



Попереднє планування медичного обслуговування

ОГЛЯД І ПОПЕРЕДНЄ РОЗПОРЯДЖЕННЯ

Overview and Advance Directive – Ukrainian Translation



This form meets the requirements of Washington state law (ця форма відповідає вимогам, установленим законами штату Вашингтон).

Що таке попереднє планування медичного обслуговування?

Попереднє планування медичного обслуговування стосується того, яку медичну допомогу ви б хотіли отримати в майбутньому. Цей тип планування включає обговорення важливих для вас побажань, їх письмове оформлення та надання до них доступу причетним. Це допоможе в ситуації, коли ви будете не в змозі приймати рішення самостійно. У цьому випадку близькі люди доведеться приймати медичні рішення за вас. Цю особу називають представником із медичних питань, також відомим як повірений, замісник або уповноважена в законному порядку особа, що приймає медичні рішення замість пацієнта.

Важливо, щоб ви підготували свого представника з медичних питань, поділившись із ним своїми побажаннями щодо надання вам медичної допомоги.

Що таке попереднє розпорядження?

Попереднє розпорядження – це добровільний, законний спосіб задокументувати ваші рішення щодо попереднього планування медичного обслуговування. Вам слід поділитись інформацією, представленою в попередньому розпорядженні, з важливими для вас людьми, як-от ваш представник із медичних питань і близькі, а також надати її постачальникам медичних послуг, клініці та лікарні. Попереднє розпорядження слід регулярно оновлювати. Усі повнолітні особи віком від 18 років можуть заповнити попереднє розпорядження.

У штаті Вашингтон є два типи попередніх розпоряджень: 1) довгострокові юридичні повноваження для прийняття медичних рішень і 2) розпорядження про надання медичної допомоги.

Попереднє розпорядження в цій формі – це durable power of attorney for health care (DPOA-HC), довгострокові юридичні повноваження для прийняття медичних рішень). DPOA-HC видається відповідно до законів штату Вашингтон (розділ 11.125 RCW (Звід законів штату

Вашингтон із виправленнями та доповненнями)). У цій формі ви можете призначити свого представника з медичних питань для прийняття медичних рішень щодо вашого здоров'я, якщо ви не можете робити це самостійно. Ця форма також допоможе вам підготувати свого медичного працівника, надавши йому інформацію про ваші цілі, цінності та вподобання. Дослідження показують, що найкращий спосіб забезпечити виконання ваших побажань – це призначити та підготувати свого представника з медичних питань.

Попереднє розпорядження в цій формі не є розпорядженням про надання медичної допомоги (розділ 70.122 RCW). Розпорядження про надання медичної допомоги також відомі як медичні заповіти. Ви можете також заповнити форму розпорядження про надання медичної допомоги – розпорядження про скасування або припинення лікування із застосуванням обладнання для підтримки життя пацієнта у випадках, передбачених законами штату Вашингтон. Щоб отримати додаткову інформацію стосовно розпорядження про надання медичної допомоги, зверніться до свого постачальника медичних послуг або відвідайте вебсайт: www.HonoringChoicesPNW.org.

Хто такий представник із медичних питань?

Представник із медичних питань – це особа, яку ви обираєте для прийняття медичних рішень щодо вашого здоров'я на випадок, коли ви не зможете робити це самостійно. Ви повинні розповісти своєму представнику з медичних питань, що для вас важливо, наприклад ваші особисті цінності та цілі лікування. Ця інформація може допомогти вашому представнику з медичних питань і постачальникам медичних послуг

приняти найкращі рішення від вашого імені, якщо ви не зможете робити це самостійно. Заповнюючи це попереднє розпорядження (довгострокові юридичні повноваження для прийняття медичних рішень), ви дозволяєте цій особі разом із лікарями приймати медичні рішення щодо надання вам медичної допомоги. Ваш представник із медичних питань не несе особистої фінансової відповідальності за медичну допомогу, яку він обирає для вас як ваш представник із медичних питань.

Яким має бути хороший представник із медичних питань?

