Попереднє планування медичного обслуговування

ОГЛЯД І ПОПЕРЕДНЄ РОЗПОРЯДЖЕННЯ

Overview and Advance Directive – Ukrainian Translation

Honoring Choices® PACIFIC NORTHWEST

AN INITIATIVE OF

Washington State Hospital Association | WSMA Foundation for Health Care Improvement

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 близькій людині 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
прийняти 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 цьому 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 апарата, 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 малоймовірною, 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 життєзабезпечення 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 життєзабезпечення 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, ваші лікарі звернуться 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 наведеного 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.*

продовження >

У яких випадках може застосовуватися?

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 наведеного 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 мого представника з медичних питань.»

Я не призначаю свого представника з медичних питань у цій формі

Незважаючи 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 призначаєте свого представника з медичних питань, ваші лікарі звернуться 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 наведеного твердження: «Я не призначаю свого представника з медичних питань. Оскільки в цій формі я зазначаю 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 моє рішення зміниться?

Якщо ви змінили 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 з 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 вашої 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 ☐ ПОПЕРЕДНЄ РОЗПОРЯДЖЕННЯ ☐ POLST МОЖНА ЗНАЙТИ ТУТ:
MY ☐ ADVANCE DIRECTIVE ☐ POLST CAN BE FOUND AT: _____

Збережіть цю картку в себе та носіть із собою, щоб інші люди знали, що у вас є представник із медичних питань.

ዝቕደመ መምርሒ፡- ነባሪ ስልጣን ናይ ጠበቓ ንክንክን ጥዕና
ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

እዚ ዝቕደመ መምርሒ፣ ነባሪ ስልጣን ናይ ጠበቓ ንክንክን ጥዕና፣ ንወኪል ክንክን ጥዕናኻ ክትሰምዮን ከተዳልዎን የኽእለካ።
እዚ ፎርም እዚ ብቕዓታት ናይ ግዛኣት ዋሽንግተን ሕጊ ዘማልእ እዩ።

This advance directive, a durable power of attorney for health care, allows you to name and prepare your health care agent.
This form meets the requirements of Washington state law.

ናተይ ሓበሬታ፡-
My Information:

ምሉእ ሽም፡- ከንዲ ሽም (ኣማራጺ)፡-

FULL NAME: PRONOUNS (OPTIONAL): *(እዚ ማለት፣ ንሱ/ንሳ/ንሳቶም)* *(i.e., he/she/they)*

ዕለተ ልደት፡- / /

DATE OF BIRTH: *(ወወ/መመ/ዓ.ም)* *(mm/dd/yyyy)*

ምስማይ ወኪል ክንክን ጥዕና
NAMING A HEALTH CARE AGENT

ኣነ ከም ወኪል ክንክን ጥዕናይ ዝሰመኽዎ ሰብ፡-
The person I designate as my health care agent is:

ምሉእ ሽም፡- ከንዲ ሽም(ኣማራጺ):

FULL NAME: PRONOUNS (optional):

ዝምድና፡- ዝበለጸ ቴሌፎን፡- ( ) ኣማራጺ ተሌፎን፡- ( )

RELATIONSHIP: BEST PHONE: ALTERNATE PHONE:

ኣድራሻ፣ ከተማ፣ ግዛኣት፣ ZIP፡-

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

እቶም ከም ኣማራጺ ወኪላተይ ገይረ ዝሸምከዎም ሰባት፡-
The people I designate as my alternate agents are:

እቲ ኣብ ላዕሊ እተጠቕሰ ሰብ ብዛዕባ ክንክን ጥዕናይ ውሳነ ክገብር እንተ ዘይክኢሉ ወይ ፍቓደኛ እንተ ዘይኮይኑ፣ ነቶም ኣብ ታሕቲ ተዘርዚሮም ዘለዉ ሰባት ከም ቀዳማይን ካልኣይን ኣማራጺ ወኪላት ክንክን ጥዕና ሰምዮም ኣለኹ።

If the person listed above is unable or unwilling to make my health care decisions, then I designate the people listed below as my first and second alternate health care agents.

