

## هدایات طبی از قبل تعیین شده اورگن برای مراقبت‌های صحی

فورم هدایات طبی از قبل تعیین شده این امکان را به شما می‌دهد تا:

- اگر خودتان قادر به این کار نباشید، ارزش‌ها، عقاید، اهداف و خواسته‌هایتان در رابطه با مراقبت‌های صحی را به اشتراک بگذارید.
  - اگر نمی‌توانید برای خودتان تصمیم بگیرید، شخصی را انتخاب کنید تا تصمیمات مربوط به مراقبت‌های صحی شما را اتخاذ نماید. این شخص نماینده مراقبت صحی شما نامیده می‌شود و باید با به عهده گرفتن این نقش موافقت کند.
- حتماً هدایات طبی از قبل تعیین شده و خواسته‌های خود را با نماینده مراقبت صحی خود در میان بگذارید. این کار به آنها اجازه می‌دهد تا تصمیماتی بگیرند که منعکس‌کننده خواسته‌های شما باشد. توصیه می‌شود این فورم را مکمل کنید.
- فورم هدایات طبی از قبل تعیین شده اورگن برای مراقبت‌های صحی و رهنمای شما برای هدایات طبی از قبل تعیین شده اورگن در ویب‌سایت سازمان صحی اورگن موجود است.
- در بخش‌های 1، 2، 5، 6 و 7 شما یک نماینده مراقبت صحی تعیین می‌کنید.
  - در بخش‌های 3 و 4 طرز‌العمل‌هایی درباره مراقبت از خود ارائه می‌دهید.

فورم هدایات طبی از قبل تعیین شده به شما این امکان را می‌دهد تا اولویت‌های خود را برای مراقبت‌های صحی بیان کنید. این فورم مشابه دستورات قابل تعمیم برای انجام تدای جهت حفظ زندگی (POLST) نیست که در ORS 127.663 تعریف شده است. می‌توانید در رهنمای مربوط به هدایات طبی از قبل تعیین شده اورگن معلومات بیشتری درباره POLST پیدا نمایید.

اگر آنقدر مریض شوید که نتوانید خودتان صحبت کنید یا اگر نتوانید تصمیمات صحی مربوط به خود را اتخاذ نمایید، این فورم ممکن است در اورگن برای انتخاب شخصی برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های صحی مربوط به شما استفاده شود. این شخص نماینده مراقبت صحی نامیده می‌شود. اگر نماینده مراقبت صحی مناسبی نداشته باشید و آنقدر مریض شده باشید که نتوانید از جانب خودتان صحبت کنید، یک نماینده مراقبت صحی برای شما به ترتیب اولویت تعیین شده در (2) ORS 127.635 منصوب می‌شود و این شخص فقط می‌تواند تصمیم بگیرد در صورتی که یکی از شرایط مندرج در (1) ORS 127.635 را دارید، از انجام تدای‌های حفظ زندگی خودداری کند یا آنها را لغو کند.

همچنان این فورم به شما اجازه می‌دهد تا ارزش‌ها و باورهای خود را با توجه به تصمیمات مراقبت‌های صحی و ترجیحات خود برای مراقبت‌های صحی بیان کنید.

اگر در گذشته یک هدایات طبی از قبل تعیین شده را مکمل کرده‌اید، این هدایات جدید، هر نوع هدایات قدیمی را تبدیل خواهد کرد.

شما باید این فورم را امضا کنید تا لازم الاجرا باشد. همچنان باید دو شاهد یا یک مدیر دفتر اسناد رسمی شهادت دهند. انتصاب یک نماینده مراقبت صحتی برای شما تا وقتی که نماینده مراقبت صحتی این انتصاب را نپذیرد، مؤثر نیست.

اگر هدایات طبی از قبل تعیین شده شما بشمول طرز العمل‌هایی در مورد لغو حفظ زندگی یا تغذیه با تیوب باشد، می‌توانید هدایات طبی از قبل تعیین شده خود را هر وقت که بخواهید و به هر نحوی که خواست شما را برای لغو آن بیان کند، لغو کنید.

