

Respecting Choices® at Beaumont

অগ্রিম নির্দেশনা



এটি মূল ইংরেজি লেখার একটি সত্য ও নির্ভুল অনূবাদ। ব্যাখ্যা করা এবং শিক্ষার উদ্দেশ্যে এই কপি প্রদান করা হয়েছে এবং আইনি স্বাক্ষর সংগ্রহ করা এর উদ্দেশ্য নয়। এই অনূদিত কপি দেয়া হয়েছিল এমন একটি সূত্র উল্লেখ করে ইংরেজি কপিতে স্বাক্ষর প্রদান করতে হবে।

This is a true and accurate translated copy of the original in English. This copy is intended for explanations and education purposes and is not meant to get legal signatures. Legal signatures should be completed on the English copy with a reference that this translated copy was given.

Beaumont

বিষয়বস্তু

ভূমিকা

অগ্রিম পরিচর্যা পরিকল্পনা কী?.....	I.
অগ্রিম নির্দেশনা কী?.....	II.
আপনার ইচ্ছা ও পছন্দগুলো শেয়ার করা.....	III.
Respecting Choices at Beaumont সম্পর্কে আরো জানুন	IV.

RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT অগ্রিম নির্দেশনা

আইনি বিভাগ

ব্যক্তিগত তথ্য	পৃষ্ঠা 5 এর 1
স্বাস্থ্যসেবায়-পেশেন্ট অ্যাডভোকেট নিযুক্ত করার জন্য স্থায়ী আমমোক্তারনামা	পৃষ্ঠা 5 এর 2
রোগীর স্বাক্ষর ও সাক্ষীর বিবৃতি	পৃষ্ঠা 5 এর 3
মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্তসমূহ-ঐচ্ছিক	পৃষ্ঠা 5 এর 4
পেশেন্ট অ্যাডভোকেট/উত্তরসূরি পেশেন্ট অ্যাডভোকেট এর সম্মতি	পৃষ্ঠা 5 এর 5

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট ও স্বাস্থ্যসেবা দলের জন্য সুপারিশকৃত তথ্য

ঐচ্ছিক বিভাগ

আমার আধ্যাত্মিক বা ধর্মীয় বিবেচনা

কোনো গুরুতর, স্থায়ী আঘাতের পরিচর্যার জন্য আপনার লক্ষ্যগুলি অন্বেষণ করা

হৃদযন্ত্র ও ফুসফুসের পুনরুজ্জীবন (CPR) সম্পর্কে তথ্য

আসুন একটু কথাবার্তা বলা যাক

অগ্রিম পরিচর্যা পরিকল্পনা কথাবার্তা দিয়ে শুরু হয়। আপনাকে এই প্রক্রিয়ার মধ্য দিয়ে পথ দেখানোর জন্য *Respecting Choices at Beaumont* এর সার্টিফাইড ফ্যাসিলিটেটররা লভ্য রয়েছেন। এতে আপনার বেছে নেয়া পেশেন্ট অ্যাডভোকেট ও ডাক্তারের সাথে আপনার মূল্যবোধ ও বিশ্বাস শেয়ার করার বিষয়টি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। সফলভাবে সমাপ্তির ফলে অগ্রিম নির্দেশনার একটি আইনি ডকুমেন্ট তৈরি হয়।



একটি অগ্রিম নির্দেশনা সম্পূর্ণ করাটা সহজ নাও হতে পারে কিন্তু লক্ষ লক্ষ ব্যক্তি এটি সাফল্যের সাথে সম্পন্ন করেছেন এবং আপনিও এটি করতে পারেন।



অগ্রিম পরিচর্যা পরিকল্পনা কি?

Beaumont Health, *Respecting Choices* এর সাথে অংশীদারিত্ব গড়ে তুলেছে, যা হলো অগ্রিম পরিচর্যা পরিকল্পনার একটি আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত, প্রমাণ-ভিত্তিক মডেল যা ব্যক্তি-কেন্দ্রিক পরিচর্যার স্বাস্থ্যসেবার সংস্কৃতি তৈরি করে যা কোনো ব্যক্তির বর্তমান ও ভবিষ্যতের স্বাস্থ্যসেবার জন্য লক্ষ্য ও মূল্যবোধগুলোর প্রতি সম্মান দেখায়।

Respecting Choices at Beaumont এর সার্টিফাইড ফ্যাসিলিটেটররা আপনার অগ্রিম নির্দেশনা সম্পূর্ণ করার ক্ষেত্রে সহায়তা করার জন্য লভ্য রয়েছেন। এর ফলে একটি ডকুমেন্ট তৈরি হবে যা হলো স্পষ্ট ও নির্ভুল, এবং আপনার মূল্যবোধ ও পরিচর্যার স্বতন্ত্র লক্ষ্যগুলোকে প্রতিফলিত করে। আমরা এই পরিষেবাগুলো বিনামূল্যে দিয়ে থাকি। যদি আপনি আপনার ডাক্তারের সাথে দেখা করতে চান তাহলে আপনাকে খরচ দিতে হতে পারে, অনুগ্রহ করে আপনার চিকিৎসকের অফিস বা বিমা কোম্পানির সাথে কথা বলুন।

কথাবার্তার এই দৃষ্টিভঙ্গি স্বীকৃতি দেয় যে অগ্রিম পরিচর্যা পরিকল্পনা “সবার জন্য একই মাপ”-এর কোনো প্রক্রিয়া নয়। আপনি বাড়তি ডকুমেন্ট পূরণ করতে চাইতে পারেন যেগুলো আপনার মূল্যবোধের প্রতি অন্তর্দৃষ্টি প্রদান করে এবং আপনার মনোনীত পেশেন্ট অ্যাডভোকেট ও স্বাস্থ্যসেবা দলের জন্য বাড়তি নির্দেশনা প্রদান করে।

আপনার অনুরোধে, আপনার অগ্রিম নির্দেশনার ডকুমেন্ট Beaumont-এর ইলেক্ট্রনিক মেডিকেল রেকর্ড সিস্টেমে প্রবেশ করানো হবে যাতে একই ধরনের ইলেক্ট্রনিক মেডিকেল রেকর্ড শেয়ারকারী যেকোনো ক্যাম্পাসে বা প্র্যাক্টিসের অবস্থানে এটি পাওয়া যায়।

আপনি আপনার অগ্রিম পরিচর্যা পরিকল্পনার বিষয়টি বিবেচনা করার সময়, আমরা জানি যে কথাবার্তা ও প্রক্রিয়ার জন্য কিছুটা সময় লাগতে পারে। *Respecting Choices at Beaumont*-এ আপনার ফ্যাসিলিটেটর আপনার সাথে প্রতিটি পদক্ষেপে থাকতে পারেন।

Respecting Choices®
PERSON-CENTERED CARE



অগ্রিম নির্দেশনা কী?



