

مرحله 1: نماینده خدمات درمانی خود را انتخاب کنید.

فرد مطمئنی را برای گرفتن تصمیمات درمانی برای شما، در مواردی که خودتان قادر به تصمیم‌گیری نباشید، انتخاب کنید. این فرد را از میان اطرافیان، یعنی بستگان یا آشنایان خود انتخاب کنید. فردی را به عنوان نماینده خدمات درمانی خود انتخاب کنید. از آن فرد بپرسید که آیا مایل است این کار را برای شما انجام دهد یا خیر.

یکی از دوستان یا بستگان دارای شرایط زیر را انتخاب کنید:

- حداقل 18 ساله و کاملاً با شما آشنا باشد
- مایل به انجام دادن این کار باشد
- قادر به گرفتن تصمیمات دشوار بر اساس خواسته‌های شما باشد
- اطلاعاتی را که شما در این پاکت ارائه کرده‌اید، به ارائه دهندگان خدمات درمانی و بستگان شما منتقل کند
- محل ارائه خدمات درمانی به شما را تعیین کند
- ارائه‌دهندگان خدمات درمانی را انتخاب یا عزل کند
- داروها، آزمایش‌ها و درمان‌ها را بپذیرد/رد کند
- مشخص کند که پس از مرگ شما باید چه اتفاقی برای بدن یا اندام‌های شما بیفتد
- اقدام قانونی لازم برای عملی کردن خواسته‌های شما را انجام دهد

نماینده شما **نباید** پزشک شما یا از کارکنان بیمارستان یا درمانگاه ارائه‌دهنده مراقبت باشد، مگر این که چنین فردی یکی از بستگان شما باشد.

نام نماینده خدمات درمانی خود را مشخص کنید.

1) در صورتی که من قادر به گرفتن تصمیمات پزشکی نباشم، این شخص می‌تواند به جای من تصمیم بگیرد:

| | | |
|-----------------------|--------------------|-------|
| نام | نام خانوادگی | نسبت |
| شماره تلفن منزل/همراه | شماره تلفن محل کار | ایمیل |
| نشانی خیابان | شهر | ایالت |
| | کد زیپ | |

اگر شخص اول نتواند برای من تصمیمات پزشکی بگیرد، شخص زیر می‌تواند این کار را انجام دهد:

| | | |
|-----------------------|--------------------|-------|
| نام | نام خانوادگی | نسبت |
| شماره تلفن منزل/همراه | شماره تلفن محل کار | ایمیل |
| نشانی خیابان | شهر | ایالت |
| | کد زیپ | |

2) در کنار جمله‌ای که با آن موافقت، یک X بگذارید:

_____ نماینده خدمات درمانی **فقط** در صورتی می‌تواند برای من تصمیم بگیرد که من دیگر توانایی تصمیم‌گیری نداشته باشم
یا
_____ نماینده خدمات درمانی **بلافاصله** پس از امضا شدن این فرم می‌تواند برای من تصمیم بگیرد.

| | |
|---|------------|
| این دستور العمل پیشاپیش متعلق است به: (نام و نام خانوادگی خود را با حروف بزرگ غیرشکسته روی این خط بنویسید) | تاریخ تولد |
| این دستور العمل پیشاپیش و گمارش نماینده خدمات درمانی، با بخشهای درخواست در فصلهای 1 و 2 از «قانون تصمیمات درمانی یکدست کالیفرنیا» (بخشهای 4670 تا 4701 از قانون انحصار وراثت کالیفرنیا) سازگار است. | صفحه 1 |

مرحله 2: برای خود تصمیمات درمانی بگیرید.