در موارد دیگر، تا زمانی که توانایی اتخاذ تصمیمات صحتی را داشته باشید، می‌توانید هدایات طبی از قبل تعیین شده خود را هر وقت که بخواهید و به هر شکلی لغو کنید.

### فورم هدایات طبی از قبل تعیین شده

1. درباره من		
نام (کوچک، میانی، کلان):	تاریخ تولد:	
نمبر تلفون: خانه	محل کار	تلفون همراه
آدرس:		ایمیل:

2. نماینده مراقبت صحتی من		
من شخص ذیل را منحصیث نماینده مراقبت صحتی خود انتخاب می‌کنم تا اگر نتوانم از جانب خود صحبت کنم، تصمیمات مربوط به مراقبت‌های صحتی را برای من اتخاذ کند.		
نام (کوچک، میانی، کلان):	نسبت:	
نمبر تلفون: خانه	محل کار	تلفون همراه
آدرس:		ایمیل:

اگر اولین انتخاب من برای تصمیم‌گیری درباره مراقبت‌های صحی مربوط به من در دسترس نباشد، یا اگر انتصاب اولین نماینده مراقبت صحی را لغو کنم، اشخاص ذیل را به حیث نمایندگان مراقبت صحی بدیل انتخاب می‌کنم.

اولین نماینده بدیل مراقبت صحی		
نسبت:	نام (کوچک، میانی، کلان):	
تلفون همراه	محل کار	نمبر تلفون: خانه
ایمیل:	آدرس:	

دومین نماینده بدیل مراقبت صحی		
نسبت:	نام (کوچک، میانی، کلان):	
تلفون همراه	محل کار	نمبر تلفون: خانه
ایمیل:	آدرس:	

### 3. طرز العمل‌های مراقبت‌های صحی من

این بخش محل بیان خواسته‌ها، ارزش‌ها و اهداف مراقبتی شماست. طرز العمل‌های شما نماینده مراقبت صحی و ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی را راهنمایی می‌کند.

می‌توانید با انتخاب گزینه‌های ذیل، راهنمایی مربوط به مراقبت خود را ارائه دهید. این موارد حتی اگر شما نماینده مراقبت صحی خود را انتخاب نکنید یا در صورت عدم دسترسی به او تطبیق می‌شوند.

#### A. تصمیمات مربوط به مراقبت‌های صحی من

در ذیل سه موقعیت برای بیان خواسته‌هایتان وجود دارد. آنها به شما کمک می‌کنند درباره انواع تصمیمات حمایت از زندگی که نماینده مراقبت صحی شما می‌تواند با آنها روبرو شود فکر کنید. برای هر کدام، یک گزینه را انتخاب کنید که بیشتر با خواسته‌های شما مطابقت دارد.

## a. مشکل لاعلاج

چیزی که من تحت این شرایط می‌خواهم:

- من به مریضی مصاب هستم که قابل تداوی یا قابل برگشت نیست

و

- ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی من به این عقیده هستند که صرف نظر از هر نوع تداوی، در شش ماه باعث مرگ من خواهد شد.

### فقط یک گزینه را انتخاب نمایید

\_\_\_\_\_ می‌خواهم تمام تداوی‌های موجود را برای حفظ زندگی خود امتحان کنم، مانند تغذیه و آبرسانی مصنوعی با تیوب‌های تغذیه، مایعات داخل وریدی، دیالیز کلیه و دستگاه‌های تنفس انجام شود.

\_\_\_\_\_ می‌خواهم سعی کنم زندگی خود را با تغذیه و آبرسانی مصنوعی با تیوب‌های تغذیه و مایعات داخل وریدی حفظ کنم. نمی‌خواهم تداوی‌های دیگری مانند دیالیز کلیه و دستگاه‌های تنفسی زندگی‌ام را حفظ کند.