ቀዳማይ ኣማራጺ
First Alternate

ምሉእ ሽም፡- ከንዲ ሽም(ኣማራጺ)፡-

FULL NAME: PRONOUNS (optional):

ዝምድና፡- ዝበለጸ ቴሌፎን፡- ( ) ኣማራጺ ተሌፎን፡- ( )

RELATIONSHIP: BEST PHONE: ALTERNATE PHONE:

ኣድራሻ፣ ከተማ፣ ግዛኣት፣ ZIP፡-

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

ካልኣይ ኣማራጺ
Second Alternate

ምሉእ ሽም፡- ከንዲ ሽም(ኣማራጺ)፡-

FULL NAME: PRONOUNS (OPTIONAL):

ዝምድና፡- ዝበለጸ ቴሌፎን፡- ( ) ኣማራጺ ተሌፎን፡- ( )

RELATIONSHIP: BEST PHONE: ALTERNATE PHONE:

ኣድራሻ፣ ከተማ፣ ግዛኣት፣ ZIP፡-

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

ምስማይ ወኪል ክንክን ጥዕና
NAMING A HEALTH CARE AGENT

ኣብ ግብሪ ኺውዕል ዚኽእል ኵነታት፣
Situations that may apply:

እቲ ኣብ ታሕቲ ዘሎ መግለጺታት ንዓኻ ዝምልከት ምስዝኸዉን ኣብ ጐኑ ፈርም። ኣብቲ ንዓኻ ዘይምልከት መግለጺታት ሕንጻጽ ክትስእለሉ ትኽእል ኢኻ። ንዝያዳ ሓበሬታ፡- ሓፈሻዊ ትሕዝቶ ACP ርአ፣ ናብ ***www.HonoringChoicesPNW.org*** *ብጻሕ፣ ወይ ምስ ኣላዩ ክንክን ጥዕናኻ ተዘራረብ።*

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.*

_____ ንበዓልኪዳነይ ወይ እተመዝገቡ ናይ ቤት መጻምድተይ ከም ወኪል ክንክን ጥዕናይ ገይረ እንተ ሰሜዮ እሞ ጸኒሕና ንምፍራስ፣ ምስራዝ፣ ወይ ሕጋዊ ምፍልላይ ዝገልጽ ፋይል እንተ ኣቕሪብና፣ ከም ወኪል ክንክን ጥዕናይ ኩይኖም ክቕጽሉ እደሊ እየ።
If I name my spouse or registered domestic partner as my health care agent and we later file for a dissolution, annulment, or legal separation; I want them to continue as my health care agent.

_____ ወኪል ክንክን ጥዕና ኣይሰምን እየ ዘለኹ። ሽቶታተይን ስርዓታተይን ኣብዚ ፎርም እዚ ብምክፋለይ፣ ከም መግለጺ ናይ ብሕቲ ስርዓታት ደኣ እምበር ከም ዝቐደመ መምርሒ ገይርካ ኣይዉሰድን እዩ።
I am not naming a health care agent. By sharing my goals and values in this form, it will be considered a personal values statement and not an advance directive.

ምድላዉ ንወኪል ክንክን ጥዕና
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

ንዓይ ዝያዳ ዘገድሰኒ እንታይ እዩ?
What matters most to me?

እዚ ክፋል እዚ ብዛዕባ እቲ ልዕሊ ኹሉ ንዓኻ ዘገድሰካ ነገራት ንኽትሓስብ ይሕግዘካ። እዚ ሓበሬታ እዚ ነቶም ንዓኻ ዘገዱስኻ ሰባት—ከም ወኪል ክንክን ጥዕናኻ ከምኡዉን ኣፍቐርትኻ—ዉሳኔታት ክንክን ባዕልኻ ክትገብሮ ኣብ ዘይትኽእል ንሳቶም ንኽገብሩ ክመርሖም ይኽእል እዩ።
ነዚኣም ከተካፍል ሕሰብ፡-

