

# دستور العملر اقت‌هاى سلامت پيشرفته (Advance Health Care Directive)

ايلت كاليفرنيا

برنامهريزيمراقبت‌هاى زندگى:  
ارزش‌ها، انتخاب‌ها، مراقبت

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)

اطمينان حاصل كنيد كه با انجام موارد زير اين سند را تكميل كنيد:

1. درج امضا و تاريخ در هر محل كه لازم است.
2. ثبت محضرى آن يا داشتن شاهد براى آن.  
نماينده مراقبت‌هاى سلامت شما (تصميم‌گيرنده)  
نمى‌تواند به عنوان شاهد امضا كند.
3. به ياد داشته باشيد كه يك كپى از آن را به  
Kaiser Permanente بدهيد و يك كپى هم  
به نماينده مراقبت‌هاى سلامت خود بدهيد. شما  
نسخه اصلى را نزد خودتان نگه خواهيد داشت.

# دستورالعمل مراقبت‌های سلامت پیشرفته (Advance Health Care Directive)

دستورالعمل مراقبت‌های سلامت پیشرفته (Advance Health Care Directive، AHCD) یک سند حقوقی است که به تیم‌های مراقبت‌های سلامت شما می‌گوید که در صورت عدم توانایی شما در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های سلامت خود، چه باید بکنند.

دستورالعمل  
مراقبت‌های سلامت  
پیشرفته چیست؟

AHCD به شما این امکان را می‌دهد که:

- در صورت عدم توانایی در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های سلامت تان، یک نماینده مراقبت‌های سلامت (تصمیم‌گیرنده) انتخاب کنید تا از طرف شما تصمیمات مربوط به مراقبت‌های سلامت را اتخاذ کند و/یا
- ارزش‌ها، باورها و ترجیحات مراقبت‌های سلامت شما را بیان کند

AHCD هم به نماینده مراقبت‌های سلامت (تصمیم‌گیرنده) شما و هم به تیم مراقبت‌های سلامت در تدوین برنامه درمانی برای شما راهنمایی می‌کند. این دستورالعمل به پرسنل اورژانس نمی‌گوید که در طی یک فوریت پزشکی چه درمان‌هایی را می‌خواهید.

می‌توانید هر زمان که بخواهید با تکمیل یک سند جدید، هر کدام از ترجیحات خود را در AHCD خود، به روز کنید. این AHCD جدید جایگزین هر گونه AHCD می‌شود که در گذشته تکمیل کرده‌اید.

شما حق دارید ترجیحات خود را در مورد مراقبت‌های سلامت خود به اشتراک بگذارید. این سند دستورالعمل‌هایی را به نماینده مراقبت‌های سلامت (تصمیم‌گیرنده) و پزشکان ارائه می‌دهد تا مراقبت‌های مناسب شما را ارائه دهند.

چرا یک AHCD مهم است؟

این همچنین فرصتی است برای انعکاس اینکه از نظر شما زندگی باکیفیت چیست و اینکه ترجیحات شما چگونه می‌توانند بر عزیزان شما تأثیر بگذارد. با تکمیل این سند در حالی که سالم هستید و می‌توانید درباره آن با عزیزان خود صحبت کنید، می‌توانید به کاهش سردرگمی و اختلاف‌نظر در مورد آنچه که ممکن است خواسته شما باشد یا نباشد کمک کنید.

هر فرد بالغ بالای 18 سال که دارای عقل سلیم است، صرف‌نظر از وضعیت سلامت خود، باید تکمیل دستورالعمل مراقبت‌های سلامت پیشرفته را در نظر بگیرد.

AHCD برای چه کسانی مناسب است؟

برنامه‌ریزی مراقبت‌های زندگی:  
ارزش‌ها، انتخاب‌ها، مراقبت

سایر منابع:

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)

نام کامل (Full Name):

شماره پرونده پزشکی (# Medical Record):

این سند چیست؟

دستورالعمل مراقبت‌های سلامت پیشرفته (AHCD) در Kaiser Permanente شامل پنج قسمت است، از جمله اینکه چطور آن را به یک سند قانونی تبدیل کنیم:

**بخش 1: انتخاب نماینده(های) مراقبت‌های سلامت من (تصمیم‌گیرندگان)**

به شما این امکان را می‌دهد که در صورت عدم توانایی در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت‌های سلامت، شخص دیگری را برای این کار منصوب کنید.

**بخش 2: ارزش‌ها و باورهای من**

به شما این فرصت را می‌دهد که معنای کیفیت زندگی و زندگی خوب از نظر خود را بازتاب دهید. ما توصیه می‌کنیم این بخش را تکمیل کنید زیرا به شما کمک می‌کند در مورد بقیه سند بهتر بیندیشید.

**بخش 3: انتخاب ترجیحات مراقبت سلامت من**

این امکان را به شما می‌دهد تا در صورت عدم توانایی تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های سلامت‌تان، به دلیل آسیب یا بیماری، ترجیحات خود را در مورد مراقبت‌های سلامت ثبت کنید.

**بخش 4: ترجیحات پس از فوت**

به شما امکان می‌دهد هرگونه آرزویی را که ممکن است پس از مرگ داشته باشید، از جمله اهداء اعضاء بدن، خواسته‌هایتان در مورد خاکسپاری و غیره با دیگران در میان بگذارید.

**بخش 5: قانونی کردن این سند**

تکمیل این بخش، این سند را در ایالت کالیفرنیا قانونی می‌کند.

این سند همچنین شامل یک فهرست کنترل است که به شما کمک می‌کند ترجیحات خود را با Kaiser Permanente و دیگران به اشتراک بگذارید.

می‌توانید تا هر کجا می‌خواهید این سند را تکمیل کنید.

اگر تصمیم دارید بخشی را کامل نکنید، به سادگی یک خط روی صفحه بکشید و حروف اول نام و نام خانوادگی خود را روی آن بنویسید. این کار به ما اطلاع می‌دهد که این صفحه عمداً خالی مانده است.