چه چیزی به زندگی شما ارزش می‌دهد؟

1) جسم من (الف یا ب را انتخاب کنید):

_____ الف) صرف نظر از بیماری، ارزش زنده ماندن را دارد

_____ ب) فقط در صورتی ارزش زنده ماندن را دارد که (همه گزینه‌هایی را که درباره شما صدق می‌کند علامت بزنید):

_____ بتوانم با بستگان و دوستانم صحبت کنم

_____ بتوانم از کما خارج شوم

_____ بتوانم غذا بخورم، نفس بکشم یا از خودم مراقبت کنم

_____ بتوانم از درد رها شوم

_____ بتوانم بدون اتصال به دستگاه زنده بمانم

_____ مطمئن نیستم

2) برای من مهم است که در هنگام مرگ (یکی را انتخاب کنید):

_____ در خانه باشم

_____ در بیمارستان یا مرکز درمانی باشم

_____ مهم نیست که در چه مکانی تحت مراقبت باشم

باورهای مذهبی یا معنوی

1) آیا مذهب یا معنویت برای شما مهم است؟

_____ بله _____ خیر

2) آیا به آیین مذهبی یا دینی خاصی پایبند هستید؟ اگر بله، چه آیینی؟

3) پزشکان باید چه چیزهایی درباره باورهای مذهبی یا معنوی شما بدانند؟

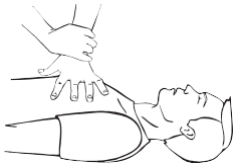
این دستور العمل پیشاپیش متعلق است به: (نام و نام خانوادگی خود را با حروف بزرگ غیرشکسته روی این خط بنویسید) تاریخ تولد

این دستور العمل پیشاپیش و گمارش نماینده خدمات درمانی، با بخشهای درخواست در فصلهای 1 و 2 از «قانون تصمیمات درمانی یکدست کالیفرنیا» (بخشهای 4670 تا 4701 از قانون انحصار وراثت کالیفرنیا) سازگار است.

مرحله 2: برای خود تصمیمات درمانی بگیرید، ادامه

پشتیبانی از زندگی

برای زنده نگه داشتن شما ممکن است از روال‌های پشتیبانی از زندگی استفاده شود. مثلاً:



CPR احیای قلبی-ریه‌ای — شامل موارد زیر:

- فشردن شدید سینه برای حفظ گردش خون
- شوک الکتریکی برای به کار انداختن قلب
- تزریق دارو به درون سیاهرگ

دستگاه تنفس یا ونتیلاتور — این دستگاه هوا را وارد ریه‌های شما می‌کند و از طریق لوله قرار گرفته در گلو به بدن شما هوا می‌رساند. در مدت اتصال به دستگاه شما نمی‌توانید صحبت کنید یا غذا بخورید.



دیالیز — در صورت از کار افتادن کلیه، این دستگاه خون شما را تصفیه می‌کند.

لوله تغذیه — اگر قادر به بلعیدن نباشید، این لوله به بدن شما غذا می‌رساند. این لوله از طریق گلو وارد معده شما می‌شود. ممکن است جاگذاری آن از طریق جراحی انجام بگیرد.

انتقال خون — با این روال خون به سیاهرگ‌های شما تزریق می‌شود.



جراحی و/یا مصرف دارو

در کنار یک عبارتی که بیشتر با آن موافقت، یک X بگذارید.

اگر چنان بیمار باشم که احتمال مرگ من در آینده نزدیک وجود داشته باشد:

_____ همه اقدامات پشتیبانی از زندگی را که پزشک من سودمند تشخیص می‌دهد، انجام دهید. اگر این اقدامات سودمند نباشد و امید چندانی به بهبود من وجود نداشته باشد، مایلم به دستگاه پشتیبان زندگی متصل بمانم، حتی اگر دچار رنج باشم.

_____ همه اقدامات پشتیبانی از زندگی را که پزشک من سودمند تشخیص می‌دهد، انجام دهید. اگر این اقدامات سودمند نباشد و امید چندانی به بهبود من وجود نداشته باشد، نمی‌خواهم به دستگاه پشتیبان زندگی متصل بمانم. اگر دچار رنج باشم، مایلم که اقدامات پشتیبانی از زندگی متوقف شود تا بتوانم مرگ راحتی داشته باشم.

_____ مایل به استفاده از اقدامات پشتیبانی از زندگی نیستم. می‌خواهم بر روی راحتی خود متمرکز شوم. ترجیح می‌دهم مرگ طبیعی داشته باشم.