অগ্রিম নির্দেশনা হলো একটি আইনি ডকুমেন্ট যা চিকিৎসার জন্য আপনার সুনির্দিষ্ট পছন্দগুলো বর্ণনা করে যদি আপনি তা করতে অক্ষম হন। আপনার অগ্রিম নির্দেশনা, যাকে স্বাস্থ্যসেবার জন্য স্থায়ী আমমোক্তারনামাও বলা হয়ে থাকে, কেবলমাত্র তখনই ব্যবহার করা হবে যদি আপনি এতটাই অসুস্থ বা আহত হয়ে পড়েন যে আপনার নিজের ইচ্ছা জানানোর মত অবস্থা না থাকে। পেশেন্ট অ্যাডভোকেটদের একটি তালিকা দিয়ে অগ্রিম নির্দেশনা শুরু হয় যাতে আপনি আর সক্ষম না থাকলে তারা আপনার হয়ে সিদ্ধান্ত নিতে পারেন এবং এতে হৃদযন্ত্র ও ফুসফুসের পুনরুজ্জীবন (CPR), লাইফ সাপোর্ট ও অঙ্গপ্রত্যঙ্গ দানের বিষয়ে আপনার পছন্দ সম্পর্কে বাড়তি ডকুমেন্ট অন্তর্ভুক্ত থাকে।

আপনি নিজের জন্য একজন আইনি প্রতিনিধির নাম দেবেন, যাকে পেশেন্ট অ্যাডভোকেটও বলা হয়ে থাকে। আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট অবশ্যই এমন একজন ব্যক্তি হবেন যাকে আপনি বিশ্বাস করেন, আপনি ডাকলে যাকে পাওয়া যাবে, এবং আপনি নিজের জন্য চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে অক্ষম হলে যিনি আপনার পক্ষে চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে স্বাচ্ছন্দ্য বোধ করবেন। আপনার অগ্রিম নির্দেশনায় উল্লিখিত আপনার ইচ্ছাগুলোর বিষয়ে আপনার ও আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের মধ্যে একটি আলোচনা হওয়া উচিত। আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট আপনার নির্দেশনার সাথে একমত না হলেও তিনি আপনার নির্দেশনা অনুসরণ করবেন বলে আশা করা হয়।

আপনার নিজস্ব ভাষায় আপনার পরিচর্যার সাধারণ লক্ষ্য ও আপনার চিকিৎসার পছন্দগুলো বর্ণনা করার মাধ্যমে, অগ্রিম নির্দেশনার ডকুমেন্ট আপনার স্বাস্থ্যসেবা দল ও পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে আপনার সত্যিকারভাবে চাওয়া পরিচর্যাগুলো প্রদানের ক্ষেত্রে আরো ভালোভাবে সাহায্য করে। আপনি যেকোনো সময় এই ডকুমেন্ট পরিবর্তন করতে পারেন।

আপনার ডাক্তার, স্বাস্থ্যসেবা দল ও পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের সাথে বছরে একবার অগ্রিম নির্দেশনা পর্যালোচনা করার সাথে সাথে প্রতিবার আপনি কোনো স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে প্রবেশ করার সময় পর্যালোচনা করলে এটি আপনার মূল্যবোধের সাথে হালনাগাদ থাকবে। আপনি যেকোনো সময়ে এটি হালনাগাদ বা বাতিল করতে পারেন।

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট ও স্বাস্থ্যসেবা দলকে দিকনির্দেশনা প্রদানকারী বাড়তি অনলাইন ওয়ার্কশীটগুলো beaumont.org/respecting-choices ওয়েবসাইটে পাওয়া যাবে।

বাড়তি অনলাইন ওয়ার্কশীট:

- কোন বিষয়গুলো জীবন যাপনকে অর্থবহ করে তোলে
- শ্বাস-প্রশ্বাসের টিউব/কৃত্রিম শ্বাসপ্রশ্বাসের টিউব বসানো
- খাওয়ানোর জন্য টিউব/পুষ্টি
- জাগরণ বনাম আরাম
- ক্লিনিক্যাল ট্রায়াল ও গবেষণায় অংশগ্রহণ
- রক্ত পরিসঞ্চালন



আপনার ইচ্ছা ও পছন্দগুলো সম্পর্কে জানানো

আলোচনা, বিতরণ ও পর্যালোচনা

আপনার অগ্রিম নির্দেশনা সম্পন্ন করার পর:

- আপনার পরিবার ও ঘনিষ্ঠ বন্ধুবান্ধবকে জানান যে আপনি এই ডকুমেন্টটি সম্পূর্ণ করেছেন। তাদেরকে জানান যে আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট কারা এবং আপনার স্বাস্থ্যসেবার ইচ্ছাগুলি কী কী। তাদেরকে জানান যে এগুলি আপনার সিদ্ধান্ত এবং নিছকই আপনার অনুরোধ নয়।
- আপনার অগ্রিম নির্দেশনার তথ্য পৃষ্ঠায় (আপনার অগ্রিম নির্দেশনার প্রথম পৃষ্ঠায়) উল্লিখিত ব্যক্তিদেরকে আপনার সম্পূর্ণ করা অগ্রিম নির্দেশনার কপি দিন।
- যখনই আপনি কোনো হাসপাতালে বা দক্ষ নার্সিং কেন্দ্রে (নার্সিং হোম বা পুনর্বাসন কেন্দ্র) ভর্তি হবেন, আপনার অগ্রিম নির্দেশনার একটি কপি আপনার সঙ্গে রাখুন। আপনার অগ্রিম নির্দেশনাকে আপনার মেডিকেল রেকর্ডে প্রবেশ করাতে বলুন।
- আপনার অগ্রিম নির্দেশনার একটি কপি এমন জায়গায় রাখুন যেখানে এটি সহজেই পাওয়া যায়।
- একটি নতুন অগ্রিম নির্দেশনা পূরণ করে ও তারিখ উল্লেখ করে আপনার অগ্রিম নির্দেশনা যেকোনো সময় হালনাগাদ করা যায়। আপনি নিজে এই ডকুমেন্ট হালনাগাদ বা পরিবর্তন করতে পারেন অথবা আপনাকে সাহায্য করার জন্য Respecting Choices at Beaumont-এর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। যদি পরিবর্তন করা হয়, তাহলে অগ্রিম নির্দেশনাতে অবশ্যই আবার সাক্ষী রাখতে হবে ও স্বাক্ষর করতে হবে, তারপর যাদের কাছে পুরাতন কপি আছে তাদের সবাইকে একটি করে নতুন কপি দিতে হবে।
- আপনি যে পরিচর্যা চান ও আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট কে হবেন সে বিষয়ে আপনি সবসময় আপনার মত পরিবর্তন করতে পারেন। যদি আপনি আপনার অগ্রিম নির্দেশনা পরিবর্তন করতে চান, তাহলে আপনার স্বাস্থ্যসেবা দলকে জানান। আপনি Respecting Choices at Beaumont-এর সাথেও যোগাযোগ করতে পারেন।

Respecting Choices® at ওয়ালেট কার্ড

অনুগ্রহ করে ওয়ালেট কার্ডটি পূরণ করুন। আপনার অ্যাডভোকেটের(দের) নাম ও ফোন নম্বরগুলি লিখুন।

✂ উপর্যুক্ত লাইন বরাবর কাটুন	অ্যাডভোকেট	
	নাম:	_____
	ফোন:	_____
	উত্তরসূরি অ্যাডভোকেট 1	
	নাম:	_____
	ফোন:	_____
	উত্তরসূরি অ্যাডভোকেট 2	
	নাম:	_____
	ফোন:	_____

Respecting Choices® at Beaumont

আমার একটি অগ্রিম নির্দেশনা আছে।
আমার অ্যাডভোকেটের(দের) বিষয়ে তথ্যের জন্য এই
কার্ডের পিছন দিকে দেখুন।

স্বাক্ষর

এখানে ভাঁজ করুন

এই বিষয়ে আরো জানুন

RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT

Respecting Choices - এর সার্টিফাইড ফ্যাসিলিটেটর বলতে কী বোঝায়?

Respecting Choices at Beaumont - এর সার্টিফাইড ফ্যাসিলিটেটর হলেন এমন একজন ব্যক্তি যিনি অগ্রিম পরিচর্যা পরিকল্পনার আলোচনায় আপনাকে দিকনির্দেশনা দিতে পারেন। আপনি ও অংশগ্রহণের জন্য আপনার বেছে নেয়া ব্যক্তির আপনার অভিজ্ঞতা ও আপনার কাছে ভালভাবে বাঁচার অর্থ কী, সেই বিষয়ে আলোচনা করতে পারেন। এই আলোচনার ফলে একটি অগ্রিম নির্দেশনা তৈরি হয় যা আপনার স্বকীয় পরিচর্যার লক্ষ্যগুলো চিহ্নিত ও প্রতিফলিত করে।

আপনার কমিউনিটিতে Respecting Choices at Beaumont।

Respecting Choices at Beaumont-এর বক্তাদেরকে মেট্রো এলাকার যেকোনো জায়গায় বিনামূল্যে যেকোনো আকারের গ্রুপের সাথে অগ্রিম নির্দেশনার বিষয়ে কথা বলার জন্য পাওয়া যায়। একজন বক্তার জন্য অনুরোধ জানাতে, অনুগ্রহ করে respectingchoices@beaumont.org ইমেইল ঠিকানায় যোগাযোগ করুন।

আপনি কি কোনো দলগত আলোচনায় অংশ নিতে চান?

Respecting Choices at Beaumont-এর ফ্যাসিলিটেটররা অগ্রিম পরিচর্যা পরিকল্পনা প্রক্রিয়া জুড়ে ও একটি অগ্রিম নির্দেশনা তৈরি করার জন্য দিকনির্দেশনা দিতে পারেন। অনুগ্রহ করে respectingchoices@beaumont.org ঠিকানায় আমাদেরকে ইমেইল করুন।

Respecting Choices at Beaumont - এর সাথে স্বেচ্ছাসেবক হিসেবে কাজ করতে চান?

Respecting Choices at Beaumont-এর একজন সার্টিফাইড ফ্যাসিলিটেটর হওয়া ও স্বেচ্ছাসেবা প্রদানের অন্যান্য সুযোগের বিষয়ে আরো জানতে respectingchoices@beaumont.org ঠিকানায় ইমেইল করুন।

এই ডকুমেন্ট, স্বাস্থ্যসেবার জন্য স্থায়ী আমমোক্তারনামা, শুধু চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্তের জন্য। যদি আপনার পক্ষে আর্থিক সিদ্ধান্ত নেয়ার জন্য আপনি অন্য কাউকে মনোনীত করতে চান তাহলে ভিন্ন একটি আমমোক্তারনামা ফরমের প্রয়োজন হবে। আর্থিক আমমোক্তারনামা ডকুমেন্ট সেই অ্যাডভোকেটকে আপনার পক্ষে চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত গ্রহণের অনুমতি দেয় না। আপনি চিকিৎসা সংক্রান্ত আমমোক্তারনামা ও আর্থিক আমমোক্তারনামার মধ্যকার পার্থক্য বুঝতে পেরেছেন তা নিশ্চিত করুন।



যদি আপনার বাড়তি তথ্যের প্রয়োজন হয়, অথবা যদি আপনি চান যে একজন সার্টিফাইড ফ্যাসিলিটেটর আপনাকে কল করুক, তাহলে অনুগ্রহ করে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন:



