានដំណើរការទ្រទ្រង់ជីវិតទេប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចមានលទ្ធភាពឧបត្ថម្ភ និងមិនអាចចូលរួមក្នុងរបៀបដូចគ្នាទៅនេះ៖

ឃើញយកធុរ្យម្ចាស់ទាំងអស់ណាដែលអនុវត្តបាន

_____ សំដែងចេញនូវសេចក្តីត្រូវការរបស់ខ្ញុំ

_____ រួចផុតពីការឈឺចាប់ និងវេទនាជួរអង្វែង

_____ ដឹងថាខ្ញុំជាអ្នកណា និងខ្ញុំនៅជាមួយអ្នកណា

_____ រស់នៅដោយមិនប្រើម៉ាស៊ីនគាំទ្រជីវិត

_____ ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទាំងឡាយដែលមានន័យចំពោះខ្ញុំ ដូចជា៖

ប្រសិនបើអ្នកចង់និយាយច្រើនទៀតដើម្បីជួយដល់អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកយល់អំពីអ្វីដែលជាបញ្ហាបំផុតចំពោះអ្នក សូមសរសេរនៅទីនេះ។ (ឧទាហរណ៍៖
ខ្ញុំមិនចង់ថែទាំទេប្រសិនបើលទ្ធផលចេញមកជា...)



គ. គោលជំនឿខាងវិញ្ញាណរបស់ខ្ញុំ

តើអ្នកមានគោលជំនឿខាងវិញ្ញាណ ឬសាសនាដែលអ្នកចង់ឱ្យអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនិងពួកអ្នកដែលមើលថែអ្នកដឹងឬទេ? វាជាពិធីខាងសាសនា សាក្រាម៉ង់ ការបដិសេធផលិតផលដែលមានឈាម និងច្រើនទៀត។

អ្នកអាចសរសេរនៅក្នុងប្រឡោះខាងក្រោម ឬភ្ជាប់ទំព័រផ្សេងៗដើម្បីនិយាយអំពីគោលជំនឿខាងវិញ្ញាណ ឬសាសនារបស់អ្នក។

៤. ព័ត៌មានបន្ថែម

ប្រើផ្នែកនេះប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាព និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមទៀតអំពីអ្នក។

ក. ជីវិត និងគុណតម្លៃ

អ្នកអាចចែកចាយអំពីជីវិត និងគុណតម្លៃរបស់អ្នកនៅខាងក្រោមនេះ។ ករណីនេះអាចជួយឱ្យអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពនិងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបាន។ ករណីនេះអាចរាប់បញ្ចូលនូវប្រវត្តិគ្រួសារ បទពិសោធន៍ និងការថែទាំសុខភាព ប្រវត្តិវប្បធម៌ ការងារ ប្រព័ន្ធកាំទ្រសង្គម និងច្រើនទៀត។

អ្នកអាចសរសេរនៅក្នុងប្រឡោះខាងក្រោម ឬភ្ជាប់ទំព័រផ្សេងទៀតដើម្បីនិយាយច្រើនទៀតអំពីជីវិត គោលជំនឿ និងគុណតម្លៃរបស់អ្នក។

ខ. កន្លែងថែទាំ

ប្រសិនបើមានជម្រើសមួយអំពីកន្លែងដែលអ្នកទទួលការថែទាំ តើអ្នកចូលចិត្តមួយណា? តើមានចំណុចណាខ្លះដែលអ្នកចង់ ឬមិនចង់ទទួលការថែទាំឬទេ? (ឧទាហរណ៍ មន្ទីរពេទ្យ គិលានដ្ឋាន សម្ភារៈសុខភាពផ្លូវចិត្ត មណ្ឌលចាស់ជរា ការរស់នៅដែលមានជំនួយ ផ្ទះរបស់អ្នក ជាដើម)

អ្នកអាចសរសេរនៅក្នុងប្រឡោះខាងក្រោម ឬភ្ជាប់ទំព័រផ្សេងៗដើម្បីនិយាយច្រើនទៀតអំពីកន្លែងដែលអ្នកចូលចិត្តទទួលការថែទាំ ឬមិនទទួលការថែទាំ។