برای اینکه این سند در کالیفرنیا قانونی شود، بخش 5 آن باید تکمیل شود.

این دستورالعمل مراقبت‌های سلامت پیشرفته متعلق به شخص زیر است:

نام کامل (Full name)

شماره پرونده پزشکی (Medical Record number) تاریخ تولد (Date of birth)

آدرس پستی (Mailing address)

کدپستی (Zip code)

ایالت (State)

شهر (City)

شماره تماس ثانویه (Secondary phone)

شماره تماس اصلی (Primary phone)

ایمیل (Email)

## انتخاب نماینده(های) مراقبت‌های سلامت من (تصمیم‌گیرنده) [[Choosing My Health Care Agent[s] [Decision Maker]]

اگر نتوانم برای خودم تصمیمات مربوط به مراقبت‌های سلامت را بگیرم، در این بخش نام فردی که برای تصمیم‌گیری به جای من، به آنها اعتماد دارم آورده شده است.

اگر ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت من تشخیص دهد که من نمی‌توانم تصمیمات مربوط به مراقبت‌های سلامت خود را بگیرم، این فرم نام فردی/افرادی را ذکر می‌کند که از جانب من تصمیمات مربوط به مراقبت‌های سلامت را می‌گیرد/می‌گیرند.

نماینده مراقبت‌های سلامت من (تصمیم‌گیرنده) به نمایندگی از من تصمیم می‌گیرد تا تصمیمات مراقبت‌های سلامت را بر اساس ترجیحاتی که با آنها در میان گذاشته‌ام یا با توجه به آنچه در مورد ارزشها و اعتقادات شخصی من می‌داند، طوری که به بهترین نحو به نفع من باشد، اتخاذ کند.

**توجه:** با نماینده خود در مورد آنچه برای شما مهم است صحبت کنید و مطمئن شوید که او قادر به انجام این مسئولیت است. اطمینان حاصل کنید که نزدیکترین افراد به شما می‌دانند که شما چه کسی را به عنوان نماینده خود انتخاب کرده‌اید.

### بخش 1

انتخاب  
نماینده مراقبت سلامت  
همچنین به این معنی  
است که ارزشها و  
اعتقادات خود را با آنها  
در میان بگذارید و به  
آنها بگویید در صورتی  
که نتوانید برای خودتان  
تصمیم بگیرید، چه  
مراقبت‌های پزشکی را  
می‌خواهید.

هنگام انتخاب نماینده مراقبت‌های سلامت خود، فردی را انتخاب کنید که برای شما مهم است و توانایی تصمیم‌گیری‌های سخت در زمان‌های سخت را دارد. از نظر قانونی، نماینده شما نمی‌تواند پزشک شما یا متخصص سلامت دیگری باشد که به عنوان بخشی از تیم درمانی‌تان از شما مراقبت می‌کند.

شما نمی‌توانید هر وضعیتی را در مورد مراقبت‌های سلامت پیش‌بینی کنید؛ نماینده شما باید بر اساس اطلاعات به اشتراک گذاشته شده توسط تیم پزشکی در زمان واقعی تصمیم‌گیری کند. گفتگو کردن با نماینده خود در مورد نوع مراقبتی که می‌خواهید و نمی‌خواهید، هم درک مشترک و هم آرامش خاطر را برای شما به ارمغان می‌آورد.

گاهی ممکن است همسر یا یکی از اعضای خانواده بهترین انتخاب باشد، گاهی اوقات این بهترین انتخاب نیست. شما بهتر می‌دانید.

### یک نماینده مراقبت سلامت خوب کسی است که:

- مایل است نماینده مراقبت‌های سلامت شما باشد و می‌تواند به صورت معقول در دسترس باشد
- ارزشها و باورهای شما را به خوبی می‌شناسد
- حاضر است به ترجیحات شما احترام بگذارد و آنها را نمایندگی کند، حتی اگر آنها با ترجیحات خودشان متفاوت باشند
- از پرسیدن سؤالات و صحبت از طرف شما هراسی نداشته باشد، حتی اگر بر خلاف عرف یا خواسته‌های عزیزانتان باشد
- قادر به تصمیم‌گیری تحت استرس باشد
- در طول زمان، با شما در مورد ترجیحات‌تان هماهنگی انجام دهد

**توجه:** نماینده مراقبت‌های سلامت شما ممکن است همان شخصی که اطلاعات تماس او را برای زمان اضطراری داده‌اید باشد یا نباشد.

این فرم به نماینده شما اجازه نمی‌دهد تصمیمات مالی یا تصمیمات مربوط به امور تجاری دیگر را برای شما اتخاذ کند.

چه کسی را باید به عنوان  
نماینده مراقبت‌های سلامت  
خود انتخاب کنم؟

نام کامل (Full Name):

شماره پرونده پزشکی (# Medical Record):

نماینده مراقبت‌های سلامت من می‌تواند همه تصمیمات مراقبت‌های سلامت را برای من بگیرد اگر من قادر نباشم برای خودم تصمیم بگیرم. اگر من اختیارات نماینده‌ام را محدود نکنم، او می‌تواند تصمیمات زیر را برای من بگیرد:

- پاسخ بله/خیر به داروها، آزمایشات، درمان‌ها. انتخاب یا تغییر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت و تصمیم‌گیری درباره جایی که مراقبت را دریافت می‌کنم
- شروع، عدم شروع، یا توقف انواع مداخلات حیاتی حمایتی برای زنده نگه داشتن من
- هماهنگی و تصمیم‌گیری در مورد مراقبت از بدنم پس از مرگ (از جمله کالبد شکافی، اهدای اعضای بدن و آنچه برای بقایای بدنم اتفاق می‌افتد)

من شخص زیر را به عنوان نماینده مراقبت‌های سلامت اولیه (اصلی) خود انتخاب می‌کنم تا تصمیمات مراقبت‌های سلامت را برای من بگیرد اگر من قادر نباشم برای خودم تصمیم بگیرم.