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:

- ብኣእምሮኣውን ብኣካላውን፣ እንታይ ክትገብር ኢኻ እትፈቱ?
  What do you love to do, mentally and physically?
- መን ምኺንካን ምስ መን ከምዘለኻን ምፍላጥካ ክሳብ ክንደይ እዩ ዘገድሰካ?
  How important is it for you to know who you are and who you are with?
- ምስ ስድራ ቤትካን ፈተውትኻን ምዝርራብ ክሳዕ ክንደይ እዩ ዘገድሰካ?
  How important is communicating with family and friends to you?
- "ጽቡቕ ምንባር" ወይ "ጽቡቕ መዓልቲ" ንዓኻ እንታይ ይመስል?
  What does "living well" or "a good day" look like to you?
- ኣብ ህይወትካ ልዕሊ ኹሉ ኣኽቢርካ እትርእዮ ነገር እንታይ እዩ?
  What do you value most in your life?

ንዓይ ብዝያዳ ዘገዱሱኒ እዞም ዝስዕቡ እዮም፡- *(ንጹር ኩን። ኣድላዩ እንተ ኾይኑ ገጻት ወስኽ።)*
The following is what matters most to me: *(Be specific. Add pages if needed.)*

ሽም፡-
NAME:
ዕለተ ልደት፡- / /
DATE OF BIRTH: *(ወወ/መመ/ዓ.ም)*
(mm/dd/yyyy)

ምድላዉ ንወኪል ክንክን ጥዕና
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

እምነተይ፣ ምርጫታተይ፣ ከምኡዉን ንጥፈታተይ እንታይ እዮም?
What are my beliefs, preferences, and practices?

እቶም ንዓኻ ዘገድሱኻ ሰባት —ከም ወኪል ክንክን ጥዕናኻን እተፍቅሮም ሰብካን —ከምኡዉን ጉጅለ ክንክን ጥዕናኻን ብዛዕባ እምነትካ፣ ምርጫታትካ፣ ከምኡዉን ንጥፈታትካ ክፈልጡ ኣገዳሲ እዩ። ነዚኦም ከተካፍል ሕሰብ፡-
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:

- ኣብ ጽንኩር እዋን ደገፍ፣ ምጽንናዕ፣ ከምኡዉን ብርትዐ ዝህበካ እንታይ እዩ?
  What provides you support, comfort, and strength during difficult times?
- እንታይ ሕክምና ኢኻ እትደሊ ወይ ዘይትደሊ (ንኣብነት ምምሕልላፍ ደም፣ ናይ ቓንዛ መረጋግኢ፣ ሰብ ዝሰርሖ መግቢ)?
  What medical treatments would you want or not want (e.g., blood transfusion, pain management, artificial feeding)?
- ኣብ ማሕበረሰብካ፣ ባህልኻ፣ ወይ ስድራ ቤትካ ዉሳኔታት ክንክን ጥዕና ብኸመይ እዮም ዝትግበሩ?
  How are health care decisions made in your community, culture, or family?

እዞም ዝስዕቡ እምነታት፣ ምርጫታት፣ ከምኡዉን ንጥፈታት ንዓይ ኣገደስቲ እዮም፡- *(ንጹር ኩን። ኣድላዩ እንተ ኾይኑ ገጻት ወስኽ።)*
The following beliefs, preferences, and practices are important to me: *(Be specific. Add pages if needed.)*

እዚ ዝስዕብ ሰብ(ባት) ንእምነተይ፣ ምርጫታተይ፣ ከምኡዉን ንጥፈታትይ ንኽድግፈኒ(ፉኒ) ክድወለሎም እደሊ እዩ፡- *(ውሳነታት ክንክን ጥዕና ክገብሩ ስልጣን የብሎምን።)*
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.)*

ሽም፡- _____ ግደ ፡- _____
NAME: ROLE:
ተሌፎን፡- ( ) _____ ዉድብ፡- _____
PHONE: ORGANIZATION:

ሽም፡- _____
NAME:
ዕለተ ልደት፡- ____ / ____ / ____
DATE OF BIRTH: *(ወወ/መመ/ዓ.ም)* *(mm/dd/yyyy)*

ምድላዉ ንወኪል ክንክን ጥዕና
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

ቐጺሎም ዘለዉ ሕቶታት ብምምላስ፣ ምርጫታት ናይ ክንክን ጥዕናይ የካፍል ኣለኹ። ዉሳኔታት ክንክን ጥዕናይ ክዉስን ምስ ዘይክእል፣ ወኪል ክንክን ጥዕናይ ንዉሳኔታቶም ክመርሖም ነዚ ሓበሬታ ክስዕብዎ እደሊ እየ። እዚ ሓበሬታ እዚ ንክንክነይ ክመርሕ ከምዝኽእል እርዳእ እየ፣ እንተኾነ ግን ኣብ ነፍሲ ወከፍ ኩነታት ንድሌታተይ ብልክዕ ክስዓብ ኣይክእልን ይኸዉን እዩ።

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.

ሲ. ፒ. ኣር. (CPR): ድሌታተይ እንታይ እዮም?
CPR: What are my wishes?

ኣብ ግዛኣት ዋሽንግተን ልሙድ ክንክን ማለት ንሰባት ልቦም ከምኡዉን ምስትንፋስን ኣብ ዘቖርጸሉ ግዜ ካርድዮፑልመናሪ (CPR) ምቕራብ እዩ። እዚ ኽፍሊ ንወኪል ክንክን ጥዕና ከምኡዉን ኣለይቲ ክንክን ጥዕና ኣብ ሆስፒታል ምስ እትድቕስ ከምኡዉን ልብኻን ምስትንፋስካን ደዉ ምስ ዝብሉ (ኮድ ስታተስ እዉን ተባሂሉ ዝፍለጥ) CPR ክገብሩ እንተለዎም ከመርሖም እኽእል እዩ።

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").

ሆስፒታል ምስ ዝድቕስ ከምኡዉን ህርመት ልበይን ምስትንፋሰይን ምስዘቕርጽ፡-
If I am hospitalized and my heart and breathing stop:

- ☐ ፈተነ CPR ይደሊ እየ።
  I want CPR attempted.
- ☐ ኣብ ጥዕናይ ምቕይያር እንተዘይመጽዩ፣ ፈተነ CPR ይደሊ እየ፣ ከምኡ'ውን ኣነ ካብዞም ዝስዕቡ ምስ ዝህልወኒ፡-
  I want CPR attempted, unless there has been a change in my health, and I have:
  - ምስቲ ኣብዚ ፎርም እዚ ዝገለጽከዎ ሽቶታትን ስርዓታትን ከምኡዉን ምስ ወኪል ክንክን ጥዕናይ ዝተዛራረብክሉ ዝሰማማዕ ህይወት ናይ ምንባር ኣጋጣሚ ትሑት እንተኾይኑ፤ ወይ
    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
  - ክሓዊ ዘይክእል ሕማም ወይ ጉድኣት፣ ከምኡዉን ድሕሪ ሓጺር እዋን ክመውት ተኽእሎታት ምስ ዝህልወኒ፣ ወይ
    A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or
  - ልበይ እንደገና እኳ እንተ ጀመረ ደጊምካ ብህይወት ናይ ምንባር ኣጋጣሚ ትሑት ምስ ዝኸዉን።
    Little chance of survival even if my heart is started again.
- ☐ ፈተነ CPR ኣይደልን እየ። ብባህርያዊ መገዲ ክመውት ክፍቐደለይ እደሊ እየ። *(ብዛዕባ ፎርም POLST ምስ ኣላዩ ክንክን ጥዕናኻ ተዘራረብ።)*
  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 ሂወት ደጋፍ፡- ድሌታተይ እንታይ እዮም?
Life Support: What are my wishes?