គ. ករណីផ្សេងទៀត

អ្នកអាចភ្ជាប់ឯកសារផ្សេងទៀតជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីជួយណែនាំអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។ អ្វីដែលអ្នកបានភ្ជាប់នឹងក្លាយជាផ្នែកនៃលិខិតបណ្តាំរបស់អ្នក។

អ្នកអាចរៀបរាប់ឯកសារទាំងឡាយដែលអ្នកបានភ្ជាប់នៅក្នុងប្រឡោះខាងក្រោមនេះ។

ឃ. ជូនដំណឹងដល់អ្នកដទៃទៀត

អ្នកអាចអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបន្តការថែទាំដោយបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ឯកជនរដ្ឋនិងសហព័ន្ធដើម្បីពិភាក្សាស្ថានភាពសុខភាពនិងការថែទាំរបស់អ្នកជាមួយនឹងមនុស្សដែលអ្នកបានសរសេរនៅខាងក្រោម។ មានតែអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះទើបអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំរបស់អ្នកបាន។

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)៖		ត្រូវជាម្ចី៖
លេខទូរស័ព្ទ៖ ទំព័រដើម	ការងារ	ទូរស័ព្ទដៃ
អាសយដ្ឋាន៖		អ៊ីមែល៖

៥. ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ កាលបរិច្ឆេទ

៦. សាក្សី

សូមបំពេញ ក. ឬ ខ. នៅពេលដែលអ្នកចុះហត្ថលេខា

ក. សារការី

ប្រចាំរដ្ឋ _____

ប្រចាំខោនធី _____

បានចុះហត្ថលេខា ឬបញ្ជាក់នៅពីមុខខ្ញុំ _____ នៅ _____
កាលបរិច្ឆេទ

សារការីសាធារណៈនៃរដ្ឋ **Oregon**

ខ. ការប្រកាសរបស់សាក្សី

បុគ្គលដែលកំពុងបំពេញបែបបទនេះខ្ញុំបានស្គាល់ដោយផ្ទាល់ ឬបានផ្តល់នូវភស្តុតាងជាអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ បានចុះហត្ថលេខា ឬបានទទួលស្គាល់ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលនៅលើឯកសារនាចំពោះវត្តមានរបស់ខ្ញុំ និងហាក់មិនស្ថិតនៅក្រោមការបង្ខំ និងត្រូវយល់ពីគោលបំណង និងផលប៉ះពាល់នៃបែបបទនេះ។ រុក្ខាពីនេះ ខ្ញុំមិនមែនជាអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំ ឬអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំបម្រុងរបស់បុគ្គលនេះ ហើយខ្ញុំក៏មិនមែនជាអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់បុគ្គលនេះដែរ។

ឈ្មោះសាក្សី _____

ហត្ថលេខា _____

កាលបរិច្ឆេទ _____

ឈ្មោះសាក្សី _____

ហត្ថលេខា _____

កាលបរិច្ឆេទ _____

៧. ការទទួលស្គាល់ដោយអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ

ខ្ញុំទទួលបានការតែងតាំងនេះ និងយល់ព្រមបម្រើការជាអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាព។

អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ

ឈ្មោះ

ហត្ថលេខា ឬឯកសារដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់ដទៃទៀត

កាលបរិច្ឆេទ

អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពប្រុងទីមួយ

ឈ្មោះ

ហត្ថលេខា ឬឯកសារដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់ដទៃទៀត

កាលបរិច្ឆេទ

អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពប្រុងទីពីរ

ឈ្មោះ

ហត្ថលេខា ឬឯកសារដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់ដទៃទៀត

កាលបរិច្ឆេទ

ការចូលទៅកាន់ឯកសារ៖ សម្រាប់បុគ្គលដែលមានពិការភាព ឬបុគ្គលដែលនិយាយភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស OHA អាចផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាការបកប្រែ អក្សរពម្ពធំៗ

ឬអក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក។ ទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលព័ត៌មានសុខភាពតាមលេខ 1-971-673-2411, 711 TTY ឬ

COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us។