نماینده مراقبت‌های سلامت اولیه (اصلی) من (My Primary [main] health care agent):

نام کامل (Full name)

نسبت (Relationship)

آدرس پستی (Mailing address)

کدپستی (Zip code)

ایالت (State)

شهر (City)

شماره تماس ثانویه (Secondary phone)

شماره تماس اصلی (Primary phone)

ایمیل (Email)

اختیارات نماینده من وقتی قابل اجرا می‌شود که پزشکم تشخیص دهد که من نمی‌توانم در مورد مراقبت‌های سلامت خود تصمیم‌گیری کنم.

با گذاشتن «X» یکی از موارد زیر را انتخاب کنید (Please mark an "X" to select one of the following):

من درک می‌کنم و می‌پذیرم که نماینده من زمانی فعال می‌شود

که من دیگر نتوانم خودم برای خود تصمیم بگیرم، یا

(I understand and accept that my agent will become active when I can **no longer** make my own decisions, OR)

ترجیح می‌دهم نماینده‌ام بلافاصله از طرف من تصمیم بگیرد، حتی

اگر در حال حاضر خودم قادر باشم درباره خود تصمیم بگیرم

(I prefer that my agent make decisions on my behalf **immediately**, even though I am currently able to make my own decisions)

توجه: اگر نماینده شما همسر یا همخانه شما است، در صورت فسخ، ابطال یا پایان ازدواج یا همخانه بودن، نمایندگی نیز لغو می‌شود.

(Note: If your agent is a spouse or domestic partner, the agent designation is revoked in the event of a dissolution, annulment, or termination of the marriage or domestic partnership)

با نماینده خود در مورد انواع مسئولیت‌هایی که ممکن است در این نقش داشته باشد صحبت کنید. از سوالات قسمت 2 برای سمت و سو دادن به مکالمه خود استفاده کنید.

انتخاب نماینده مراقبت‌های سلامت اولیه

نام کامل (Full Name):

شماره پرونده پزشکی (# Medical Record):

اگر نماینده مراقبت‌های اولیه سلامت من تمایل، توانایی یا دسترسی معقول برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های سلامت من را نداشته باشد، من افراد زیر را به عنوان نمایندگان جایگزین اول و دوم انتخاب می‌کنم.

جایگزین اول و دوم نماینده مراقبت‌های سلامت.

**جایگزین اول نماینده مراقبت‌های سلامت (First Alternate health care agent):**

نام کامل (Full name)

نسبت (Relationship)

آدرس پستی (Mailing address)

کدپستی (Zip code)

ایالت (State)

شهر (City)

شماره تماس ثانویه (Secondary phone)

شماره تماس اصلی (Primary phone)

ایمیل (Email)

**جایگزین دوم نماینده مراقبت‌های سلامت (Second Alternate health care agent):**

نام کامل (Full name)

نسبت (Relationship)

آدرس پستی (Mailing address)

کدپستی (Zip code)

ایالت (State)

شهر (City)

شماره تماس ثانویه (Secondary phone)

شماره تماس اصلی (Primary phone)

ایمیل (Email)

این بخش توصیه می‌شود اما اختیاری است. اگر کسی به ذهن شما نیامد، ادامه دهید.

نام کامل (Full Name): \_\_\_\_\_

شماره پرونده پزشکی (# Medical Record): \_\_\_\_\_

اگر بخواهم اختیارات نماینده مراقبت‌های سلامت خود را محدود کنم، در زیر خواهم نوشت که در چه مواردی **نمی‌خواهم** نماینده ام در مورد مراقبت‌های سلامت تصمیم‌گیری کند.  
(If I wish to limit my health care agent's authority, I will write below what health care decisions **I DO NOT** want my agent to make.)

محدودیت‌های نمایندگان  
مراقبت‌های سلامت.

اگر درباره هیچ یک  
از این عبارات نظری  
ندارید، ادامه دهید.

در زیر همچنین نام افرادی را که **نمی‌خواهم** برای من در مورد مراقبت‌های سلامت تصمیم‌گیری کنند، خواهم نوشت.

(I will also write below the names of any individuals, if any, who **I DO NOT** want to make health care decisions for me.)

## ارزش‌ها و باورهای من (My Values & Beliefs)

این بخش به من این امکان را می‌دهد تا در مورد کیفیت زندگی و زندگی خوب نظراتم را بیان کنم. این به عنوان مبنایی برای پاسخ‌های من به ادامه این سند است.

درک و انعکاس آنچه بیشترین اهمیت را دارد مهم است تا بتوانم از قبل درباره مراقبت‌های سلامت خود مطابق با آنچه که هستم تصمیم‌گیری کنم. همچنین مهم است که نماینده مراقبت‌های سلامت (تصمیم‌گیرنده) من، ارزش‌های من و آنچه را که برای من بیشترین اهمیت را دارد درک کند.

من برخی چیزها را در مورد خودم به اشتراک می‌گذارم، از جمله مسائلی که در زندگی من مهمترین هستند، اینکه زندگی خوب برای من چه معنایی دارد و چه توانایی‌هایی برایم ارزش محسوب می‌شوند. همچنین اعلام خواهم کرد که سیستم اعتقادی من چگونه ممکن است بر مراقبت‌های سلامت من تأثیر بگذارد (I will share some things about myself, such as what is most important in my life, what living well means to me, and what abilities I value. I will also share how my belief system may influence my health care).

