

Respecting Choices® at Beaumont

# अग्रिम निर्देश



यह अंग्रेजी मूल की सही और सटीक अनूदित प्रति है। यह प्रति स्पष्टीकरण और शिक्षा के प्रयोजनों के लिए है, यह कानूनी हस्ताक्षर प्राप्त करने के लिए नहीं है। कानूनी हस्ताक्षर इस संदर्भ के साथ अंग्रेजी प्रति पर किए जाएंगे कि यह अनूदित प्रति दी गई है।

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

# विषय सूची

## परिचय

अग्रिम देखभाल योजना क्या है?.....	I.
अग्रिम निर्देश क्या है?.....	II.
अपनी इच्छाओं और पसंद को साझा करना .....	III.
Respecting Choices at Beaumont के बारे में अधिक जानें.....	IV.

## RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT अग्रिम निर्देश

### 📖 कानूनी अनुभाग

व्यक्तिगत जानकारी .....	पृष्ठ 5 का 1
स्वास्थ्य देखभाल-रोगी हिमायती मनोनयन के लिए स्थायी पॉवर ऑफ़ अटॉर्नी .....	पृष्ठ 5 का 2
रोगी के हस्ताक्षर और गवाह का बयान .....	पृष्ठ 5 का 3
मानसिक स्वास्थ्य इलाज निर्णय-वैकल्पिक .....	पृष्ठ 5 का 4
रोगी हिमायती/वारिस रोगी हिमायतियों द्वारा स्वीकरण .....	पृष्ठ 5 का 5

## आपके रोगी हिमायती और स्वास्थ्य देखभाल टीम के लिए अनुशंसित जानकारी

### 🔍 वैकल्पिक अनुभाग

- मेरे आध्यात्मिक या धार्मिक विचार
- गंभीर, स्थायी चोट के लिए आपकी देखभाल के लक्ष्यों की छानबीन करना
- कार्डियोपल्मोनरी रिससिटेशन (सीपीआर) जानकारी



# आइए बातचीत करते हैं

अग्रिम देखभाल योजना की शुरुआत बातचीत से होती है। आपको इस पूरी प्रक्रिया में मार्गदर्शन करने के लिए Respecting Choices at Beaumont प्रमाणित फैसिलिटेटर उपलब्ध हैं। इसमें आपके चयनित रोगी हिमायती और डॉक्टर के साथ आपके मूल्यों तथा मान्यताओं के बारे में बात करना शामिल है। अग्रिम निर्देश कानूनी दस्तावेज़ में सफल समापन परिणाम।



अग्रिम निर्देश पूरा करना शायद आसान न हो, लेकिन करोड़ों लोग इसे करने में सफल हुए हैं और आप भी कर सकते हैं।

## अग्रिम देखभाल योजना क्या है?

Beaumont Health ने Respecting Choices के साथ साझेदारी की है, जो अग्रिम देखभाल योजना का अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर मान्यता-प्राप्त, प्रमाण-आधारित मॉडल है, तथा ऐसी व्यक्ति-केन्द्रित देखभाल की स्वास्थ्य देखभाल संस्कृति का निर्माण करता है, जो वर्तमान और भावी स्वास्थ्य देखभाल के लिए व्यक्ति के लक्ष्यों व मूल्यों का सम्मान करता है।

आपके अग्रिम निर्देश में आपको सहायता करने के लिए Respecting Choices at Beaumont प्रमाणित फैसिलिटेटर उपलब्ध हैं। इसके फलस्वरूप ऐसा दस्तावेज़ बनेगा जो स्पष्ट और सटीक होगा था आपके मूल्यों व देखभाल के व्यक्तिगत लक्ष्यों को दर्शाएगा। हम ये सेवाएँ निःशुल्क प्रदान करते हैं। यदि आप अपने डॉक्टर से मिलने का निर्णय लेते हैं, तो इसके लिए शुल्क लग सकता है। कृपया अपने डॉक्टर के ऑफिस से या बीमा कंपनी से बात करें।