ফোন: 947-522-1948



ইমেইল: respectingchoices@beaumont.org



ওয়েবসাইট: beaumont.org/respecting-choices



RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT – অগ্রিম নির্দেশনা

তথ্য পৃষ্ঠা

রোগীর পুরো নাম (অনুগ্রহ করে স্পষ্টাক্ষরে লিখুন): _____

আজকের তারিখ: _____

জন্মতারিখ: _____

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____

ফোন(গুলি) বাড়ি: _____ মোবাইল: _____ কর্মক্ষেত্র: _____

ইমেইল: _____

আমি আমার অগ্রিম নির্দেশনার কপি যাদেরকে দিয়েছি:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট, বিকল্প পেশেন্ট অ্যাডভোকেট ও ডাক্তারকে অন্তর্ভুক্ত করার বিষয়টি নিশ্চিত করুন।
আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী সংস্থা, এবং সেইসাথে বন্ধুবান্ধব ও পরিবারকে অন্তর্ভুক্ত করার বিষয়টি বিবেচনা করুন।
নিজের জন্য একটি কপি রাখার বিষয়টি মনে রাখবেন।

আপনি যেকোনো সময়ে আপনার অগ্রিম নির্দেশনায় পরিবর্তন করতে পারেন। প্রতি কয়েক বছর অন্তর আপনার ডকুমেন্ট হালনাগাদ করার জন্য আমরা সুপারিশ করছি, অথবা 5D নিয়ম অনুসরণ করুন:

- আপনার জীবনের প্রতিটি নতুন দশকে।
- কোনো উল্লেখযোগ্য রোগনির্ণয়ের পরে।
- কোনো প্রিয়জনের মৃত্যুর পরে।
- কাজকর্ম করার সক্ষমতা উল্লেখযোগ্যভাবে কমে যাওয়ার পরে।
- বিবাহবিচ্ছেদের পরে।

স্বাস্থ্যসেবার জন্য স্থায়ী আমমোক্তারনামা - পেশেন্ট অ্যাডভোকেট মনোনয়ন

এটি একটি আইনি ডকুমেন্ট। আমি একজন পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের নাম উল্লেখ করছি যিনি আমার হয়ে কথা বলবেন শুধুমাত্র যদি আমি আমার হয়ে কথা বলতে না পারি অথবা চিকিৎসামূলক সিদ্ধান্ত (আমার ডাক্তার ও অন্য আরেকজন ডাক্তার বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত মনস্তত্ত্ববিদের সিদ্ধান্ত অনুযায়ী) বা মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত (আমার ডাক্তার ও মানসিক স্বাস্থ্যের ডাক্তারের সিদ্ধান্ত অনুযায়ী) নিতে অক্ষম থাকি। আমি নিজের জন্য এই সব সিদ্ধান্তগ্রহণে সক্ষম থাকলে, সেই সময় আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট আমার পক্ষে সিদ্ধান্ত নেয়ার কোনো কর্তৃত্ব থাকবে না। আমি এই ডকুমেন্টকে আমার মেডিকেল রেকর্ডের অংশ হিসেবে অন্তর্ভুক্ত করার এবং আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে ও আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে এবং উত্তরসূরি অ্যাডভোকেটকে ও যেখান থেকে আমি পরিচর্যা পাই সেই স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থাকে প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি।

পেশেন্ট অ্যাডভোকেট মনোনয়ন

আমি _____, বসবাস করছি _____
(রোগীর পুরো নাম) (রোগীর ঠিকানা)

18 বছরের বেশী বয়সী, মানসিকভাবে সুস্থ এবং আমি স্বেচ্ছায় নিম্নলিখিত ব্যক্তিকে আমার হয়ে স্বাস্থ্য ও পরিচর্যার বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেয়ার জন্য পেশেন্ট অ্যাডভোকেট বা উত্তরসূরি অ্যাডভোকেট হিসেবে মনোনীত করেছি, যদি, ও শুধুমাত্র যদি, আমি নিজে সিদ্ধান্তে অংশগ্রহণ করতে অক্ষম হই। আমি বুঝতে পারছি যে, আমি যেকোনো সময়ে যেকোনো প্রকারে অবহিত করে আমার মনের পরিবর্তন করতে পারি যে এই পছন্দ আর আমার ইচ্ছাকে প্রতিফলিত করছে না।

আমি নিম্নলিখিত ব্যক্তিকে আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হিসেবে মনোনীত করছি:

নাম: _____ সম্পর্ক: _____

ঠিকানা: _____ সিটি: _____ স্টেট: _____ জিপ: _____

ফোন(গুলি) বাড়ি: _____ মোবাইল: _____ কর্মক্ষেত্র: _____

ইমেইল: _____

যদি আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট এই মনোনয়ন গ্রহণ না করেন, অনিচ্ছুক থাকেন, আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হিসেবে কাজ করার জন্য তাকে পাওয়া না যায় বা তিনি অক্ষম থাকেন, তাহলে আমি চাই এই ব্যক্তি যেন আমার:

প্রথম বিকল্প (উত্তরসূরি) পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হন:

নাম: _____ সম্পর্ক: _____

ঠিকানা: _____ সিটি: _____ স্টেট: _____ জিপ: _____

ফোন(গুলি) বাড়ি: _____ মোবাইল: _____ কর্মক্ষেত্র: _____

ইমেইল: _____

দ্বিতীয় বিকল্প (উত্তরসূরি) পেশেন্ট অ্যাডভোকেট:

নাম: _____ সম্পর্ক: _____

ঠিকানা: _____ সিটি: _____ স্টেট: _____ জিপ: _____

ফোন(গুলি) বাড়ি: _____ মোবাইল: _____ কর্মক্ষেত্র: _____

ইমেইল: _____

*আপনি আরো বিকল্প (উত্তরসূরি) পেশেন্ট অ্যাডভোকেট মনোনীত করতে পারেন।

রোগীর স্বাক্ষর

অবশ্যই দুই জন সাক্ষীর উপস্থিতিতে স্বাক্ষরিত হতে হবে ও তারিখ বসাতে হবে।

নিচে দেয়া আমার স্বাক্ষর পৃষ্ঠা 5-এ প্রদত্ত 'পেশেন্ট অ্যাডভোকেট/উত্তরসূরি পেশেন্ট অ্যাডভোকেট' সহ এই ডকুমেন্টের সব পৃষ্ঠার জন্য প্রযোজ্য হবে। আমি চাই যে এই ডকুমেন্টে নির্বাচিত ব্যক্তির আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট ও উত্তরসূরি পেশেন্ট অ্যাডভোকেট(গণ) হবেন। আমি এই সিদ্ধান্ত নিচ্ছি কারণ আমি এটাই চাই, এর কারণ এই নয় যে আমাকে কারো দ্বারা কোনোভাবে চাপ দেয়া হয়েছে। আমি বুঝতে পারছি যে আমি এই পেশেন্ট অ্যাডভোকেট মনোনয়ন যেকোনো সময়ে যেকোনো প্রকারে প্রত্যাহার করতে পারি যা প্রত্যাহার করার বিষয়ে আমার ইচ্ছা প্রকাশ করে।

রোগীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

ঠিকানা: _____ সিটি: _____ স্টেট: _____ জিপ: _____

জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসা সম্পর্কে ক্ষমতা অর্পণ -এচ্ছিক:

চিকিৎসা না করানোর বা চিকিৎসা প্রত্যাহার করার বিষয়ে আমি সুস্পষ্টভাবে আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে অনুমোদন দিচ্ছি যা আমাকে মরতে দেবে, এবং আমি স্বীকার করছি যে এই সিদ্ধান্ত আমার স্বাভাবিক মৃত্যু আনতে পারে বা আনবে।

রোগীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

(আপনি আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে এই অনুমতি দিতে চাইলে আপনার নাম স্বাক্ষর করুন)

সাক্ষীর বিবৃতি

আমি ঘোষণা করছি, যে ব্যক্তি এই ডকুমেন্টে স্বাক্ষর করেছেন তিনি আমার উপস্থিতিতে স্বাক্ষর করেছেন, এবং মনে হচ্ছে তিনি মানসিকভাবে সুস্থ আছেন এবং তিনি কোনো চাপ, জালিয়াতি বা অসঙ্গত প্রভাবের অধীনে স্বাক্ষর করেননি।

আমি এরকম কোনো ব্যক্তি নই যিনি:

- এই ডকুমেন্ট দ্বারা পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হিসেবে মনোনীত হয়েছেন।
- বয়স 18 বছরের কম।
- রোগীর সাথে রক্ত, বিবাহ বা দত্তকগ্রহণের সাথে সম্পর্কিত।
- রোগীর ডাক্তার বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী।
- স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান বা কমিউনিটি মানসিক স্বাস্থ্য কর্মসূচির একজন কর্মী যেখানে রোগীর চিকিৎসা বা পরিচর্যা করা হচ্ছে।
- রোগীর জন্য জীবন বা স্বাস্থ্য বিমা প্রদানকারী কোম্পানির একজন কর্মী।
- আমার সর্বোচ্চ জ্ঞানমতে, রোগীর একজন পাওনাদার অথবা বর্তমানে বিদ্যমান উইলের অধীনে বা আইনি কার্যক্রম দ্বারা তার সম্পত্তির যেকোনো অংশের অধিকারী।

প্রথম সাক্ষীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

নাম (স্পষ্টাক্ষরে লিখুন): _____

ঠিকানা: _____ সিটি: _____ স্টেট: _____ জিপ: _____

দ্বিতীয় সাক্ষীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

নাম (স্পষ্টাক্ষরে লিখুন): _____

ঠিকানা: _____ সিটি: _____ স্টেট: _____ জিপ: _____

মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত - ঐচ্ছিক

□ আমি এই অংশটি পূরণ করতে চাই না।

যদি কোনো ডাক্তার ও মানসিক স্বাস্থ্য পেশাজীবী সিদ্ধান্ত নেন যে আপনি মানসিক স্বাস্থ্যসেবার বিষয়ে অবহিত সম্মতি দিতে অক্ষম, তাহলে চিকিৎসা সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে অনুমতি দিতে এই অংশটি পূরণ করুন।

আমার নিজস্ব মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার সিদ্ধান্ত গ্রহণে আমার সামর্থ্যের মূল্যায়ন করার জন্য আমার পছন্দের ডাক্তার ও মানসিক স্বাস্থ্য পেশাজীবী হলেন:

চিকিৎসকের নাম: _____

অফিসের ঠিকানা: _____ ফোন: _____

মানসিক স্বাস্থ্য পেশাজীবীর নাম: _____

অফিসের ঠিকানা: _____ ফোন: _____

আমি বুঝতে পারছি, যদি উপরোক্ত মনোনীত ব্যক্তির সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য লভ্য না থাকেন, তাহলে আমার চিকিৎসা দল অন্যান্য ডাক্তারদেরকে চিহ্নিত করবেন যারা তা করতে সক্ষম। যখনই সম্ভব হবে, আমার ও আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের পছন্দ বিবেচনা করা হবে।

এরপর চিকিৎসার বিকল্পগুলির একটি তালিকা দেয়া হয়েছে। আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে যেসব বিষয়ে সম্মতি প্রদানের ক্ষমতা আমি দিতে চাই সেগুলোর পাশে টিকচিহ্ন দিয়ে আমি এক বা একাধিক বিকল্প বেছে নিতে পারি।

_____ হাসপাতালের বহির্বিভাগীয় চিকিৎসা।

নামের আদ্যক্ষরসমূহ

_____ হাসপাতালে ভর্তি অবস্থায় মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা পাওয়ার জন্য একজন আনুষ্ঠানিক স্বেচ্ছাসেবক রোগী হিসেবে কোনো হাসপাতালে আমার ভর্তি হওয়া। আমার হাসপাতাল পরিত্যাগ করার অভিপ্রায়ের বিষয়ে তিন দিনের বিজ্ঞপ্তি দেয়ার অধিকার আমার রয়েছে।