\_\_\_\_\_ نمی‌خواهم تداوی‌هایی مانند تغذیه و آبرسانی مصنوعی با تیوب‌های تغذیه، مایعات داخل وریدی، دیالیز کلیه یا دستگاه‌های تنفسی برای حفظ زندگی‌ام صورت گیرد. می‌خواهم راحت باشم و اجازه بدهند طرز طبیعی بمیرم.

\_\_\_\_\_ می‌خواهم که نماینده مراقبت صحتی من بعد از صحبت با ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی و در نظر گرفتن مواردی که برای من مهم است، برای من تصمیم بگیرد. آنچه را که برای من مهم است در بخش B ذیل بیان کرده‌ام.

## b. مریضی پیشرونده پیشرفته

چیزی که من تحت این شرایط می‌خواهم:

- من به مریضی مصاب هستم که در مرحله پیشرفته است.

و

- ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی من معتقد هستند که مریضی من خوب نمی‌شود و به احتمال زیاد در مرور زمان بدتر می‌شود و باعث مرگ می‌شود.

و

- ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی من معتقد هستند که من هیچ‌گاه نمی‌توانم کارهای ذیل را انجام دهم:

« برقراری ارتباط

« مصرف آب و غذا بطور امن

« مراقبت از خود

« تشخیص فامیل خود و اشخاص دیگر

**فقط یک گزینه را انتخاب نمایید**

_____ می‌خواهم تمام تداوی‌های موجود را برای حفظ زندگی خود امتحان کنم، مانند تغذیه و آبرسانی مصنوعی با تیوب‌های تغذیه، مایعات داخل وریدی، دیالیز کلیه و دستگاه‌های تنفس انجام شود.	_____
_____ می‌خواهم سعی کنم زندگی خود را با تغذیه و آبرسانی مصنوعی با تیوب‌های تغذیه و مایعات داخل وریدی حفظ کنم. نمی‌خواهم تداوی‌های دیگری مانند دیالیز کلیه و دستگاه‌های تنفسی زندگی‌ام را حفظ کند.	_____
_____ نمی‌خواهم تداوی‌هایی مانند تغذیه و آبرسانی مصنوعی با تیوب‌های تغذیه، مایعات داخل وریدی، دیالیز کلیه یا دستگاه‌های تنفسی برای حفظ زندگی‌ام صورت گیرد. می‌خواهم راحت باشم و اجازه بدهند طرز طبیعی بمیرم.	_____
_____ می‌خواهم که نماینده مراقبت صحی من بعد از صحبت با ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی و در نظر گرفتن مواردی که برای من مهم است، برای من تصمیم بگیرد. آنچه را که برای من مهم است در بخش B ذیل بیان کرده‌ام.	_____

**c. عدم هشپاری دائمی**

چیزی که من تحت این شرایط می‌خواهم:

- من هشپار نیستم.
- و
- اگر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی من بر این باور باشند که بسیار بعید است که دوباره هوشپار شوم.

**فقط یک گزینه را انتخاب نمایید**

_____ می‌خواهم تمام تداوی‌های موجود را برای حفظ زندگی خود امتحان کنم، مانند تغذیه و آبرسانی مصنوعی با تیوب‌های تغذیه، مایعات داخل وریدی، دیالیز کلیه و دستگاه‌های تنفس انجام شود.	_____
_____ می‌خواهم سعی کنم زندگی خود را با تغذیه و آبرسانی مصنوعی با تیوب‌های تغذیه و مایعات داخل وریدی حفظ کنم. نمی‌خواهم تداوی‌های دیگری مانند دیالیز کلیه و دستگاه‌های تنفسی زندگی‌ام را حفظ کند.	_____
_____ نمی‌خواهم تداوی‌هایی مانند تغذیه و آبرسانی مصنوعی با تیوب‌های تغذیه، مایعات داخل وریدی، دیالیز کلیه یا دستگاه‌های تنفسی برای حفظ زندگی‌ام صورت گیرد. می‌خواهم راحت باشم و اجازه بدهند طرز طبیعی بمیرم.	_____

\_\_\_\_\_ می‌خواهم که نماینده مراقبت صحتی من بعد از صحبت با ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی و در نظر گرفتن مواردی که برای من مهم است، برای من تصمیم بگیرد. آنچه را که برای من مهم است در بخش B ذیل بیان کرده‌ام.