बातचीत के प्रति यह दृष्टिकोण इस बात को मानता है कि अग्रिम देखभाल योजना कोई “सबके लिए एक व्यवस्था उपयुक्त है” प्रक्रिया नहीं होती। आप ऐसे अतिरिक्त दस्तावेज़ भी पूरे कर सकते हैं, जो आपके मूल्यों के बारे में अंतर्दृष्टि तथा आपके मनोनीत रोगी हिमायती और स्वास्थ्य देखभाल टीम के लिए अतिरिक्त निर्देश प्रदान करते हैं।

आपके अनुरोध पर आपके अग्रिम निर्देश दस्तावेज़ को Beaumont के इलेक्ट्रॉनिक मेडिकल रिकॉर्ड सिस्टम में शामिल किया जाएगा, ताकि यह ऐसे किसी भी कैम्पस या अभ्यास स्थान पर उपलब्ध रहे, जहाँ समान इलेक्ट्रॉनिक मेडिकल रिकॉर्ड मौजूद हैं।

जब आप अपनी अग्रिम देखभाल योजना पर गौर करते हैं, तो हम जानते हैं कि बातचीत और प्रक्रिया में कुछ समय लग सकता है। आपके Respecting Choices at Beaumont फैसिलिटेटर हर कदम पर आपके साथ रह सकते हैं।

**Respecting Choices®**  
PERSON-CENTERED CARE



# अग्रिम निर्देश क्या है?



अग्रिम निर्देश कानूनी दस्तावेज़ है, जिसमें उस स्थिति के लिए इलाज के लिए आपकी विशिष्ट प्राथमिकताओं का वर्णन करता है, जब आप इसे खुद करने में असमर्थ हों। आपके अग्रिम निर्देश, जिसे स्वास्थ्य देखभाल के लिए स्थायी पावर ऑफ़ अटॉर्नी भी कहते हैं, का उपयोग केवल उस स्थिति में किया जाएगा, जब आप इतने बीमार या घायल हों कि अपनी इच्छाओं को खुद व्यक्त न कर सकें। अग्रिम निर्देश की शुरुआत रोगी हिमायती को शामिल करके होती है, जो आपके असमर्थ हो जाने पर आपके लिए निर्णय लेता है, तथा उसके बाद उसमें कार्डियोपल्मोनरी रिससिटेशन (सीपीआर), लाइफ सपोर्ट और अंगदान के लिए प्राथमिकताओं के बारे में अतिरिक्त दस्तावेज़ शामिल किए जाते हैं।

आप अपने लिए खुद कानूनी प्रतिनिधि नियुक्त करेंगे, जिसे रोगी हिमायती भी कहते हैं। आपका रोगी हिमायती ऐसा व्यक्ति होना चाहिए जिस पर आप भरोसा कर सकें, जो आपके बुलाने पर उपलब्ध हो, और जब आप अपने लिए मेडिकल निर्णय लेने में असमर्थ हों, तो आपके लिए सहजता से वे निर्णय ले ले। आप और आपके रोगी हिमायती के बीच आपके अग्रिम निर्देश में उल्लिखित आपकी इच्छाओं पर बातचीत होनी चाहिए। आपके रोगी हिमायती से यह अपेक्षा की जानी चाहिए कि वह आपके निर्देशों का पालन करे, चाहे वह उन निर्देशों से असहमत ही क्यों न हो।

अपने देखभाल के सामान्य लक्ष्यों और अपनी इलाज प्राथमिकताओं को अपने शब्दों में बताकर, अग्रिम निर्देश दस्तावेज़ आपकी स्वास्थ्य देखभाल टीम और रोगी हिमायती को आपको उस प्रकार की देखभाल देने में मदद करता है, जिसे आप सचमुच चाहते हैं। आप इस दस्तावेज़ को किसी भी समय बदल सकते हैं।

अपने डॉक्टर, स्वास्थ्य देखभाल टीम और रोगी हिमायती के साथ वार्षिक रूप से एक बार और हर बार जब आप स्वास्थ्य देखभाल फैसिलिटी में भर्ती होते हैं, अपने अग्रिम निर्देश की समीक्षा करने से वह आपके मूल्यों के अनुकूल बना रहेगा। आप इसे किसी भी समय सुधार सकते हैं या रद्द कर सकते हैं।