_____ تصمیم‌گیری را به نماینده خدمات درمانی واگذار می‌کنم.

_____ مطمئن نیستم که می‌خواهم چه کار کنم.

این دستور العمل پیشاپیش متعلق است به: (نام و نام خانوادگی خود را با حروف بزرگ غیرشکسته روی این خط بنویسید) تاریخ تولد

این دستور العمل پیشاپیش و گمارش نماینده خدمات درمانی، با بخشهای درخواست در فصلهای 1 و 2 از «قانون تصمیمات درمانی یکدست کالیفرنیا» (بخشهای 4670 تا 4701 از قانون انحصار وراثت کالیفرنیا) سازگار است. صفحه 3

مرحله 2: برای خود تصمیمات درمانی بگیرید، ادامه

اهدای عضو

پزشک ممکن است درباره اهدای عضو و کالبدشکافی پس از مرگ از شما سوال کند. با اهدای عضو می‌توانید جان انسان‌ها را نجات دهید. در کنار **یک** عبارتی که بیشتر با آن موافقت، یک **X** بگذارید.

_____ می‌خواهم اعضای بدن خود را اهدا کنم:

_____ همه اعضا، هر عضوی که ممکن است سودمند باشد.

_____ فقط اعضای معین (اعضا یا بافت‌هایی را که مایل به اهدای آنها هستید، مشخص کنید).

_____ نمی‌خواهم هیچ یک از اعضای بدنم را اهدا کنم.

_____ تصمیم‌گیری را به نماینده خدمات درمانی واگذار می‌کنم.

_____ مطمئن نیستم که می‌خواهم چه کار کنم.

کالبدشکافی

کالبدشکافی ممکن است پس از مرگ برای یافتن دلیل مرگ فرد انجام بگیرد. کالبدشکافی نوعی عمل جراحی است. این عمل ممکن است چند روز زمان ببرد. در برخی موارد، ممکن است الزام قانونی برای کالبدشکافی وجود داشته باشد. در کنار **یک** عبارتی که بیشتر با آن موافقت، یک **X** بگذارید.

_____ موافق کالبدشکافی هستم.

_____ مخالف کالبدشکافی هستم.

_____ فقط در صورتی موافق کالبدشکافی هستم که دلیل (دلایل) مرگ من مبهم باشد.

_____ تصمیم‌گیری را به نماینده خدمات درمانی واگذار می‌کنم.

_____ مطمئن نیستم که می‌خواهم چه کار کنم.

این دستور العمل پیشاپیش متعلق است به: (نام و نام خانوادگی خود را با حروف بزرگ غیرشکسته روی این خط بنویسید) تاریخ تولد

این دستور العمل پیشاپیش و گمارش نماینده خدمات درمانی، با بخش‌های درخواست در فصل‌های 1 و 2 از «قانون تصمیمات درمانی یکدست کالیفرنیا» (بخش‌های 4670 تا 4701 از قانون انحصار وراثت کالیفرنیا) سازگار است. صفحه 4

مرحله 2: برای خود تصمیمات درمانی بگیرید، ادامه.

دیگر نکاتی که باید در نظر بگیرید

مایلید کدام خواسته‌های شما پس از مرگ مورد توجه قرار بگیرد؟ مثلاً، آیا ملاحظات فرهنگی، مذهبی یا معنوی مربوط به رفتار با جسد وجود دارد که بخواهید گروه خدمات درمانی را از آنها آگاه کنید؟

آیا فردی هست که بخواهید برای امور مربوط به خاکسپاری با او تماس گرفته شود؟ اگر بله، چه کسی؟

این دستورالعمل پیشاپیش متعلق است به: (نام و نام خانوادگی خود را با حروف بزرگ غیرشکسته روی این خط بنویسید) تاریخ تولد

این دستورالعمل پیشاپیش و گمارش نماینده خدمات درمانی، با بخشهای درخواست در فصلهای 1 و 2 از «قانون تصمیمات درمانی یکدست کالیفرنیا» (بخشهای 4670 تا 4701 از قانون انحصار وراثت کالیفرنیا) سازگار است.