همه مواردی را که صدق می‌کنند بررسی کنید و از فضای زیر برای توضیح بیشتر استفاده کنید.  
(Check all that apply and use the space below to describe more)

1. برای اینکه بتوانم خوب زندگی کنم، موارد زیرمهمترین موارد برای من هستند  
(For me to live well, the following matter most to me)

- گذراندن وقت و ارتباط داشتن با عزیزان  
(Spending time and connecting with loved ones)
- تصمیم‌گیری برای امور خود (Making my own decisions)
- برقراری ارتباط معنی‌دار (Communicating meaningfully)
- داشتن فعالیت بدنی (Being physically active)
- شناخت دوستان و خانواده (Recognizing friends and family)
- فعال بودن از نظر اجتماعی (Being socially active)
- داشتن زندگی مستقل (Living independently)
- غذاخوردن بدون کمک (Feeding myself without assistance)
- انجام امور بهداشت فردی (حمام کردن، لباس پوشیدن)  
(Taking care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- زندگی در خانه خودم (Living in my home)
- کار کردن و/یا کار داوطلبانه (Working and/or volunteering)
- مشارکت در سرگرمی‌ها یا علایق (Participating in hobbies or interests)
- احترام به اعتقادات معنوی و/یا مذهب خود (Honoring my spiritual beliefs and/or religion)
- سایر موارد (موارد بیشتر را در زیر توضیح دهید) (Other [say more below])

همچنین برای من مهم است که... (It also matters to me that)

## بخش 2

تکمیل بخش ارزش‌ها و باورهای من  
به شما این امکان را می‌دهد آنچه را که در زندگی‌تان مهمترین است بنویسید. برای این سوالات وقت بگذارید زیرا به شما کمک می‌کنند تا به بخش 3 این سند نیز فکر کنید.



نام کامل (Full Name): \_\_\_\_\_

شماره پرونده پزشکی (# Medical Record): \_\_\_\_\_

**2. به همین دلیل است که انتخاب‌هایی که در سؤال 1 انجام دادم برایم اهمیت دارند. من همچنین نظرات بیشتری را در مورد آنچه که به زندگی من معنا می‌بخشد به اشتراک خواهم گذاشت.**

**(This is WHY the choices I made in Question 1 matter to me. I will also share additional thoughts about what brings meaning to my life.)**

چرا اینها برایتان مهم هستند؟ (Why are these important to you?)

درباره چیزی که برایتان از همه بیشتر ارزش دارد فکر کنید. کیفیت زندگی برای شما چه معنایی دارد؟ اینها ممکن است سؤالات بزرگی به نظر برسند، اما شما در حال حاضر بیشتر از آنچه فکر می‌کنید می‌دانید.

**3. فرهنگ، معنویت، دین و/یا سیستم اعتقادی من چگونه بر تصمیمات مراقبت‌های سلامت من تأثیر می‌گذارد؟ این چقدر برای من مهم است؟**

فقط در صورتی پاسخ دهید که به شما مربوط می‌شود.

**(How does my culture, spirituality, religion, and/or belief system influence my health care decisions? How important is this to me?)**

برای من مهم است که ... (It is important to me that) ...

## انتخاب ترجیحات مراقبت سلامت من (Choosing My Health Care Preferences)

این بخش به همراه قسمت 2: ارزش‌ها و باورهای من ترجیحات من را جهت راهنمایی پزشکان و نمایندگان مراقبت‌های سلامت برای تصمیم‌گیری‌های پزشکی درباره من در مواقعی که نتوانم تصمیمات مربوط به مراقبت‌های سلامت را در مورد خود بگیرم و در مواقعی که برای زنده ماندن من مداخلات حمایتی لازم است، توضیح می‌دهد.

این سند نشان‌دهنده ترجیحات مراقبت‌های سلامت من است:

### بخش 3

انتخاب ترجیحات

مراقبت‌های سلامت

شما ممکن است امری

ناراحت‌کننده باشید، اما

انجام این کار در زمانی

که سالم هستید، می‌تواند

صدای شما برای زمانی

باشد که ممکن است

صدایی نداشته باشید.

اگر من نتوانم تصمیمات مربوط به مراقبت‌های سلامت خود را بگیرم و مداخلات حمایتی برای زنده ماندن من لازم باشد، از نماینده مراقبت‌های سلامت خود می‌خواهم به ترجیحات مراقبت‌های سلامت من را به شرح زیر عمل کند.

من می‌دانم که تصمیمات با مشارکت پزشکان و تیم مراقبت من گرفته خواهد شد و آنها ارزش‌ها و باورهای من، ترجیحات مراقبت‌های سلامت من و وضعیت پزشکی من را در زمان تصمیم‌گیری در نظر خواهند گرفت.

**توجه:** با مستندسازی ترجیحات مراقبت‌های سلامت خود در این دستورالعمل، نماینده مراقبت‌های سلامت و پزشکان شما می‌توانند بر اساس آنچه شما نوشته‌اید به جای حدس زدن، فرض کردن یا تلاش برای به خاطر آوردن تصمیم‌گیری کنند. ترجیحات و ارزش‌ها و باورهای خود را با نماینده و پزشک خود در میان بگذارید.

مداخلات حفظ حیات چیست؟

مداخلات حفظ حیات شامل هرگونه فرآیند پزشکی، دستگاه‌ها یا داروهایی است که ممکن است برای زنده نگه داشتن من استفاده شود.

این مداخلات ممکن است مؤثر باشند یا نباشند، و عارضه زمینه‌ای یا علت بیماری را درمان نمی‌کنند.

مداخلات حفظ حیات شامل موارد زیر است:

- **احیای قلبی ریوی (Cardiopulmonary resuscitation, CPR):** تلاشی برای شروع به کار مجدد قلب با فشار وارد کردن بر قفسه سینه در صورت توقف قلب و تنفس.
- **ونتیلاتور:** دستگاهی که وقتی ریه‌های شما کار نمی‌کنند کار تنفس را برای شما انجام می‌دهد. لوله‌ای از طریق دهان یا برشی در گردن وارد مجرای تنفسی شما می‌شود. لوله به دستگاه متصل می‌شود.
- **تغذیه لوله‌ای:** تغذیه مصنوعی نیز نامیده می‌شود، یک درمان پزشکی است که غذای مایع (تغذیه) به بدن می‌رساند. این کار زمانی انجام می‌شود که فرد نمی‌تواند از طریق دهان به اندازه کافی غذا بخورد یا در بلع مشکل دارد.
- **دیالیز:** دستگاهی که در صورت کار نکردن کلیه‌ها مواد زائد را از خون شما خارج می‌کند.
- **انتقال خون یا استفاده از فرآورده‌های خونی برای درمان:** فرآیند انتقال خون یا فرآورده‌های خونی به بدن شما از طریق یک لوله باریک که در داخل ورید بازوی شما قرار داده می‌شود.