Вашому представнику з медичних питань СЛІД:

- ✓ Розуміти, які зобов'язання має представник із медичних питань, і бути готовим їх виконувати.
- ✓ Розповідати про ваші цілі, цінності та побажання вашим постачальникам медичних послуг і пояснювати, що для вас означає «добре жити» та «гарний день».
- ✓ Виконувати ваші рішення, навіть якщо він із ними не погоджується.
- ✓ Бути в змозі приймати рішення в складних і стресових умовах.

Ваш представник із медичних питань НЕ МАЄ бути:

- ✗ Неповнолітньою особою віком до 18 років.
- ✗ Вашим лікарем або його підлеглим (крім випадків, коли вони не є вашою дружиною або чоловіком, офіційно зареєстрованим у цивільному шлюбі партнером, одним із батьків, повнолітньою дитиною або повнолітнім братом або сестрою).
- ✗ Власником, директором або працівником закладу медичного або довготривалого догляду, у якому ви лікуєтесь або живете (крім випадків, коли вони не є вашою дружиною або чоловіком, офіційно зареєстрованим у цивільному шлюбі партнером, одним із батьків, повнолітньою дитиною або повнолітнім братом або сестрою).



Що може робити представник із медичних питань?

Вашого представника з медичних питань попросять приймати медичні рішення щодо вашого здоров'я замість вас, якщо ви не можете робити це самостійно. Ваш представник із медичних питань може використовувати інформацію, яку ви надаєте в цому попередньому розпорядженні та під час розмов, щоб направляти ваше лікування.

Згідно з законами штату та його розумінням ваших цілей, цінностей і вподобань, ваш представник із медичних питань може:

- Приймати рішення щодо лікування та хірургічного втручання, зокрема про використання серцево-легеневої реанімації (СЛР), дихального апарату, зонду для годування та інших методів лікування.
- Приймати рішення про припинення лікування за допомогою апаратів для підтримки життєдіяльності та зосередження на паліативній допомозі.
- Переглядати та надавати інформацію з ваших медичних записів для надання вам медичної допомоги та/або подавати заявку на медичне страхування від вашого імені.
- Обирати постачальників медичних послуг і організації для надання вам медичної допомоги.

Що таке СЛР?

Серцево-легенева реанімація, або СЛР – це процедура, яка використовується в разі зупинки серця та дихання. СЛР найефективніше спрацьовує, якщо ваше тіло здорове й СЛР застосовується відразу після зупинки серця. Ефективність СЛР є маломовірною, якщо ваш організм слабкий, ви в похилому віці або у вас серйозне захворювання.

Якщо ви виживете, вам може знадобитись апарат штучної вентиляції легенів (дихальний апарат), адже легені будуть ослаблені. Важливо поговорити з вашими лікарями про те, чи відповідає СЛР вашим цілям.

Стандартна процедура надання медичної допомоги в штаті Вашингтон передбачає проведення СЛР людям у разі зупинення серця та дихання. Надання інформації про ваші побажання щодо реанімації в цій формі DPOA-HC може впливати на хід лікування у вашому «кодовому статусі» в разі вашої госпіталізації. Кодовий статус означає тип невідкладної допомоги, яку людина отримає або не отримає в лікарні в разі зупинення її серця або дихання.

Деякі люди, які відмовилися від проведення СЛР у лікарні, також не хочуть, щоб їм проводили СЛР в інших установах. У цьому випадку вам слід запитати у вашого лікаря про можливість заповнення Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST, чинні в усіх закладах медичні вказівки щодо життезабезпечення пацієнта). POLST – це медичні вказівки, які повідомляють про рішення пацієнта щодо надання медичної допомоги службам надання невідкладної допомоги та іншим медичним працівникам.

Що таке підтримка життєдіяльності?