እቲ ኣብ ታሕቲ ዘሎ ምላሽካ ንወኪል ክንክን ጥዕናኻ ንምምራሕ እዩ። ነዚ ሕቶ እዚ ምምላስ ነዚ ፎርም መምርሒ ክንክን ጥዕና ኣይገብሮን እዩ፣ እዚ ኣብ ትሕቲ ሕጊ ግዛኣት ዋሽንግተን ኣብ እተወሰነ ኩነታት ህይወት ዘድሕን ሕክምና ኽተቋርጽ ወይ ክትክልክል ዝእዝዝ መምርሒ እዩ። ንተወሳኺ ሓበሬታ፣ናብ www.HonoringChoicesPNW.org ብጻሕ፣ ወይ ምስ ኣላዩ ክንክን ጥዕናኻ ተዘራረብ።

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.

ኣዝየ እንተ ሓሚመ ወይ እንተ ተጐዲአ ቀልጢፈ ክመውት ዝኽእል እንተኾይነ ወይ ሃለዋተይ ኣጥፊኦ ዝሓዊ ዘይመስል እንተ ኾይነ፣ ወኪል ክንክን ጥዕናይ ከምዚ ክገበር እደሊ እየ፡-
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 እውን ናይ ምምሕያሽ ዕድለይ ንእሽተይ ይኹን ኩሉ እቲ ንህይወት ክድሕን ዝኽእል ሕክምናታት ተጠቐመሉ። ኣብ ሂወት-መድሕን ክጸንሕ እደሊ 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.
- ☐ ንኹሉ እቲ እቶም ሰብ ሞያ ክንክን ጥዕናይ ክሕግዘኒ ይኽእል እዩ ኢሎም ዝሓስብዎ ናይ ህይወት መድሕን ሕክምናታት ፈትኖ። እቶም ሕክምናታት ምስ ዘይሰርሑ እሞ ምስ ሽቶታተይን ስርዓታተይን ዝሰማማዕ ህይወት ናይ ምንባር ዕድለይ ንጸቢብ ምስ ዝኸዉን፣ ኣብ ናይ ሂወት መድሕን ክቕጽል ኣይደልይን እየ። ኣብታ ህሞት እቲኣ፣ ብባህርያዊ መገዲ ክመውት ፍቐዱለይ።
  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.
- ☐ ብባህርያዊ መገዲ ኽመውት ፍቐዱለይ። ኣብ ናይ ሂወት መድሕን ክጸንሕ ኣይደልን እየ። ናይ ሂወት መድሕን ሕክምና እንተ ተጀሚሩ፣ ደው ክብሉ እደሊ 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.
- ☐ ወኪል ክንክን ጥዕናይ ክዉስነለይ እደሊ እየ።
  I want my health care agent to decide for me.

ሽም፡-
NAME:
ዕለተ ልደት፡- / /
DATE OF BIRTH: *(ወወ/መመ/ዓ.ም)*
(mm/dd/yyyy)

ምድላዉ ንወኪል ክንክን ጥዕና
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

ተወሰኽቲ መምሪሒታት
Additional Directions

እመዉት እንተልየ ከምኡዉን ሕክምናዊ ክንክነይ፣ ደገፈይ፣ ከምኡዉን ትሑዝተይ ከምኡ ምስ ዝፈቕዱ፣ ምርጫይ ሞት እዩ፡-
If I am dying and my medical care, support system, and resources allow, my preference would be to die:

- ☐ ኣብ ገዛይ ወይ ኣብ ናይ ፈተዉተይ ቤት (ምስ ሕክምና እንተተደልዩ)።
  At my home or the home of a loved one (with hospice if desired).
- ☐ ኣብ ሕክምና።
  In a medical facility.
- ☐ ምርጫ የብለይን።
  I do not have a preference.
- ☐ ካልእ (ብኽብረትካ ግለጽ)፡- _____
  Other (please describe):