نام کامل (Full Name):

شماره پرونده پزشکی (# Medical Record):

اکنون که در مورد مداخلات حفظ حیات آموخته‌اید، موارد زیر را در نظر بگیرید (به هر تعداد که می‌خواهید از توانایی‌های زیر را انتخاب کنید).

**A. مداخلات حفظ حیات را رد یا متوقف می‌کنم اگر نتوانم**

**(I would decline or stop life sustaining interventions if I was not able to)**

- تصمیمات مربوط به خود را خودم بگیرم (Make my own decisions)
- ارتباط معنی‌دار برقرار کنم (Communicate meaningfully)
- دوستان و خانواده را بشناسم (Recognize friends and family)
- بدون کمک یا تغذیه با لوله، غذای خود را بخورم (Feed myself without assistance or tube feeding)
- بهداشت فردی خود را انجام دهم (حمام کردن، پوشیدن لباس خودم) (Take care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- در اجتماع شرکت کنم (Engage with the community)

بر اساس پاسخ‌های شما در بالا، موارد زیر را هنگام انتخاب اولویت‌های مراقبت‌های سلامتتان در نظر بگیرید:

از نماینده مراقبت‌های سلامت من خواسته می‌شود تا تصمیمات پزشکی را در مورد من اتخاذ کند زیرا یک رویداد جدی پزشکی، بیماری یا جراحت باعث شده است نتوانم خودم در مورد خودم تصمیم بگیرم و برای زنده ماندن من به مداخلات حمایتی حیات نیاز است. مداخلات حفظ حیات عبارتند از: CPR، دستگاه تنفس، تغذیه با لوله، دیالیز، تزریق خون یا فرآورده‌های خونی و غیره.

**(My health care agent is being asked to make medical decisions for me because a serious medical event, illness, or injury has left me unable to make my own decisions and life sustaining interventions are needed to keep me alive. Life sustaining interventions include: CPR, ventilator, tube feeding, dialysis, blood transfusions or blood products, etc.)**

**B. من دچار زوال عقل پیشرفته یا آسیب مغزی شدید هستم که انتظار نمی‌رود بهتر شود. من قادر به عملکرد به نحوی نیستم که برایم قابل قبول باشد.**

**(I have advanced dementia or severe brain damage that is not expected to get better. I am not able to function in a way that is acceptable to me.)**

بر اساس ارزش‌ها و اعتقاداتم (Based on my values and beliefs):

هیچ مداخله‌ای برای حفظ حیات نمی‌خواهم. من یا مداخلات حفظ‌حیات را متوقف می‌کنم یا اصلاً شروع نمی‌کنم.

**(I do not want any life-sustaining interventions. I would either stop or not start life sustaining interventions.)**

من می‌خواهم مداخلات حفظ حیات شروع یا ادامه یابد، تا زمانی که از نظر پزشکی مناسب تشخیص داده شود.

**(I would want life-sustaining interventions to start or continue, as long as medically appropriate.)**

من می‌خواهم یک دوره آزمایشی محدود از مداخلات حیاتی را تا زمانی که از نظر پزشکی مناسب است، انجام دهم. به طور معمول، یک دوره آزمایشی کمتر از دو هفته است.

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions, as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)**

ترجیحات من برای یک دوره آزمایشی این است ... زیرا ... (My preferences for a trial period are...because...)

ارزش‌ها و ترجیحات مراقبت‌های سلامت خود را با نماینده خود به اشتراک بگذارید. در مورد اینکه چرا انتخاب‌های شما برایتان مهم هستند صحبت کنید. اطمینان حاصل کنید که آنها به خواسته‌های شما احترام می‌گذارند، حتی اگر با خواسته‌های خودشان متفاوت باشند.

در شرایط توصیف شده، ممکن است توانایی شناسایی خود یا عزیزان‌تان را نداشته باشید. پزشکان به نماینده و/یا خانواده شما گفته‌اند که انتظار نمی‌رود شما این توانایی‌ها را دوباره بازیابید.

نام کامل (Full Name):

شماره پرونده پزشکی (# Medical Record):

**C. من یک بیماری جدی و رو به پیشرفت دارم که به آخرین مرحله خود نزدیک شده است.**  
من قادر به عملکرد به نحوی نیستم که برایم قابل قبول باشد.

**(I have a serious, progressing illness that is nearing its final stage. I am not able to function in a way that is acceptable to me.)**

بر اساس ارزش‌ها و اعتقاداتم (Based on my values and beliefs):

..... هیچ مداخله‌ای برای حفظ حیات نمی‌خواهم. من یا مداخلات حفظ حیات را متوقف می‌کنم یا اصلاً شروع نمی‌کنم.

**(I do not want any life-sustaining interventions. I would either stop or not start life sustaining interventions.)**

..... من می‌خواهم مداخلات حفظ حیات شروع یا ادامه یابد، تا زمانی که از نظر پزشکی مناسب تشخیص داده شود.

**(I would want life-sustaining interventions to start or continue, as long as medically appropriate.)**

..... من می‌خواهم یک دوره آزمایشی محدود از مداخلات حیاتی را تا زمانی که از نظر پزشکی مناسب است، انجام دهم. به طور معمول، یک دوره آزمایشی کمتر از دو هفته است.

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions, as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)**

ترجیحات من برای یک دوره آزمایشی این است ... زیرا ... (My preferences for a trial period are...because...)

اگر بخواهم هر نوع ترجیح مراقبت سلامت بیشتر را اضافه کنم، یا بخواهم به دلیل اعتقادات فرهنگی، مذهبی، یا شخصی، هرگونه مداخله حفظ حیات را محدود کنم، این محدودیت‌ها را در فضای زیر ذکر می‌کنم.