Лікування з використанням засобів для підтримки життя (або підтримки життєдіяльності) – це медичні процедури, що підтримують життя пацієнта за рахунок підтримання або заміщення важливих функцій організму. Ці засоби не допомагають вилікувати захворювання. Вони підтримують життя доти, доки пацієнту або стане краще, або ж апарати життезабезпечення відключать і йому дозволять померти природним шляхом. Прикладами засобів для підтримки життя є: СЛР, дихальні апарати, зонди для годування, переливання крові та діаліз нирок. Важливо знати, що знеболення та забезпечення комфорту є частиною планового догляду та не вважається засобами для підтримки життя.



Що відбудеться, якщо я не призначу свого представника з медичних питань?

Якщо ви не зможете самостійно приймати рішення щодо надання вам медичної допомоги, але не призначили заздалегідь свого представника з медичних питань, ваш лікар звернеться до закону штату Вашингтон, щоб визначити, хто може приймати за вас медичні рішення. Таким чином, вони попросять членів вашої родини або ваших друзів приймати рішення про надання вам медичної допомоги від вашого імені.

Якщо медичним працівникам не вдалося зв'язатися з жодним членом родини або другом із наведеною нижче списку, вони можуть звернутися до суду з проханням призначити опікуна для прийняття рішень щодо надання вам медичної допомоги від вашого імені.

Постачальники медичних послуг будуть зв'язуватися з цими особами в такому порядку, доки вони не зможуть визначити для вас особу, яка прийматиме медичні рішення за вас (розділ 7.70.065 RCW).

1. Опікун, призначений судом (за наявності)
2. Призначений представник із медичних питань*
3. Дружина або чоловік чи зареєстрований у цивільному шлюбі партнер
4. Повнолітні діти*
5. Батьки*
6. Повнолітні брат або сестра*
7. Повнолітні онуки, які знайомі з пацієнтом*
8. Повнолітні племінниці або племінники, які знайомі з пацієнтом*
9. Повнолітні тітки та дядьки, які знайомі з пацієнтом*
10. Близький повнолітній друг, який відповідає певним вимогам

* У будь-якій групі, яка складається з більше ніж однієї особи, кожен член групи повинен дати згоду на лікування.

У яких випадках може застосуватися?

Призначення вашої дружини або чоловіка вашим представником із медичних питань

Якщо в цій формі ви призначаєте свою дружину або чоловіка або зареєстрованого в цивільному шлюбі партнера своїм представником із медичних питань, вони перестануть бути вашим представником із медичних питань у випадку подання заяви про розірвання, анулювання шлюбу або розлучення (розділ 11.125.100 RCW). Однак ця форма дає змогу залишити їх у статусі представника з медичних питань навіть після розлучення.

Якщо цей варіант вам підходить, поставте підпис на сторінці 1 цієї форми біля наведеної твердження: «Якщо я призначаю свого чоловіка або дружину чи зареєстрованого в цивільному шлюбі партнера моїм представником із медичних питань і пізніше ми подаємо заяву на розірвання, анулювання шлюбу або розлучення, я хочу, щоб він/вона й надалі виконував(-ла) обов'язки моого представника з медичних питань.»

Я не признаю своего представника з медичных питань у цій формі

Неважаючи на те, що головною метою цієї форми є призначення представника з медичних питань щодо вашого здоров'я, ви можете його не призначати. Якщо ви не признаєте свого представника з медичних питань, ваш лікар звернеться до закону штату Вашингтон, щоб визначити, хто може приймати за вас медичні рішення (розділ 7.70.065 RCW).

Якщо ви заповните інші розділи в цій формі, її слід вважати заявою про особисті цінності, а не попереднім розпорядженням. Заява про особисті цінності – це узагальнення ваших цілей, цінностей і вподобань. Ця інформація може допомогти вашому представнику з медичних питань приймати рішення від вашого імені.

Якщо цей варіант вам підходить, поставте підпис на сторінці 1 цієї форми біля наведеної твердження: «Я не признаю своего представника з медичных питань. Оскільки в цій формі я назначаю мої прагнення та цінності, її слід вважати заявою про особисті цінності, а не попереднім розпорядженням.»