مرحله 3: اختیارات نماینده خدمات درمانی را مشخص کنید.

نماینده خدمات درمانی می‌تواند درباره موارد زیر برای شما تصمیم بگیرد:

درمان‌های پشتیبانی از زندگی - مراقبت پزشکی برای افزایش عمر شما:

- CPR یا احیای قلبی-ریوی
- دستگاه تنفس یا ونتیلاتور
- دیالیز
- لوله تغذیه
- انتقال خون
- جراحی
- داروها

مراقبت پایان عمر

اگر احتمال مرگ شما در آینده نزدیک وجود داشته باشد، نماینده خدمات درمانی می‌تواند:

- با رهبر روحانی تماس بگیرد
- درباره مردن شما در منزل یا بیمارستان تصمیم بگیرد
- درباره انجام گرفتن یا نگرفتن کالبدشکافی تصمیم بگیرد
- درباره اهدا شدن یا نشدن اعضای بدن شما تصمیم بگیرد
- درباره محل دفن یا سوزانده شدن شما تصمیم بگیرد

مایلید نماینده خدمات درمانی شما خواسته‌های پزشکی شما را چگونه رعایت کند؟

در کنار یک گزینه‌ای که بیشتر با آن موافقت، یک X بگذارید.

_____ **اختیار تام:** نماینده خدمات درمانی من می‌تواند **هر یک** از تصمیمات پزشکی من را پس از مشورت با پزشک و بنا به صلاحدید خود در آن مقطع زمانی تغییر دهد.

_____ **اختیار نسبی:** نماینده خدمات درمانی من می‌تواند **برخی** از تصمیمات پزشکی من را پس از مشورت با پزشک و بنا به صلاحدید خود در آن مقطع زمانی تغییر دهد.

_____ **اختیار حداقل:** نماینده خدمات درمانی من باید خواسته‌های پزشکی من را با دقت هر چه بیشتر رعایت کند. به تصمیمات من احترام بگذارید، حتی اگر مخالف نظر پزشکان باشد.

برای پاسخ دادن به پرسش‌های زیر، در صورت لزوم می‌توانید از برگه اضافی استفاده کنید.

اینها برخی از خواسته‌های من است که رعایت آنها واقعاً برای من مهم است:

تصمیماتی را که نماینده خدمات درمانی شما **نباید** در آنها دخالت کند، بنویسید:

این دستور العمل پیشاپیش متعلق است به: (نام و نام خانوادگی خود را با حروف بزرگ غیرشکسته روی این خط بنویسید) تاریخ تولد

این دستور العمل پیشاپیش و گمارش نماینده خدمات درمانی، با بخش‌های درخواست در فصل‌های 1 و 2 از «قانون تصمیمات درمانی یکدست کالیفرنیا» (بخش‌های 4670 تا 4701 از قانون انحصار وراثت کالیفرنیا) سازگار است.

مرحله 4: فرم را امضا کنید.

امضای شما

برای این که این فرم معتبر محسوب شود، باید:

- این فرم را، اگر حداقل 18 ساله هستید، امضا کنید
- از دو نفر شاهد بخواهید که فرم را امضا کنید یا آن را به مهر و امضای دفترخانه رسمی برسانید

نام خود و تاریخ را بنویسید.

| | |
|--|------------------|
| امضا | تاریخ |
| نام و نام خانوادگی با حروف بزرگ غیرشکسته | |
| نشانی خیابان | شهر ایالت کد زیپ |

شاهدان

برای این که این فرم معتبر محسوب شود، باید از دو نفر شاهد بخواهید که فرم را امضا کنید یا آن را به مهر و امضای دفترخانه رسمی برسانید.