**(If I want to add any additional health care preferences, or if I wish to limit any life sustaining interventions because of my cultural, religious, or personal beliefs, I will write these limitation(s) in the space below.)**

من می‌خواهم...چون... (I want...because...)

فقط در صورتی که به شما مربوط می‌شود، پاسخ دهید.

نام کامل (Full Name): \_\_\_\_\_

شماره پرونده پزشکی (# Medical Record): \_\_\_\_\_

اگر می‌خواهید تزریق خون یا فرآورده‌های خونی را برای درمان رد کنید، حروف اول نام و نام خانوادگی خود را در زیر بنویسید (گزینه‌ای را که برای شما مناسب است انتخاب کنید).  
(Initial below if you want to decline blood transfusions or blood products for treatment [select the option that is true for you.]

من انتقال خون یا فرآورده‌های خونی را رد می‌کنم و فرم اعلامیه خون Kaiser Permanente را پر خواهم کرد.  
(I DECLINE blood transfusions or blood products and will fill out the Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

من انتقال خون یا فرآورده‌های خونی را رد می‌کنم و فرم اعلامیه خون Kaiser Permanente را تکمیل کرده‌ام.  
(I DECLINE blood transfusions or blood products and I have completed a Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

[اختیاری] تصمیم برای رد درمان خاص پزشکی.

اگر در حال حاضر بیماری جدی و پیش‌رونده‌ای دارید که به آخرین مرحله خود نزدیک شده است، لطفاً در مورد تکمیل سند دستورات پزشک برای درمان پایدار زندگی یا (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST) با پزشک یا تیم مراقبت‌های سلامت خود صحبت کنید.

آیا به فرم دیگری نیاز دارم؟

نام کامل (Full Name): \_\_\_\_\_

شماره پرونده پزشکی (# Medical Record): \_\_\_\_\_

## ترجیحات پس از مرگ

این بخش به شما این امکان را می‌دهد تا ترجیحات خود را در مورد نحوه برخورد با بدنتان بعد از مرگ و خواسته‌های خود برای خاکسپاری، یادبود یا دفنتان را ثبت کنید. همچنین می‌توانید ترجیحات خود را برای اهدای عضو ثبت کنید.

مستندسازی ترجیحات شما برای آنچه در هنگام مرگ و پس از آن برای شما اتفاق می‌افتد، به افراد نزدیک شما کمک می‌کند تا به آنچه که برای شما مهم است احترام بگذارند. کمی وقت بگذارید و در مورد این جملات فکر کنید و اگر مفید بود، می‌توانید به قسمت 2: ارزش‌ها و باورهای من مراجعه کنید.

به یاد داشته باشید: اگر مشکل دارید یا همه پاسخ‌ها را ندارید، آنچه را که می‌دانید مستند کنید و ادامه دهید.

1. اگر در پایان زندگی خود هستم، می‌خواهم عزیزانم بدانند که من موارد زیر را دوست دارم (برای مثال، مراسم، حمایت معنوی، مردم، موسیقی، غذا، حیوانات خانگی و غیره)  
(If I am at the end of my life, I want my loved ones to know that I would like the following around me [for example, rituals, spiritual support, people, music, food, pets, etc.]):

ترجیحات من عبارتند از ... (My preferences are...)

2. پس از مرگ، ترجیحات من برای نحوه رفتار با بدنم (مراسم خاکسپاری، یادبود، دفن یا هر سنت مذهبی یا معنوی دیگر) در زیر فهرست شده است.  
(After death, my preferences for how I want my body to be treated [funeral, memorial, burial, or any other religious or spiritual traditions] are listed below.)

ترجیحات من عبارتند از ... (My preferences are...)

### بخش 4

ثبت ترجیحات شما پس از مرگ ممکن است کار سختی به نظر برسد، اما به عزیزان شما کمک می‌کند تا در زمان سخت احساسی، خواسته‌های شما را برآورده کنند.

لطفاً هرگونه تمهیدات را که قبلاً انجام داده‌اید (مانند سردخانه، قبرستان، اهدای جسد خود برای اهداف علمی) درج کنید.

نام کامل (Full Name): \_\_\_\_\_

شماره پرونده پزشکی (# Medical Record): \_\_\_\_\_

ترجیحات در مورد  
اهدای اعضا، بافت‌ها  
و/یا اعضای بدن.

یک گزینه را برای اهدای عضو انتخاب کنید.

3. پس از مرگ، می‌خواهم اعضای بدن، بافت‌ها و/یا قسمت‌های بدنم را اهدا کنم.

(Upon my death, I want to donate my organs, tissues, and/or body parts.)

بله (Yes)

با علامت زدن کادر بالا، و صرف‌نظر از انتخاب من در قسمت 3: انتخاب ترجیحات مراقبت‌های سلامت من برای پایان عمر، من به نماینده مراقبت‌های سلامت خود اجازه می‌دهم که برای انجام هرگونه فرآیند پزشکی موقت که فقط برای ارزیابی و/یا حفظ اندام‌ها، بافت‌های من و/یا قسمت‌های بدنم برای اهداء ضروری است، رضایت دهد.

(By checking the box above, and regardless of my choice in **Part 3: Choosing My Health Care Preferences for End of Life**, I authorize my health care agent to consent to any temporary medical procedure necessary solely to evaluate and/or maintain my organs, tissues, and/or body parts for purposes of donation.)

هر تعداد گزینه که لازم است انتخاب کنی د (Choose as many options as applies):

من می‌خواهم اعضای بدن، بافت‌ها و/یا اعضای بدن خود را برای اهداف زیر اهدا کنم  
:(I want to donate my organs, tissues, and/or body parts for the following purposes)

پیوند (Transplant)

درمان (Therapy)

تحقیق (Research)

آموزش (Education)

من می‌خواهم اهداء اعضا، بافت‌ها و/یا اعضای بدن خود را به شرح زیر محدود کنم  
:(I want to restrict my donation of organs, tissues, and/or body parts as indicated below)

من می‌خواهم به موارد زیر محدود کنم ... (I would like to restrict...)