নামের আদ্যক্ষরসমূহ

_____ হাসপাতালে ভর্তি অবস্থায় মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা পাওয়ার জন্য কোনো হাসপাতালে আমার ভর্তি হওয়া।

নামের আদ্যক্ষরসমূহ

_____ মানসিক অবস্থা সম্পর্কিত ওষুধপত্র।

নামের আদ্যক্ষরসমূহ

_____ ইলেকট্রো-কনভালসিভ থেরাপি (ECT)।

নামের আদ্যক্ষরসমূহ

মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার বিষয়ে ক্ষমতা অর্পণ - ঐচ্ছিক:

আমি অবিলম্বে প্রত্যাহার কার্যকর করার বিষয়ে আমার অধিকার ছেড়ে দিচ্ছি। যদি আমি আমার মনোনয়ন প্রত্যাহার করি, আমার প্রত্যাহার করার অভিপ্রায় জানানোর তারিখ থেকে 30 দিন পর এই প্রত্যাহার কার্যকর হবে। এমনকি আমি এই বিকল্প বেছে নিলেও, যদি আমি একজন আনুষ্ঠানিক স্বেচ্ছাসেবক হই, তাহলে আমার হাসপাতাল পরিত্যাগ করার অভিপ্রায় সম্পর্কে তিন দিনের বিজ্ঞপ্তি দেয়ার অধিকার থাকবে।

রোগীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

(আপনি আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে এই অনুমতি দিতে চাইলে আপনার নাম স্বাক্ষর করুন)

রোগীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

পেশেন্ট অ্যাডভোকেট ও বিকল্প (উত্তরসূরি) পেশেন্ট অ্যাডভোকেটদের সম্মতি

আমি এই ব্যক্তির পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হওয়ার জন্য সম্মতি দিচ্ছি: _____, আমি এই
(রোগীর নাম)

দায়িত্ব গ্রহণ করছি এবং রোগীর পছন্দ ও নির্দেশ অনুসরণের জন্য যুক্তিসঙ্গত পদক্ষেপ গ্রহণ করতে সম্মত আছি যেমনভাবে এই ডকুমেন্টে বর্ণিত আছে এবং আমি হয়তো রোগীর সাথে মৌখিকভাবে আলোচনা করেছি। যদি আমার সাথে যোগাযোগ করার জন্য যুক্তিসঙ্গত প্রচেষ্টা গ্রহণের পরেও আমি পদক্ষেপ নিতে অক্ষম হই, তাহলে রোগীর মনোনয়ন অনুযায়ী, রোগীর একজন উত্তরসূরি অ্যাডভোকেট পদক্ষেপ নেবেন, যতক্ষণ পর্যন্ত না আমি লভ্য হই।

এই সম্মতিতে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি স্বীকার করছি যে আমি রোগীর হয়ে কাজ করার জন্য এবং রোগীর প্রকাশিত ইচ্ছা ও সর্বোত্তম স্বার্থ অনুযায়ী সিদ্ধান্ত নেয়ার দায়িত্ব গ্রহণ করছি। আমি এটাও বুঝতে পেরেছি যে এই সম্মতিতে স্বাক্ষর করলে তা আমাকে রোগীর জন্য আর্থিকভাবে দায়বদ্ধ হতে অথবা রোগীর পরিচর্যার খরচ বহন করতে বাধ্য করে না। এছাড়াও, আমি বুঝতে পেরেছি ও সম্মত আছি যে পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হিসেবে:

- আমার কর্তৃত্ব ততক্ষণ পর্যন্ত কার্যকর হবে না যতক্ষণ পর্যন্ত না ডাক্তারদের দ্বারা রোগী চিকিৎসাগত এবং/অথবা মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার সিদ্ধান্ত গ্রহণে অপারগ বলে ঘোষিত হন।
- রোগীর পরিচর্যা, হেফাজত, চিকিৎসাগত বা মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার বিষয়ে আমি এমন কোনো ক্ষমতা প্রয়োগ করতে পারব না যা রোগী স্বয়ং নিজের জন্য প্রয়োগ করতে পারেননি।
- আমি কোনো গর্ভবতী রোগীর পরিচর্যা বন্ধ রাখার বা প্রত্যাহার করার সিদ্ধান্ত গ্রহণ করতে পারবো না যদি সেই সিদ্ধান্তের ফলে রোগীর মৃত্যু হতে পারে।
- আমি রোগীকে মরতে দেওয়ার বিষয়ে চিকিৎসা বন্ধ রাখার বা প্রত্যাহার করার সিদ্ধান্ত গ্রহণ করতে পারবো শুধুমাত্র যদি রোগী স্পষ্ট ও বিশ্বাসযোগ্য উপায়ে প্রকাশ করেন যে আমি এরকম কোনো সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য ক্ষমতাপ্রাপ্ত, এবং রোগী স্বীকৃতি দেন যে এরকম কোনো সিদ্ধান্তের ফলে রোগীর মৃত্যু হতে পারে বা হবে।
- আমি পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হিসেবে কাজ করার জন্য ক্ষতিপূরণ পেতে পারি না, কিন্তু রোগীর পক্ষে কোনো প্রকৃত ও প্রয়োজনীয় খরচ করার জন্য আমাকে তা ফেরৎ দেওয়া হতে পারে।
- রোগী যেকোনো সময়ে পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হিসেবে আমার কাজ করার ক্ষমতা প্রত্যাহার করতে পারেন ও যেকোনো প্রকারে এই প্রত্যাহার করার অভিপ্রায় জানানোই যথেষ্ট বলে বিবেচিত হবে।
- যদি রোগী মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার সিদ্ধান্ত নেয়ার বিষয়ে আমার কর্তৃত্ব প্রত্যাহার করার ক্ষেত্রে তার অধিকার পরিত্যাগ করে থাকেন, তাহলে যেকোনো মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার বিষয়ে সেই প্রত্যাহার রোগীর এই অধিকার পরিত্যাগের বিষয়ে তার অভিপ্রায় জানানোর পরে 30 দিনের জন্য বিলম্বিত হবে।
- আমি যেকোনো সময়ে এই সম্মতি পরিত্যাগ করতে পারি ও পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হিসেবে কাজ করা বন্ধ করার বিষয়ে যেকোনো প্রকারে আমার অভিপ্রায় জানানোই যথেষ্ট বলে বিবেচিত হবে।
- আমাকে অবশ্যই চিকিৎসাগত ও আইনি মানদণ্ড অনুসারে কাজ করতে হবে যেগুলো অনুযায়ী আমি রোগীর সর্বোত্তম স্বার্থে ও উপকারের জন্য সিদ্ধান্ত গ্রহণ করা আবশ্যিক। চিকিৎসাগত এবং/অথবা মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার সিদ্ধান্ত গ্রহণে রোগীর অংশগ্রহণ করার সামর্থ্য থাকাকালীন, রোগীর প্রকাশিত বা প্রামাণ্য জ্ঞাত ইচ্ছাগুলিকে তার সর্বোত্তম স্বার্থে নেওয়া হয়েছে বলে গণ্য করা হবে।
- যদি এই ডকুমেন্ট দ্বারা কোনো শারীরিক অঙ্গপ্রত্যঙ্গ দান করার বিষয়ে ক্ষমতা প্রদান করা হয়ে থাকে, তাহলে রোগীর মৃত্যুর পরেও আমার কর্তৃত্ব প্রয়োগ করা যাবে।
- হাসপাতালে ভর্তি থাকা রোগীর অধিকারগুলো মিশিগান পাবলিক হেলথ কোড (MCL 333.20201)-এর অনুচ্ছেদ 20201-এ বর্ণিত আছে।

পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

বিকল্প (উত্তরসূরি) পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের স্বাক্ষর (ঐচ্ছিক): _____

তারিখ: _____

RESPECTING CHOICES® AT BEAUMONT – অগ্রিম নির্দেশনা

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট ও স্বাস্থ্যসেবা দলের জন্য সুপারিশকৃত তথ্য

আমার আধ্যাত্মিক বা ধর্মীয় বিবেচনাসমূহ

আমি এই অংশটি পূরণ করতে চাই না।

আমি চাই যে আমার প্রিয়জন ও স্বাস্থ্যসেবা দল আমার ধর্মীয় বা আধ্যাত্মিক বিশ্বাস সম্পর্কে নিম্নলিখিত তথ্য জেনে রাখুন:

আমার ধর্মীয় বা আধ্যাত্মিক বিশ্বাসগুলি হলো:

যেহেতু আমি মৃত্যুর দিকে এগিয়ে যাচ্ছি, তাই নিম্নলিখিত বিষয়গুলি আমার কাছে গুরুত্বপূর্ণ:

আমার মৃত্যুর পরে, নিম্নলিখিত বিষয়গুলি আমার কাছে গুরুত্বপূর্ণ:

বাড়তি মন্তব্যসমূহ:

রোগীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট ও স্বাস্থ্যসেবা দলের জন্য সুপারিশকৃত তথ্য

মস্তিষ্কের গুরুতর ও স্থায়ী ক্ষতির জন্য আপনার পরিচর্যার লক্ষ্যগুলি অনুসন্ধান করা

আমি এই অংশটি পূরণ করতে চাই না।

একটি সিদ্ধান্তের বিষয়ে সবার চিন্তা করা উচিত। এরকম পরিস্থিতি কল্পনা করুন: হঠাৎ করে ঘটে যাওয়া কোনো ঘটনা (যেমন কোনো গাড়ি দুর্ঘটনা বা অসুস্থতা) আপনাকে কথাবার্তা বলতে অক্ষম করে ফেলেছে। আপনাকে বাঁচিয়ে রাখার জন্য আপনি প্রয়োজনীয় সব পরিচর্যা পাচ্ছেন। ডাক্তাররা বিশ্বাস করেন যে আপনি কে বা আপনার সাথে যারা রয়েছেন তাদেরকে আপনার চেনার সামর্থ্য ফিরে পাওয়ার সম্ভাবনা খুব কম।

এই পরিস্থিতিতে, আপনি কি আপনাকে জীবিত রাখার জন্য আপনার চিকিৎসা চালিয়ে যেতে চাইবেন? নাকি আপনি চিকিৎসা বন্ধ করতে চাইবেন? যেকোনো ক্ষেত্রেই, আপনাকে স্বাচ্ছন্দ্যপূর্ণ রাখা হবে।

Respecting Choices at Beaumont-এর একজন সার্টিফাইড ফ্যাসিলিটেটর আপনাকে ও অন্য যাদেরকে আপনি আমন্ত্রণ জানিয়েছেন তাদেরকে আলোচনার সময় নির্দেশনা প্রদান করার জন্য সুপারিশ করা হয়। এইসব প্রশ্ন, আপনার অভিজ্ঞতা, ও ভালোভাবে বাঁচার অর্থ আপনার কাছে কেমন তা অনুসন্ধান করা গুরুত্বপূর্ণ। এই প্রক্রিয়াটি আপনার মূল্যবোধ ও আপনার অগ্রিম নির্দেশনায় গৃহীত সিদ্ধান্তগুলো আরো ভালভাবে বোঝার সুযোগ দেয়।

মস্তিষ্কের স্থায়ী ক্ষতির ফলে, যদি আমি এমন এক অবস্থায় পৌঁছাই যেখানে আমি কে, আমার পরিবার বা বন্ধুবান্ধব কে, অথবা আমি কোথায় আছি, তা জানার সামর্থ্য ফিরে না পাওয়ার যুক্তিসঙ্গত চিকিৎসাগত নিশ্চয়তা থাকে, তখন আমি চাই আমাকে স্বাচ্ছন্দ্যপূর্ণ ও পরিষ্কার রাখা হোক, এবং আমি চাই যে আমার পেশেন্টে অ্যাডভোকেট:

আপনি যে বিবৃতির সাথে সম্মত আছেন সেটির পাশের বাক্সে টিকচিহ্ন দিন:

আমাকে জীবিত রাখতে আমি চিকিৎসা চালিয়ে যেতে চাই বা শুরু করতে চাই, যতক্ষণ পর্যন্ত না আমার ডাক্তার(রা) সিদ্ধান্তে আসেন যে চিকিৎসা আমার জন্য সহায়ক হওয়ার পরিবর্তে আরো বেশি ক্ষতিকর হবে।