شاهدان باید:

- حداقل 18 ساله باشند
- شما را بشناسند
- تایید کنند که شما این فرم را امضا کرده‌اید

افراد زیر نمی‌توانند شاهد باشند:

- فردی که او را به عنوان نماینده خدمات درمانی خود انتخاب کرده‌اید
- پزشک شما یا دیگر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی
- کارکنان مرکز پزشکی یا کارکنان ارائه‌دهندگان خدمات درمانی
- افرادی که در محل زندگی شما کار می‌کنند

در ضمن، **حداقل یک** شاهد باید:

- به هیچ عنوان نسبتی با شما نداشته باشد
- از مرگ شما منفعت مادی نبرد، یعنی پول یا مالی به او نرسد
- بازرس یا وکیل بیمار باشد، اگر شما در مرکز پرستاری تخصصی زندگی می‌کنید (به صفحه 9 مراجعه کنید)

اگر دو نفر شاهد نداشته باشید، مهر و امضای دفترخانه باید در صفحه 9 درج شود.

| | |
|--|------------|
| این دستورالعمل پیشاپیش متعلق است به: (نام و نام خانوادگی خود را با حروف بزرگ غیرشکسته روی این خط بنویسید) | تاریخ تولد |
| این دستورالعمل پیشاپیش و گمارش نماینده خدمات درمانی، با بخشهای درخواست در فصلهای 1 و 2 از «قانون تصمیمات درمانی یکدست کالیفرنیا» (بخشهای 4670 تا 4701 از قانون انحصار وراثت کالیفرنیا) سازگار است. | |
| صفحه 7 | |

مرحله 4: فرم را امضا کنید، ادامه.

امضای شاهدان

از شاهدان بخواهید که این صفحه را پر کنند.

با امضا کردن این برگه، تعهد می‌کنم که _____ نام دارنده دستور العمل پیشاپیش امضا شدن این فرم به وسیله او را گواهی کرده‌ام.

به نظر من او از راحتی خیال برخوردار بود و اجباری برای امضا کردن این فرم نداشت.

همچنین تعهد می‌دهم که: **شاهد شماره 1 (دارای امضای زیر) باید تعهد کند که:**

- این فرد را می‌شناسم و او می‌تواند هویت خود را ثابت کند
- حداقل 18 ساله هستم
- نماینده خدمات درمانی او نیستم
- ارائه‌دهنده خدمات درمانی او نیستم
- کارمند ارائه‌دهنده خدمات درمانی او نیستم
- در محل زندگی او کار نمی‌کنم
- به هیچ عنوان نسبتی با او ندارم
- از مرگ او منفعت مادی نبرم، یعنی پول یا مالی به من نرسد

شاهد شماره 1

امضا _____ تاریخ _____

نام و نام خانوادگی با حروف بزرگ غیرشکسته

نشانی خیابان _____ شهر _____ ایالت _____ کد زیپ _____

شاهد شماره 2

امضا _____ تاریخ _____

نام و نام خانوادگی با حروف بزرگ غیرشکسته

نشانی خیابان _____ شهر _____ ایالت _____ کد زیپ _____

این دستور العمل پیشاپیش متعلق است به: (نام و نام خانوادگی خود را با حروف بزرگ غیرشکسته روی این خط بنویسید) تاریخ تولد _____

این دستور العمل پیشاپیش و گمارش نماینده خدمات درمانی، با بخشهای درخواست در فصلهای 1 و 2 از «قانون تصمیمات درمانی یکدست کالیفرنیا» (بخشهای 4670 تا 4701 از قانون انحصار وراثت کالیفرنیا) سازگار است. صفحه 8

دستور العمل پیشاپیش - کالیفرنیا

فقط برای استفاده رسمی

مرحله 4: فرم را امضا کنید - دفترخانه اسناد رسمی، در صورت لزوم.

این فرم را «فقط» در صورتی به دفتر اسناد رسمی ببرید که آن را دو نفر شاهد امضا نکرده باشند. دفترخانه از شما مدرک شناسایی عکس‌دار، مانند گواهی‌نامه رانندگی یا گذرنامه، درخواست خواهد کرد.

**CERTIFICATE OF
ACKNOWLEDGEMENT
OF NOTARY PUBLIC**

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of California

County of _____

On _____ before me, _____
Date Name and title of officer

personally appeared _____ ,
Name(s) of signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____
Signature of notary

(Notary Seal)

فقط برای ساکنان مرکز پرستاری تخصصی کالیفرنیا

فقط در صورت سکونت در آسایشگاه، این فرم را به مدیر آسایشگاه تحویل دهید. طبق قانون کالیفرنیا، ساکنان آسایشگاه باید بازرس آسایشگاه را به عنوان شاهد دستور العمل پیشاپیش معرفی کنند.