خیر (No)

مطمئن نیستم (I'm not sure)

اگر این قسمت را خالی بگذارم، به معنی مخالفت با اهدای اعضا، بافت‌ها و/یا اعضای بدن من نیست. ثبت نام اهداکننده مجاز ایالت باید در مورد من انجام شود، یا در صورت عدم وجود، تصمیم‌گیرنده قانونی من که در قسمت 1 ذکر شده است می‌تواند پس از مرگ من اعضا را اهداء کند. اگر هیچ نماینده مراقبت‌های سلامت را نام نبرده باشم، قبول می‌کنم که قانون کالیفرنیا به یک فرد مجاز اجازه دهد چنین تصمیمی را از طرف من اتخاذ کند.

(If I leave this part blank, it is not a refusal to donate my organs, tissues, and/or body parts. My state-authorized donor registration should be followed, or, if none, my legally recognized decision maker listed in Part 1 may make a donation upon my death. If no health care agent is named, I acknowledge that California law permits an authorized individual to make such a decision on my behalf.)

## معتبر ساختن این سند از نظر قانونی (Making This Document Legally Valid)

این بخش، دستورالعمل مراقبت‌های سلامت پیشرفته شما را در ایالت کالیفرنیا از نظر قانونی معتبر می‌کند. برای اینکه این سند از نظر قانونی معتبر باشد، (1) شما باید امضا کنید و (2) باید توسط دو شاهد امضا شود یا در یک دفتر اسناد رسمی تأیید شود.

برای معتبر ساختن این سند از نظر قانونی در ایالت کالیفرنیا، انتهای این صفحه را امضا کنید و یکی از موارد زیر را انتخاب کنید:

### بخش 5

رعایت الزامات قانونی تضمین می‌کند که تمام تلاش و تفکری که در این AHCD انجام داده‌اید معتبر خواهد بود. به یاد داشته باشید، اگر می‌خواهید چیزی را بعداً تغییر دهید، فقط یک AHCD دیگر را تکمیل کنید.

#### دفتر اسناد رسمی

- این سند را امضا نکنید مگر اینکه در یک دفتر اسناد رسمی باشید.
- دفتر اسناد رسمی در صفحه 17 امضا می‌کند.

#### دو شاهد

- یکی از شاهدان شما نباید با شما نسبتی داشته باشد (از طریق خون، ازدواج یا فرزندانخواندگی) و نباید از هیچ قسمتی از اموال شما ارث ببرد.
- نمایندگان مراقبت‌های سلامت اولیه و جایگزین شما (تصمیم گیرندگان) نمی‌توانند به عنوان شاهد امضا کنند.
- ارائه دهنده مراقبت سلامت شما یا کارمند ارائه‌دهنده خدمات درمانی نمی‌تواند به عنوان شاهد امضا کند.
- وقتی با شاهدان خود هستید، امضا کنید یا امضای خود را تأیید کنید.
- شاهدان در صفحه 16 امضا می‌کنند.

یا

#### امضای من (My Signature)

نام من با حروف بزرگ (My name printed)

[Blank space for name]

امضای من (My signature)

تاریخ (Date)

[Blank space for signature]

اگر از نظر جسمی قادر به امضا نیستید، هر علامتی که می‌خواهید به عنوان امضای خود قرار دهید، قابل قبول است.

(If you are physically unable to sign, any mark you make that you intend to be your signature is acceptable.)

امضای شما اینجا است.

ادامه دهید! برای اینکه این سند از نظر قانونی در ایالت کالیفرنیا معتبر باشد، باید این سند را در حضور شاهد امضا کنید یا اینکه آن را محضری کنید.



نام کامل (Full Name):

شماره پرونده پزشکی (# Medical Record):

من برای معتبر ساختن قانونی این سند در کالیفرنیا، آوردن دو شاهد را انتخاب می‌کنم.

انتخاب دو شاهد.

**بیانیه شاهدان:** من به موجب مجازات شهادت دروغ طبق قوانین کالیفرنیا اعلام می‌کنم: (1) اینکه شخصی که این دستور العمل مراقبت‌های سلامت پیشرفته را امضا یا تصدیق کرده است، شخصاً از طرف من شناخته شده است، یا اینکه هویت فرد با شواهد قانع کننده برای من ثابت شده است، (2) اینکه شخص در حضور من این دستور العمل مراقبت‌های سلامت پیشرفته را امضا یا تأیید کرده است، (3) اینکه به نظر می‌رسد فرد از نظر عقلی سالم است و تحت هیچ گونه اجبار، تقلب و یا نفوذ بیجا نیست، (4) اینکه من شخصی نیستم که به موجب این دستور العمل مراقبت‌های سلامت پیشرفته به عنوان نماینده تعیین شده است، و (5) اینکه من ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت فرد، کارمند ارائه‌دهنده خدمات درمانی فرد، اپراتور مرکز مراقبت محلی، کارمند اپراتور مرکز مراقبت محلی، اپراتور مرکز مراقبت مسکونی سالمندان و نیز کارمند اپراتور مرکز مراقبت مسکونی سالمندان هم نیستم.

شاهد شماره یک (Witness number one):

امضای شاهد شماره یک.

نام (Name)

نشانی (Address)

تاریخ (Date)

امضا (Signature)

توجه داشته باشید، که نماینده مراقبت‌های سلامت شما نمی‌تواند یک شاهد باشد.

شاهد شماره دو (Witness number two):

امضای شاهد شماره دو.