У цьому випадку ви можете також заповнити форму розпорядження про надання медичної допомоги, також відоме як медичний заповіт, – розпорядження про скасування або припинення лікування із застосуванням обладнання для підтримки життя пацієнта у випадках, передбачених законами штату Вашингтон. Щоб отримати додаткову інформацію, зверніться до свого постачальника медичних послуг або відвідайте вебсайт: www.HonoringChoicesPNW.org

Що мені робити з цим попереднім розпорядженням?

Після заповнення цього попереднього розпорядження вам слід поділитися наведеною інформацією з важливими для вас людьми, як-от ваш представник із медичних питань і близькі, а також надати її постачальникам медичних послуг, клініці та лікарні. Якщо це вас стосується, поділіться копіями розпорядження з працівниками будинку для літніх людей або закладу догляду, у якому ви перебуваєте. Важливо, щоб у всіх перелічених осіб були копії.

Що робити, якщо мое рішення зміниться?

Якщо ви зміните рішення, зазначені у вашому попередньому розпорядженні, повідомте про це всім, у кого є копія розпорядження, включно з вашим представником із медичних питань, близькими людьми, лікарями, працівниками клініки та лікарні. Ви можете відкликати або скасувати своє попереднє розпорядження в будь-який момент. Вам потрібно буде усно або письмово (написавши листа з указаною датою та підписом) повідомити своєму лікарю, що ви хочете скасувати розпорядження. Важливо заповнити нове попереднє розпорядження. Обов'язково надайте копії нового розпорядження важливим для вас людям, як-от ваш представник із медичних питань і близькі, а також постачальникам медичних послуг, клініці та лікарні.

Що стосовно донорства органів і тканин?

Якщо ви хочете бути донором, повідомте про це вашому представнику з медичних питань, членам родини та лікарям. Ви також можете залишити ваші побажання стосовно донорства органів, тканин і очей на сайті www.registerme.org.

Хто приймає рішення про те, що станеться з моїм тілом після смерті?

Ця форма не визначає порядок поховання вашого тіла. Ви можете заповнити форму, яка містить інструкції щодо поводження з вашим тілом після смерті відповідно до законів штату (розділ 68.50.160 RCW).

З ким я можу зв'язатися, якщо мені потрібна допомога з попереднім плануванням медичного обслуговування?

Honoring Choices PNW до ваших послуг. Відвідайте вебсайт www.honoringchoicespnw.org/locations або зв'яжіться з нами за адресою info@honoringchoicespnw.org, щоб отримати допомогу.

УВАГА ПОСТАЧАЛЬНИКИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ (ATTENTION HEALTH CARE PROVIDERS)

МОЄ ІМ'Я (MY NAME): _____

МОЯ ДАТА НАРОДЖЕННЯ (MY DATE OF BIRTH): / /

МІЙ ПОСТАЧАЛЬНИК МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ
(MY HEALTH CARE PROVIDER): _____

РОБОЧИЙ ТЕЛЕФОН ПОСТАЧАЛЬНИКА МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ
(PROVIDER OFFICE PHONE): () _____

ПОВАЖАЙТЕ МОЇ ПОБАЖАННЯ (PLEASE HONOR MY WISHES)

МІЙ ПРЕДСТАВНИК ІЗ МЕДИЧНИХ ПИТАНЬ (призначений у DPOA-HC):
(MY HEALTH CARE AGENT (named on DPOA-HC)): _____

КОНТАКТНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (BEST PHONE): () _____

МОЄ ПОПЕРЕДНЕ РОЗПОРЯДЖЕННЯ POLST МОЖНА ЗНАЙТИ ТУТ:
MY ADVANCE DIRECTIVE POLST CAN BE FOUND AT: _____

የሰማያዊ ወከል ክንክን ጥና
NAMING A HEALTH CARE AGENT

አብ ገብረ ክመል በተከሳል ካነታች

Situations that may apply:

አቶ አብ ታክስ ከላው መግለጫ ስት የኩና ክምልከት መግለጫዎን አብ ገብ ፈርማ፡፡ አብ የኩና ክምልከት መግለጫ ስት አገልግሎት ክትሰሳል እኩል እኩ፡፡ የኩና ክምልከት፡- አዲሱ ትክክለዋል ACP ላይ፡፡ የኩና ክምልከት መግለጫ ስት አገልግሎት ክትሰሳል እኩል እኩ፡፡

Initial next to the statements below that apply to you. You may draw a line through statements that do not apply to you. For more information: see the ACP Overview, visit www.HonoringChoicesPNW.org, or talk with your health care provider.