ነፍሰ-ጹር ኮይነ ከምኡዉን ብዛዕባ ክንክን ጥዕናይ ባዕለይ ውሳነ ክገብር እንተ ዘይክኢለ፣ ወኪል ክንክን ጥዕናይን ከምኡዉን ኣለይቲ ክንክን ጥዕናይን ኣብ ክንዳይ ብዛዕባ ኽንክን ጥዕና ውሳነ ክገበሩ ከለዉ ነዞም ዝስዕቡ ኣብ ግምት ከእትዉዎዉም እደሊ እዩ፡-
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:

ወኪል ክንክን ጥዕናኻ፣ ኣለይቲ ክንክን ጥዕናኻ፣ ወይ ካልኦት ብዛዕባ ድሌታት ክንክን ጥዕናኻ ክፈልጥዎ እትደልዮም ተወሳኺ ሓበሬታ ጽሓፍ። ናይ ኣካላት ወፈያ ድሌታትካን ንሬሳኻ ዘለካ መደባትን ንበይኑ ክምዝገብ ከም ዘለዎ ኣስተብህል።
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.

ሽም፡- _____
NAME:
ዕለተ ልደት፡- ____ / ____ / ____
DATE OF BIRTH: *(ወወ/መመ/ዓ.ም)*
(mm/dd/yyyy)

ወኪል ክንክን ጥዕና ፍቓድ ምሃብ
AUTHORIZING A HEALTH CARE AGENT

መግለጺ ሓፈሻዊ ስልጣንን ሓይልን ናይ ወኪል ክንክን ጥዕናይ፡- ብገዛእ ርእሰይ ውሳነ ክገብር ኣብ ዘይክእለሉ እዋን ንወኪል ክንክን ጥዕናይ ሕክምናዊ መድሃኒታት ፍቓድ ክህብ ፍቓድ ሂበ እየ። ወኪል ክንክን ጥዕናይ ከም CPR ፣ ናይ ምስትንፋስ ማሽናት፣ መመገቢ ቱቦታት፣ ምምሕልላፍ ደም፣ ከምኡውን ምሕጻብ ኩሊት ዝኣመሰሉ ናይ ህይወት መድሕን ሕክምናታት ድሌተይ ክፍጽም እፈቅደሉ ኢየ። እዚ ንሕክምና መድሃኒታት ምጅማር፣ ምቕጻል፣ ወይ ደው ንምባል ፍቓድ ምሃብ የጠቓልል እዩ።

Statement of General Authority and Powers of My Health Care Agent: I authorize my health care agent to give consent for medical treatments when I cannot make my own decisions. I authorize my health care agent to carry out my wishes regarding life-support treatments such as a CPR, breathing machines, feeding tubes, blood transfusions, and kidney dialysis. This includes consent to start, continue, or stop medical treatment.

ነዚ ዚስዕብ እምስክር እየ፡- ኣገዳስነትን ትርጉምን ናይ ነባሪ ስልጣን ናይ ጠበቓ ንክንክን ጥዕና ተረዲኡኒ እዩ (DPOA-HC)። እዚ ፎርም እዚ ናይ ወኪል ክንክን ጥዕናይ ምርጫታትን ሽቶታተይን፣ ስርዓታተይ፣ ከምኡውን ምርጫታተይን ዘንጸባርቕ እዩ። ነዚ ፎርም እዚ ብፍታወይ እየ መሊአዮ ። ብንጹር እሓስብ ኣለኹ። ሓሳበይ ኣብ ዝኾነ ግዜ ክቕይር ከምዝኽእል ተረዲኸ ኣለኹ። ነዚ ፎርም እዚ ኣብ ዝኾነ ይኹን እዋን ክስርዞን ክትክእን ከም ዝኽእል ተረዲኡኒ ኢዩ ። ቕድሚ ሕጂ ዝጸንሐ ነባሪ ስልጣን ናይ ጠበቓ ንክንክን ጥዕና ሰሪዘዮ ኣለኹ። ሓደ ሓኪም ወይ ፍቓድ ዘለዎ ናይ ስነ-ኣእምሮ ሓኪም ናይ ገዛእ ርእሰይ ናይ ክንክን ጥዕና ውሳነ ክገብር ከም ዘይክእል እንተ ወሲኑ እዚ DPOA-HC ግብራዊ ክኸውን እየ ዝደሊ። እዚ መምርሒ እዚ ዘይብቕዕነተይ ክሳዕ ዘሎ ክቕጽል እዩ።