অথবা

যদি আমি এই ধরনের পরিস্থিতিতে পড়ি তাহলে আমি সব চিকিৎসা প্রত্যাখ্যান করতে চাই বা বন্ধ করতে চাই যার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে: খাওয়ানোর নল, শিরার মাধ্যমে (IV) তরল পদার্থ প্রদান করা সহ, এবং কৃত্রিম শ্বাসযন্ত্র/ভেন্টিলিটর, ইত্যাদি, কিন্তু এগুলোর মধ্যেই সীমাবদ্ধ নয়। আমার মতে, এইসব সমর্থনমূলক চিকিৎসার বোঝা এগুলোর সম্ভাব্য সুবিধার চেয়ে বেশি হবে।

রোগীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট ও স্বাস্থ্যসেবা দলের জন্য সুপারিশকৃত তথ্য

CPR – হৃদযন্ত্র ও ফুসফুসের পুনরুজ্জীবন (Cardiopulmonary Resuscitation)

আমি এই অংশটি পূরণ করতে চাই না।

যদি আমার হৃদস্পন্দন বন্ধ হয়ে যায় এবং আমি আর শ্বাস নিতে না পারি, তাহলে সেগুলি পুনরায় চালু করার চেষ্টা করার জন্য CPR শুরু করা যেতে পারে। CPR এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে রক্ত চলাচল পুনরায় শুরু করার জন্য বুকে চাপ দেয়া, হৃদস্পন্দন পুনরায় শুরু করার জন্য বৈদ্যুতিক শক দেয়া, এবং কৃত্রিম শ্বাসপ্রক্রিয়া ও কৃত্রিম শ্বাসপ্রশ্বাস চালু করার জন্য মুখ ও শ্বাসনালীর মধ্যে দিয়ে একটি নল প্রবেশ করানো (ইনটিউবেশন)। CPR ছাড়া, স্বাভাবিকভাবে মৃত্যু ঘটবে।

CPR সংক্রান্ত তথ্যসমূহ:

এরকম সময় আসতে পারে যখন CPR প্রদান করা যায় না, কারণ এটি অ-সহায়ক হতে পারে বা এমনকি ক্ষতিকর হতে পারে। যদি আমার চিকিৎসাকারী ডাক্তার বা আমার পরিচর্যাকারী অন্যান্য নিবিড় পরিচর্যাকারী ডাক্তার মনে করেন যে আদর্শ মেডিকেল অনুশীলন অনুযায়ী, CPR সহায়ক হবে না, তাহলে সেটি প্রদান করা হবে না। এরকম পরিস্থিতিতে, আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে এই সিদ্ধান্ত সম্পর্কে জানানো হবে।

- তরুণ ও স্বাস্থ্যবান রোগীদের ক্ষেত্রে CPR সবচেয়ে বেশি সফল হয়ে থাকে।
- অন্যান্য দীর্ঘস্থায়ী রোগে আক্রান্ত বয়স্ক রোগীদের ক্ষেত্রে, বাঁচার সম্ভাবনা 5% এরও কম থাকে। রোগী আগের মত মানসম্মতভাবে বেঁচে থাকার সম্ভাবনা আরো কম থাকে।
- আলঝেইমার ডিজিজ, পার্কিনসন্স ডিজিজ, হৃদপিণ্ড, বৃক্ক বা ফুসফুসের রোগের শেষ পর্যায়ে, অথবা গুরুতর ক্যান্সারে আক্রান্ত বয়স্ক রোগীদের ক্ষেত্রে, বাঁচার হার 1% এর মত নিচে নেমে আসে এবং জীবন যাপনের মান নাটকীয়ভাবে কমে যায়। বাড়িতে যাওয়া বা আত্মনির্ভরশীলভাবে বেঁচে থাকাটা খুব বিরল ক্ষেত্রেই সম্ভব হয়ে থাকে।

যদি আমার হৃদপিণ্ড বা শ্বাসপ্রশ্বাস বন্ধ হয়ে যায়...

আপনি যে বিবৃতির সাথে সম্মত আছেন সেটির পাশের বাক্সে টিকচিহ্ন দিন:

আমি CPR চাই যদি না আমার ডাক্তার(রা) সিদ্ধান্ত নেন যে:

- আমার এমন চিকিৎসাগত পরিস্থিতি রয়েছে যেখানে CPR-এর সাহায্যে বাঁচার কোনো যুক্তিসঙ্গত সম্ভাবনা নেই। অথবা
- CPR উপকারের পরিবর্তে আরো ক্ষতিকর হবে।

আমি CPR চাই না, এর পরিবর্তে আমি স্বাভাবিক মৃত্যুর সুযোগ চাই।

রোগীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

RESPECTING CHOICES® AT BEAUMONT – অগ্রিম নির্দেশনা

RESPECTING CHOICES® AT BEAUMONT:

আপনার জন্য আমাদের অঙ্গীকারসমূহ

আমরা কথাবার্তা শুরু করবো।

আমরা অগ্রিম পরিচর্যা পরিকল্পনার মাধ্যমে সহায়তা প্রদান করবো।

পরিকল্পনাগুলি যাতে পরিষ্কার থাকে
আমরা সেটি নিশ্চিত করবো।

আমরা পরিকল্পনাগুলি বজায় রাখবো
ও পুনরুদ্ধার করবো।

আমরা পরিকল্পনাগুলি যথাযথভাবে
অনুসরণ করবো।

একজন সার্টিফাইড ফ্যাসিলিটেটরের সাথে কথা বলতে, অগ্রিম পরিচর্যা পরিকল্পনার একজন বক্তার জন্য অনুরোধ জানাতে অথবা স্বেচ্ছাসেবা প্রদানের সুযোগ সম্পর্কে জানতে, অনুগ্রহ করে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন:



ফোন: 947-522-1948



ইমেইল: respectingchoices@beaumont.org



ওয়েবসাইট: beaumont.org/respecting-choices

RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT

অগ্রিম নির্দেশনা

Beaumont