የደ-ለው ገዢል ክትክን ፍቃድ
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

የፌዴራል አገልግሎት እንደታረም እና?

What matters most to me?

የኢትዮጵያውያንድ ስለበት

This section helps you think about what matters most to you. This information can guide the people who matter to you—like your health care agent and loved ones—to make health care decisions for you if you cannot make them yourself.

Consider sharing:

- በእኔምርዎን በእኔከውን፣ እንታይ ከትገበር እና እንደቂ? What do you love to do, mentally and physically?
 - መን ምክንከት ምስ መን ከምዘለኛን ምፍላጥኩ ከሳሽ ከንደረ እና ዘመኑ እና አንድነት? How important is it for you to know who you are and who you are with?
 - ምስ ስድራ ቤትኩን ፈተውትኩን ምዝርሬብ ከሳሽ ከንደረ እና ዘመኑ? How important is communicating with family and friends to you?
 - “ጽብቃ ምንባር” ወይ “ጽብቃ መዓልቱ” ያግኩ እንታይ ይመስል? What does “living well” or “a good day” look like to you?
 - እና ሁይወጥኩ ለልፈ ተለ እናበርሮ አትርሱም ነገር እንታይ እና? What do you value most in your life?

ንግድ በተደረገ ከገኘትና እዘም አሰራር እያም፡- (የኢ.ፌ.ዲ. ክ-፩፡ አደጋረጃ እንተ ፕሮይኑ ገዢ መስከ፡)

The following is what matters most to me: (Be specific. Add pages if needed.)

548

NAME:

NAME:

DATE OF BIRTH: (MM/YY/YY) (mm/dd/yyyy)

የምድላው ንዑስል ክንክና ጥና
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

አየወጥና የሚጠቃለውን አገልግሎት እንደሚከተሉ ነው እና ተስፋይነት አለመ?

What are my beliefs, preferences, and practices?

It is important for the people who matter to you—like your health care agent and loved ones—and your health care team to know about your beliefs, preferences, and practices. Consider sharing:

- እብ ድንብ-ር አዋጅ ደንብ: ምጽሕናዎች ከምኑ-ውጭ በርሃስ አሁንና አንታይ እኔ?
What provides you support, comfort, and strength during difficult times?
 - እንታይ አካላዊ አኩል አትኩል, ወደ አይተኩል, (እኩለት ምጥቅናልላች ደሞ: ፍርድ ቅንጧል መረጃዎች፣ ስብ አሰራር መማገዻ)?
What medical treatments would you want or not want (e.g., blood transfusion, pain management, artificial feeding)?
 - እብ ማቅረብ-በዚህ: በዚህ ወደፊት በትኩ ወጪዎች ከነነት ጥና ባኩመድ አያም አት-ግብሩ?
How are health care decisions made in your community, culture, or family?

ለክፍ አሳስቦ እምነት፣ የሚጠቃለ ከመከራል ገዢታት ጉዳይ አገልግሎት እናም፡ (የኢ.ፌ.ዲ. ከ-ን፡ እ.፩.፪. እንተ ቴርጉ ገዢ መሰኑ፡) The following beliefs, preferences, and practices are important to me: (Be specific. Add pages if needed.)

ለዚ እስከዣ ስጋ(ዕት) ጽሑፍነትና የሚመለከት ነው ተደርጓል ይችል ይሞላል የሚ- (ወጪታት ከዝና ጥሩ ከተባለ ስልጣን የሚፈጸም::) I would want the following person(s) contacted to support my beliefs, preferences, and practices: (They will not have power to make health care decisions.)