می‌توانید در جای خالی ذیل بنویسید یا صفحاتی را ضمیمه کنید تا درباره نوع مراقبتی که می‌خواهید یا نمی‌خواهید معلومات بیشتری ارائه دهید.

### **B. آنچه از نظر من و برای من بسیار مهم است**

این بخش فقط زمانی تطبیق می‌شود که شما دچار مشکل ناعلاج باشید، یک مریضی پیشرفته پیشرونده داشته باشید یا دچار عدم هشیاری دائمی شده باشید. اگر خواهان استفاده از این بخش هستید، می‌توانید مواردی را که واقعاً از نظر شما و برای شما مهم هستند، در میان بگذارید. این کار به نماینده مراقبت صحتی شما کمک می‌کند.

مواردی که باید درباره آنچه در زندگی من برای من مهم است بدانید:

مواردی که در زندگی بیش از هر چیزی برای آنها ارزش قائل هستم:

مواردی که در زندگی من برایم مهم هستند:

اگر امکان حمایت از من وجود نداشته باشد و موارد ذیل در مورد من صدق نکند، پروسیجرهای حفظ زندگی را نمی‌خواهم:

**تمام موارد مربوطه را علامت بزنید**

\_\_\_\_\_ ضروریاتم را بیان کنم

\_\_\_\_\_ عاری از درد و رنج شدید طولانی مدت باشم

\_\_\_\_\_ بدانم که چه کسی هستم و با چه کسی هستم

\_\_\_\_\_ بدون اتصال به دستگاه حفظ علایم حیاتی زندگی کنم

\_\_\_\_\_ در فعالیتهایی که برای من مهم هستند، مانند موارد ذیل اشتراک کنم:

اگر می‌خواهید معلومات بیشتری ارائه دهید تا به نماینده مراقبت صحتی خود کمک کنید بفهمد چه چیزی برای شما مهم است، آن را اینجا بنویسید. (بطور مثال: من مراقبتی نمی‌خواهم که باعث...)

#### C. عقاید معنوی من

آیا اعتقادات معنوی یا مذهبی دارید که می‌خواهید نماینده مراقبت صحتی خود و کسانی که از شما مراقبت می‌کنند بدانند؟ آنها می‌توانند بشمول مناسک، مراسم مقدس، خودداری از انتقال فرآورده‌های خونی و موارد دیگر باشند.

می‌توانید در جای خالی ذیل بنویسید یا صفحاتی را ضمیمه کنید تا بیشتر در مورد اعتقادات معنوی یا مذهبی خود بگویید.

#### 4. معلومات بیشتر

اگر می‌خواهید نماینده مراقبت صحتی و ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی معلومات بیشتری درباره شما داشته باشند، از این بخش استفاده نمایید.

#### A. زندگی و ارزش‌ها

در قسمت ذیل می‌توانید معلوماتی در مورد زندگی و ارزش‌های خود به اشتراک بگذارید. این کار می‌تواند به نماینده مراقبت صحتی و ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی کمک کند تا در مورد مراقبت‌های صحتی شما تصمیم بگیرند. این معلومات ممکن است بشمول سابقه فامیلی، تجربیات مربوط به مراقبت‌های صحتی، سابقه فرهنگی، وظیفه، سیستم حمایت اجتماعی و موارد دیگر باشد.

می‌توانید در جای خالی ذیل بنویسید یا صفحاتی را ضمیمه کنید تا درباره زندگی، باورها و ارزش‌های خود معلومات بیشتری ارائه دهید.