اظهارنامه وکیل بیمار یا بازرس

«من با آگاهی از مجازات سوگندشکنی و بر اساس قانون کالیفرنیا اظهار می‌کنم که طبق انتصاب «اداره ایالتی سالخوردگان» وکیل بیمار یا بازرس هستم و بر اساس بخش 4675 از قانون انحصار وراثت، نقش شاهد را نیز دارم.»

امضا

تاریخ

نام و نام خانوادگی با حروف بزرگ غیرشکسته

کد زیپ

ایالت

شهر

نشانی خیابان

این دستور العمل پیشاپیش متعلق است به: (نام و نام خانوادگی خود را با حروف بزرگ غیرشکسته روی این خط بنویسید) تاریخ تولد

این دستور العمل پیشاپیش و گمارش نماینده خدمات درمانی، با بخشهای درخواست در فصلهای 1 و 2 از «قانون تصمیمات درمانی یکدست کالیفرنیا» (بخشهای 4670 تا 4701 از قانون انحصار وراثت کالیفرنیا) سازگار است.

مرحله 5: رونوشت دستور العمل پیشاپیش خود را ارائه کنید.

پس از امضا کردن دستور العمل پیشاپیش و پس از درج شدن امضای شاهد و/یا دفترخانه بر روی آن، نسخه اصل را نزد خود نگه دارید و رونوشت صفحات 9-1 را به مراجع زیر بفرستید:

- نماینده خدمات درمانی
- خانواده
- دوستان
- ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی
- بیمارستان

گزینه‌های بازگرداندن دستور العمل پیشاپیش پر شده:

- رونوشت را در نوبت بعدی مراجعه به پزشک یا بیمارستان ترجیحی Providence St. Joseph Health تحویل دهید.
- رونوشت را درون پاکت پیوست (در صورت وجود) که نیازی به درج نشانی و الصاق تمبر ندارد، بازگردانید.
- رونوشت را با نامبر یا ایمیل (در صورت وجود) به بیمارستان Providence St. Joseph Health ترجیحی خود بازگردانید:

Providence Holy Cross Medical Center
 Providence Saint Joseph Medical Center (Burbank)
 Providence Saint John's Health Center
 Providence Little Company of Mary Medical
 Center Torrance
 Providence Little Company of Mary Medical
 Center San Pedro
به شماره نمابر 310-303-5469

Providence Tarzana Medical Center
به شماره نمابر 818-708-5368

Mission Hospital, Laguna Beach
 Mission Hospital, Mission Viejo
 St. Joseph Hospital Orange
 St. Jude Medical Center
 St. Mary Medical Center
 Petaluma Valley Hospital
 Queen of the Valley Medical Center
 Redwood Memorial Hospital
 Santa Rosa Memorial Hospital
 St. Joseph Hospital, Eureka
به شماره نمابر 714-771-8965

یا

به نشانی الکترونیکی SJMROI@stjoe.org
بفرستید

(موضوع: Advance Directive)

شماره نمابر بیمارستان‌های خارج از این فهرست را از خود آنها دریافت کنید.

پرسش‌های احتمالی خود درباره پر کردن یا بازگرداندن دستور العمل پیشاپیش را با نشانی زیر با ما در میان بگذارید.

Providence.org/InstituteForHumanCaring
310-543-3498

بخشهایی از این کار مشمول «مجوز کرییتیو کامنز Attribution-NonCommercial-ShareAlike» است. برای مشاهده رونوشت این مجوز، به <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> مراجعه یا با Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA مکاتبه کنید.

تاریخ بازبینی: 8/2017

با تشکر ویژه از:

- دکتر ربکا سودور (Rebecca Sudore)، بخش پیرپزشکی دانشگاه کالیفرنیا، سن‌فرانسیسکو
- Cedars-Sinai، لس‌آنجلس، کالیفرنیا