गृहीत:- ये विषयों का अध्ययन आपको उन विषयों की ओर आवश्यकता प्रदान करता है जिनमें से किसी एक का अध्ययन आपको अपने दृष्टिकोण से बदलने में असफल रहता है।

NAM

TΛΕΦΩΝ

PHONE:

۹۸ :-

ROLE:

માનુષીય

ORGANIZATION:

548

NAME _____

TANIE.

1

卷之三

የወጪ አገልግሎት ከተከና ተዳኑ

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

ՔՋ.ԱՐԴ ԱԼՈՎ. ՏԻՐԺՄԱՆԸ: ՊԿԾՊՀՆԴ ԳԵ ԻՆԻՆ ՏԾԵՑ ՔԻԳԱ ԱՂԲԻ: ՈՂԵՏԴ ԻՆԻՆ ՏԾԵՑ ԿՈՒՆ ՊՈՆ ԱԵԽԱԼ: ՈՒԱ ԻՆԻՆ ՏԾԵՑ ՂԱՂԵՏԴ-ՔՊ
ԽՄԾԱԿՐ ԿԱ ՀՈՒՇ ԻՆԾՈՎ ՀԵԼ. ԱՅ: ԱԼ ՀՈՒՇ ԱԼ ԶԻՆԻՆԵ ԽՄԾԱԿ ԻՄՊԱՌԱԼ ՀԾՃԱ ԱՅ: ՀՅԴ-ԻՆ ՊՆ ՀՈ ԿՈ ԿԵՆ. ՈՒԿ ԻՆԻԴ ՉԾԱՇՄԵ ՈՂԵ
ԻՆԳՈՒ ՀԵԽԱԼԸ ԸՆՎՈ ԱՅ:

In answering the following questions, I am sharing my health care preferences. If I cannot make health care decisions for myself, I want my health care agent to use this information to guide their decisions. I understand that this information can guide my care, but it might not be possible to follow my wishes exactly in every situation.

አ. ጥ. አር. (CPR): ይለታቸው እንታቸው እየ-ምድ?

CPR: What are my wishes?

Standard care in Washington state is to provide cardiopulmonary resuscitation (CPR) to people if their heart and breathing stop. This section can guide your health care agent and health care providers on whether to perform CPR if you are hospitalized and your heart and breathing stop (also known as "code status").

ՄՈՒԺԵԼ ՊՈՂ ԿՀԾՔԻ ԽԹԱՆԱՅՆ ՍԱՌՈՒ ՃՈՐԵՆ ՊՈՂԴՅԱԿ-ՀԵՆ ՊՈՂԻՔԸ-:

If I am hospitalized and my heart and breathing stop:

- እ.ት.ን CPR ይ.ደ.ለ. አ.የ.ብ:**
I want CPR attempted.

እ.በ. ተ.ዳ.ሪ. የ.መ.ቻ.ር. እ.ት.ት.ከ.መ.ቻ.ሪ. ዓ.ት.ን CPR ይ.ደ.ለ. አ.የ.፡ ከ.ም.አ.ው.ን እ.ነ. ከ.በ.ዘ.ም እ.ስ.ዕ.ብ.፣ ም.ስ. ተ.ሁ.ል.ዕ.ቻ.፡-
I want CPR attempted, unless there has been a change in my health, and I have:
 - **ሙ.ስ.ት እ.ገ.ዘ.ነ. ይ.ሆ.ም እ.ነ. ተ.ዘ.ለ.አ.ቅ.ታ.ን ካ.ር.ሳ.ታ.ን ከ.ም.አ.ው.ን ም.ስ ወ.ከ.ለ. ከ.ን.ከ.ን ተ.ዳ.ሪ. ተ.ተ.ሂ.ራ.ረ.ብ.ከ.ከ.ለ. እ.ስ.ማ.ማ.ብ ሁ.ሆ.ዕ.ት ፍ.ይ. ም.ን.በ.ር እ.ጋ.ጌ.ማ.ቻ. ተ.ኩ.ት እ.ገ.ጥ.ጥ.ኩ.፤ ወ.ይ.**
Little chance of living a life that aligns with the goals and values I have stated in this form and/or discussed with my health care agent; or
 - **ከ.ቅ. ዘ.ከ.ለ.ል አ.ጥ.ማ.ግ ወ.ይ. ነ.ፋ.ክ.ት፡ ከ.ም.አ.ው.ን ደ.ሳ.ሽ ዘ.ከ.ለ.ር እ.ቅ.ን ከ.መ.ው.ት ተ.ኩ.ለ.ው.ት፡ ም.ስ ተ.ሁ.ል.ዕ.ቻ.፤ ወ.ይ.**
A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or
 - **ል.ቦ.ድ እ.ን.ደ.ን እ.ነ. እ.ን.ተ. ፍ.ሆ.ሙ.ድ ደ.ን.ግ.ሞ.ካ በ.ሆ.ዕ.ት ፍ.ይ. ም.ን.በ.ር እ.ጋ.ጌ.ማ.ቻ. ተ.ኩ.ት ም.ስ አ.ካ.ዕ.ቻ.፤**
Little chance of survival even if my heart is started again.