نام (Name)

نشانی (Address)

تاریخ (Date)

امضا (Signature)

**بیانیه جانبی شاهدان:** حداقل یکی از شهود فوق باید بیانیه زیر را نیز امضا کند: من همچنین تحت قانون مجازات شهادت دروغ در کالیفرنیا اعلام می‌کنم که با فرد اجراکننده این دستور العمل مراقبت‌های سلامت پیشرفته نسبت خونی، ازدواجی یا فرزندخواندگی ندارم و تا آنجا که می‌دانم، هیچ قسمت از املاک فرد پس از مرگ وی بر اساس وصیت‌نامه موجود یا بر اساس قانون به من نمی‌رسد.

از نظر قانونی، یکی از شاهدان شما نباید با شما نسبتی داشته باشد.

**(Additional Statement of Witnesses:** At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: **I further declare under penalty of perjury under the laws of California** that I am not related to the individual executing this Advance Health Care Directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.)

تاریخ (Date)

امضا (Signature)

نام کامل (Full Name):

شماره پرونده پزشکی (# Medical Record):

فقط در صورتی که به شما مربوط می‌شود، امضا کنید.

### شرایط ویژه شاهد

اگر شما بیماری در یک مرکز پرستاری حرفه‌ای هستید، وکیل مدافع یا دادخواه بیمار باید بیانیه زیر را امضا کند.

### (Special Witness Requirement)

If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement.)

اظهارات وکیل مدافع یا دادخواه بیمار: من تحت قانون مجازات شهادت دروغ مطابق قوانین کالیفرنیا اعلام می‌کنم که وکیل مدافع یا دادخواه یک بیمار هستم که توسط دفتر امور سالمندان ایالت منصوب شده‌ام و طبق بند 4675 قانون وراثت کالیفرنیا، به عنوان یک شاهد همکاری می‌کنم.

(STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN: I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or an ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the California Probate Code.)

تاریخ (Date)

امضا (Signature)

من به جای دو شاهد، یک دفتر اسناد رسمی را انتخاب می‌کنم.

انتخاب یک دفتر اسناد رسمی.

## ACKNOWLEDGMENT

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,

(insert name and title of the officer)

personally appeared

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

(Seal)

## مراحل بعدی (Next Steps)

اکنون که دستورالعمل مراقبت‌های سلامت پیشرفته (AHCD) خود را تکمیل کرده‌اید، برای اطمینان از پیگیری این چند مرحله اخیر، از این فهرست کنترل استفاده کنید.

### کپی‌های AHCD خود را

- به نماینده مراقبت‌های سلامت خود (تصمیم گیرنده) و نماینده(گان) جایگزین بدهید
- در قرار ملاقات بعدی خود بیاورید یا

یک نسخه از طریق پست به: Kaiser Permanente Central Scanning،  
1011 S. East Street، Anaheim، CA 92805

ایمیل: [SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org](mailto:SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org)

- ارسال کنید نسخه اصلی را نگه دارید

### درباره AHCD خود بحث کنید

- در مورد ارزش‌ها، باورها و ترجیحات مراقبت‌های سلامت خود با نماینده مراقبت‌های سلامت (تصمیم گیرنده) صحبت کنید. از AHCD خود برای هدایت گفتگو استفاده کنید و مطمئن شوید که آنها قادر به انجام این نقش هستند.
- حتماً به عزیزان، خانواده و/یا دوستان نزدیک خود اطلاع دهید که شما چه کسی را به عنوان نماینده مراقبت‌های سلامت خود انتخاب کرده‌اید و ترجیحات مراقبت‌های سلامت شما چیست و چرا.

### AHCD خود را با خود ببرید

- اگر به بیمارستان یا خانه سالمندان می‌روید، یک نسخه از AHCD خود را بردارید و درخواست کنید که در پرونده پزشکی شما قرار گیرد.

### AHCD خود را به طور منظم مرور کنید

- در صورت بروز هر یک از موارد زیر AHCD خود را بازنگری کنید:
- دهه – وقتی یک دهه جدید از زندگی خود را شروع می‌کنید
  - مرگ – هر زمان که مرگ یکی از عزیزان را تجربه می‌کنید
  - طلاق/ازدواج – وقتی طلاق، ازدواج یا سایر تغییرات عمده خانوادگی را تجربه می‌کنید
  - تشخیص – وقتی تشخیص داده می‌شود که یک عارضه سلامتی جدی دارید
  - زوال – هنگامی که زوال یا وخامت قابل توجهی در وضعیت سلامتی موجود را تجربه می‌کنید، به ویژه اگر نتوانید به تنهایی زندگی کنید.

به یاد داشته باشید: هر زمان که بخواهید می‌توانید هر یک از ترجیحات خود را در AHCD خود لغو یا تغییر دهید. با تغییر اوضاع در زندگی یا سلامت‌تان، می‌توانید نماینده مراقبت سلامت (تصمیم گیرنده) خود و ترجیحات پزشکی‌تان را تغییر دهید. این کار را باید به صورت کتبی انجام دهید و سند جدید را امضا کنید، یا می‌توانید شخصاً به ارائه‌دهنده خدمات سلامت خود اطلاع دهید.

تبریک می‌گوییم!  
تقریباً کار را به پایان رسانده‌اید. در اینجا چند مورد دیگر وجود دارد که باید به آنها توجه کنید تا فرایند را به پایان برسانید.



این اطلاعات برای تشخیص مشکلات سلامت یا جایگزین توصیه‌های پزشکی یا مراقبت‌هایی که از پزشک یا سایر متخصصان مراقبت‌های سلامت دریافت می‌کنید، نیست. در صورت داشتن مشکلات ادامه‌دار در سلامت خود یا داشتن سوالات بیشتر لطفاً با پزشک خود مشورت کنید.

تهیه شده توسط Spark، تیم KPIT Innovation با مشارکت تیم برنامه‌ریزی مراقبت از زندگی منطقه‌ای (Life Care Planning). با تشکر ویژه از SCPMG Legal، Bioethics و سایر مشارکت‌کنندگان اصلی برای راهنمایی‌شان.

© Southern California Permanente Medical Group

کلیه حقوق محفوظ است.

SCAL-LCP 032F (07/21)

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)