I attest to the following: I understand the importance and meaning of this durable power of attorney for health care (DPOA-HC). This form reflects my health care agent choices and my goals, values, and preferences. I have filled out this form willingly. I am thinking clearly. I understand that I can change my mind at any time. I understand I can revoke and replace this form at any time. I revoke any prior durable power of attorney for health care. I want this DPOA-HC to become effective if a physician or licensed psychologist determines I do not have the capacity to make my own health care decisions. This directive will continue as long as my incapacity lasts.

ፊርማይ፡- ዕለት፡-

MY SIGNATURE: DATE:

ኣድራሻ፣ ከተማ፣ ግዛኣት፣ ZIP፡-

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

ናይ መሰኻኽር ወይ ናይ ሳምዕተኛ ተደላይነት
Witnesses or Notary Requirement

ክታምካ ብኽልተ ሰባት ክሪኡኻ ወይ ብህዝቢ ዝፈልጦ ሽምዕተኛ ከም ዝፍለጥ ክትገብር ኣሎካ።

You must have your signature either witnessed by two people or acknowledged by a notary public.

1ይ ኣማራጺ– ክልተ መሰኻኽር
OPTION 1 – TWO WITNESSES

ማሕላ ናይ ምስክር፡- ምስክር ንምኳን ዘድልዩ ሕግታት ከም ዘማልእ እእውጅ።

Witness Attestation: I declare I meet the rules for being a witness.

ምስክር #1 ፊርማ፡- ዕለት፡-

WITNESS #1 SIGNATURE: DATE:

እተሓትመ ሽም፡-

NAME PRINTED:

ምስክር #2 ፊርማ፡- ዕለት፡-

WITNESS #2 SIGNATURE: DATE:

እተሓትመ ሽም፡-

NAME PRINTED:

2ይ ኣማራጺ– ሽምዕተኛ
OPTION 2 – NOTARY

STATE OF WASHINGTON)
ግዛኣት ዋሽንግተን)

COUNTY OF)
ሃገር ናይ

This record was acknowledged before me on this day of ,
እዚ መዝገብ እዚ ኣብ ቅድመይ ኣብ ተቕባልነት ረኺቡ ብዕለት

by (name of individual):
ብ(ሽም ዉልቕ ሰብ)

Signature: Title: Exp:
ፊርማ፡- ኣርእስቲ፡- ዝወድቕሉ፡-

ሕግታት ንመስከርቲ፡-
Rules for Witnesses:

- ✓ እንተ ወሓደ ወዲ/ዓል 18 ዓመትን ክኢላን ክኸውን ኣለዎ።
  Must be at least 18 years of age and competent.
- ✗ ንዓኻ ወይ ንወኪል ክንክን ጥዕናኻ ብደም፣ ብመርዓ ዝዛመድ፣ ወይ ከኣ ብግዛኣት እተመዝገብ ናይ ቤትካ መጻምድኻ ክኸውን ኣይክእልን እዩ።
  Cannot be related to you or your health care agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.
- ✗ ናይ ቤትካ ወሃቢ ክንክን ወይ ኣላዩ ክንክን ኣብ እንዳ ኣረጋዉያን ወይ ናይ ነዊሕ-ግዜ ወሃቢ ክንክን ቦታ ክኸዉን ኣይክእልን እዩ።
  Cannot be your home care provider or a care provider at an adult family home or long-term care facility where you live.
- ✗ እተመደበልካ ወኪል ክንክን ጥዕና ክኸውን ኣይክእልን እዩ።
  Cannot be your designated health care agent.

ሽም፡-
NAME:

ዕለተ ልደት፡- / /
DATE OF BIRTH: *(ወወ/መመ/ዓ.ም)*
(mm/dd/yyyy)