እ.ት.ን CPR እ.ደ.ል.ን እ.የ.፡ በ.ሆ.ሆ.ር.የ.ቅ. መ.ገ.ዳ. ከ.መ.ው.ት ከ.ፍ.ቻ.ለ.ይ. እ.ደ.ለ. አ.የ.፡ (በ.አ.ቦ. ይ.ሆ.ም. POLST ም.ስ እ.ገ.ረ. ከ.ን.ከ.ን ተ.ዳ.ፍ.ኩ. ተ.ዘ.ለ.ብ.፡)
I do not want CPR attempted. I want to be allowed to die naturally. (Talk to your health care provider about a POLST form.)

ናይ ፊዴራል የጊዜ፡- ይለታተለ እንታለ እየም?

Life Support: What are my wishes?

እኔ እና ትኩኑ ከሎ ምልሽኑን ጽዜል ከነትን ጥናኛን ታምዶች እና የዚህ በቃላይ እና የዚህ መምርና, ከነትን ጥና አይገባበትን እና፡ እና እና ትኩኑ እና ማካተት ታምዶችን እና አተውሰደ ከነታት ሆኖው አይደለም እና ተዋዋሪ ይቻል፡ ይህ www.HonoringChoicesPNW.org በጀት ወደ ምስ አለብ ከነትን ጥናኛን ተዘረጋቢ፡፡

Your response below is intended to guide your health care agent. Answering this question does not make this form a health care directive, which is a directive to withdraw or withhold life-sustaining treatment in specific situations under Washington state law. For more information, visit www.HonoringChoicesPNW.org or talk with your health care provider.

ኋላው እንደት ቁጥር መያወጪ እንደት ተሠሪ ነው በዚህ አገልግሎት እንደተከፈል ወይም በዚህ አገልግሎት እንደተከፈል ወይም

ԹԻ Ա ԽՅԻՑ ՏԾԵ. ԻԳՐԻ ԻՇՈՒԾ ՖՔԸ ՖՔ-:

If I am so sick or injured that I am likely to die soon or am in a coma and unlikely to recover, I want my health care agent to:

- ዋላ አውን ፓይ ምምኑኩል ዕድልይ ጉለቻተይ ይሞት ካላ እኔ ጉዢዎት ከድኑን ቤትኑል ስከምናታት ተጠዋማለ፡ አብ ሂወት-መድኑን ከስንጻ አደለ እየ፡**
Use all life-support treatments to keep me alive even if there is little chance of recovery. I want to stay on life support.