#### B. محل مراقبت

اگر در مورد محل دریافت مراقبت حق انتخاب داشته باشید، کجا را ترجیح می‌دهید؟ آیا مکان‌هایی وجود دارد که می‌خواهید یا نمی‌خواهید در آنجا مراقبت دریافت کنید؟ (بطور مثال، شفاخانه، خانه سالمندان، مرکز صحت روان، مرکز مراقبت از کلان‌سالان، مرکز همیاری زندگی، خانه خودتان.)

می‌توانید در جای خالی ذیل بنویسید یا صفحاتی را ضمیمه کنید تا درباره مکان‌هایی که ترجیح می‌دهید در آنجا مراقبت دریافت کنید یا نکنید، معلومات بیشتری ارائه دهید.



### C. غیره

می‌توانید اسناد دیگری را که فکر می‌کنید برای نماینده مراقبت صحی و ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی موثر هستند، به این فورم ضمیمه کنید. آنچه ضمیمه می‌کنید بخشی از هدایات طبی از قبل تعیین شده شما خواهد بود. می‌توانید اسنادی را که ضمیمه کرده‌اید در جای خالی ذیل لست کنید.

### D. اطلاع دادن به دیگران

می‌توانید به نماینده مراقبت صحی خود اجازه بدهید (تا جایی که تحت قوانین حریم شخصی ایالتی و فدرال مجاز است) به ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی اجازه دهد تا در مورد وضعیت صحی و مراقبت شما با اشخاصی که در ذیل نام می‌برید صحبت کنند. فقط نماینده مراقبت صحی شما می‌تواند درباره مراقبت شما تصمیم بگیرد.

نسبت:	نام (کوچک، میانی، کلان):	
تلفون همراه	محل کار	نمبر تلفون: خانه
ایمیل:	آدرس:	

### 5. امضای من

امضای من \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

### 6. شاهد

وقتی امضا کردید، بخش A یا B را مکمل کنید

**A. سردفتر**

ایالت \_\_\_\_\_

کانتی \_\_\_\_\_

نزد من امضا یا تصدیق شده است

توسط \_\_\_\_\_

تاریخ \_\_\_\_\_

دفتر اسناد رسمی اورگن

**B. اظهارنامه شاهد**

من شخصا شخصی که این فورم را مکمل می‌کند می‌شناسم یا سند هویتی خود را ارائه نموده است. این شخص این سند را در حضور من امضا یا تأیید نموده است و به نظر می‌رسد تحت اجبار نیست و هدف و تأثیر این فورم را درک می‌کند. ضمن این، من نماینده مراقبت صحی شخص یا نماینده مراقبت صحی بدیل آن شخص نیستم، و ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی حاضر برای آن شخص نیستم.

نام شاهد (با حروف خوانا و برجسته) \_\_\_\_\_

امضاء \_\_\_\_\_

تاریخ \_\_\_\_\_

نام شاهد (با حروف خوانا و برجسته) \_\_\_\_\_

امضاء \_\_\_\_\_

تاریخ \_\_\_\_\_

## 7. پذیرفته شده از جانب نماینده مراقبت صحی من

من این انتصاب را می‌پذیرم و موافقت می‌کنم که به حیث نماینده مراقبت صحی خدمت کنم.

نماینده مراقبت صحی:

نام با حروف خوانا و برجسته

امضا یا سایر روش‌های تأییدیه

تاریخ

اولین نماینده بدیل مراقبت صحی:

نام با حروف خوانا و برجسته

امضا یا سایر روش‌های تأییدیه

تاریخ

دومین نماینده بدیل مراقبت صحی:

نام با حروف خوانا و برجسته

امضا یا سایر روش‌های تأییدیه

تاریخ

دسترسی به اسناد: OHA می‌تواند برای اشخاص دارای معلولیت یا اشخاصی که به زبانی غیر از انگلیسی صحبت می‌کنند، معلومات را در قالب‌های بدیل مانند ترجمان، چاپ کلان یا خط بریل ارائه دهد. با مرکز معلومات صحی به نمبر 1-971-673-2411، TTY 711 یا [COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us) به تماس شوید.