**የጥላ እኔ አቶም ስባ ጥያቄ ከንካን ጥዕናይ ከክጣዎን ይሞት እና አለም ነገሱበቸ ፓይ ሁይዎት መድኑን ስከምናታት ፍትና፡ አቶም ስከምናታት ምስ አይደርሱ እቅም
ምስ ስቶታታይን ስርዓታታይን በሰማም ሁይዎት ፓይ ምንበር ዕድልይ ጉጠበብ ምስ ቤትዎን፡ አብ ፓይ ሂወት-መድኑን ከፍቃል አይደላይን እየ፡ አብታ ማውት እኔ፡
ብሔርሃዊ መግዳ ክመውታት ፍቃድለይ፡**

Try all life-support treatments that my health care providers think might help me recover. If the treatments do not work and there is little chance of living a life that aligns with my goals and values, I do not want to stay on life support. At that point, allow me to die naturally.

ብሔርሃዊ መግዳ ክመውታት ፍቃድለይ፡ አብ ፓይ ሂወት-መድኑን ከስንጻ አይደላይ እየ፡ ፓይ ሂወት-መድኑን ስከምና እንተ ተጀማኝ፡ ይው ከብለ አደለ እየ፡
Allow me to die naturally. I do not want to be on life support. If life-support treatments have been started, I want them to be stopped.

ወከል ከንካን ጥዕናይ ከዚስኑለይ አደለ እየ፡
I want my health care agent to decide for me.

39v

NAME:

σΛτ σ&τ:- / /

DATE OF BIRTH: (mm/mm/yy) (mm/dd/yyyy)

ԳՈԶԴԱԹ. ՀԱՅԻՆ ԻՆԻՑԻԱԼ ԴԵՎԵԼՈՊՄԵՆՏ

ተወስኑት መምረጃዎች

Additional Directions

እመወች እኩልያ ከምላውን አከማናዊ ከትክክለኛ ደንፈሪ፣ ከምላውን ትርጓሜዎች ከምላውን ምርመራ የጥቅምት እንደሆነ ነው፡፡
If I am dying and my medical care, support system, and resources allow, my preference would be to die:

- አብ ዘዴ ወይ አብ ዓይ ፊተወጥድ በትር (ምስክር አከምና እንተተለፈ)፡፡
At my home or the home of a loved one (with hospice if desired).

አብ አካምና፡፡
In a medical facility.

የሚመለከት፡፡
I do not have a preference.

ክልላ (በታችነት ጥሩ ማለያ)፡- _____
Other (please describe): _____

ՆԳԱ-Զ.Ը իւշ ԽԹԱ-ՄԵԴ ՈՒԾՈ ԻՆԻՇՆ ՏԾԳԵ ՊՃԵՑ Մ-ՆԻ ԻՐԱԿ ՀՀԴ ԽԵԽԱԼԻ ՓԻՆ ԻՆԻՇՆ ՏԾԳԵ ՀՄԹԱ-ՄԵԴ ՀԼԵՏ ԻՆԻՇՆ ՏԾԳԵ ՀԱՐ ԻՆԻՇՆ ՏԾԳԵ ՈՒԾՈ ԻՆԻՇՆ
ՏԾԳ Վ-ՆԻ ԻՐԱԿ ԻԼԱՎ ՆԿՊ ԱԾԾՈՒ ՀԱՌ ՊՐՄԴ ԻՆԻՇՎ ՎՎ-Մ ՀԸՆ:

If I am pregnant and cannot make health care decisions for myself, I would like my health care agent and health care providers to take the following into consideration as they make health care decisions on my behalf:

ወከል ከነገኝ ተደግኝ፡ አለው ጥናት ከነገኝ ተደግኝ፡ ወይ ነስላለት በካብ ድጋፍ ደረጃ ከነገኝ ተደግኝ ካደልጥዋ አንዳሪያም ተመሳሳይ አበራታ ደካኝ፡ ዓይነት ወፈሻ ደረጃ ከነገኝ ተደግኝ እኩለ መሰረት ታደርጉ ከሚሸጠው ከም አለዋል፡፡

Write any additional information you want your health care agent, health care providers, or others to know about your health care wishes. Please note that your wishes for organ donation and plans for your remains should be documented separately.

XIV.

NAME:

NAME: _____ / _____
DATE & AGE:- _____ / _____

DATE OF BIRTH: (MM/DD/YY) 01/01/00

(mm/dd/yyyy)