आपके रोगी हिमायती और स्वास्थ्य देखभाल टीम का मार्गदर्शन करने वाली अतिरिक्त ऑनलाइन वर्कशीट [beaumont.org/respecting-choices](https://beaumont.org/respecting-choices) पर उपलब्ध हैं।

## अतिरिक्त ऑनलाइन वर्कशीट:

- क्या है जो जीवन को जीने लायक बनाता है
- ब्रीदिंग ट्यूब/इनट्यूबेशन
- फीडिंग ट्यूब/पोषण
- जगे रहना बनाम आराम
- नैदानिक परीक्षणों और शोध में भाग लेना
- ब्लड ट्रांसफ्यूशन





# अपनी इच्छाओं और पसंद को साझा करना

चर्चा करें, वितरण और समीक्षा करें  
अपना अग्रिम निर्देश पूरा करने के बाद:

- अपने परिवार और करीबी दोस्तों को बताएँ कि आपने यह दस्तावेज़ पूरा कर लिया है। उन्हें बताएँ कि आपका/आपके रोगी हिमायती कौन है और आपकी स्वास्थ्य देखभाल इच्छाएँ क्या हैं। उन्हें बताएँ कि ये आपके निर्णय हैं, न कि सिर्फ आपके अनुरोध।
- अपने पूरे किए गए अग्रिम निर्देश की प्रतियाँ उन लोगों को दें, जिन्हें आपने अपने अग्रिम निर्देश के जानकारी पृष्ठ (आपके अग्रिम निर्देश का पहला पृष्ठ) पर सूचीबद्ध किया है।
- आप जब भी अस्पताल या कुशल नर्सिंग फैसिलिटी (नर्सिंग होम या पुनर्वास केंद्र) में भर्ती किए जाएँ, तो अपने अग्रिम निर्देश की प्रति हमेशा अपने साथ रखें। आपके अग्रिम निर्देश को आपके मेडिकल रिकॉर्ड में शामिल करने के लिए कहें।
- अपने अग्रिम निर्देश की प्रति ऐसी जगह रखें, जहाँ वह आसानी से मिल जाए।
- आप नए अग्रिम निर्देश को पूरा और दिनांकित करके किसी भी समय इसे अपडेट कर सकते हैं। आप इस दस्तावेज़ को अपने आप अपडेट या उसे बदल सकते हैं या फिर Respecting Choices at Beaumont से संपर्क करके सहायता प्राप्त कर सकते हैं। यदि आपने अग्रिम निर्देश में बदलाव किए हैं, तो इसे फिर से प्रमाणित और हस्ताक्षरित करना ज़रूरी होता है। उसके बाद आप उन सभी को नई प्रतियाँ दे दें, जिनके पास पुरानी प्रति है।
- आप किसी भी समय अपनी पसंद की देखभाल और इस बारे में बारे में अपना निर्णय बदल सकते हैं कि आपका रोगी हिमायती कौन होगा। यदि आप अपना अग्रिम निर्देश बदलना चाहते हैं, तो अपनी स्वास्थ्य देखभाल टीम को सूचित करें। आप Respecting Choices at Beaumont से भी संपर्क कर सकते हैं।

## Respecting Choices® at Beaumont वॉलेट कार्ड

कृपया वॉलेट कार्ड को पूरा करें। अपने हिमायती(हिमायतियों) के नाम और फ़ोन नंबर लिखें।

✂ डिटच लाइन के साथ काटें	हिमायती	
	नाम: _____	
	फ़ोन: _____	
	वारिस हिमायती 1	
	नाम: _____	
	फ़ोन: _____	
वारिस हिमायती 2		
नाम: _____		
फ़ोन: _____		
	Respecting Choices® at Beaumont	
	मेरे पास अग्रिम निर्देश है।	
	मेरे हिमायती(हिमायतियों) की जानकारी के लिए	
	इस कार्ड के पीछे का भाग देखें।	
	_____	
	हस्ताक्षर	

# RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT

## के बारे में अधिक जानें

### Respecting Choices at Beaumont प्रमाणित फैसिलिटेटर क्या है?

Respecting Choices at Beaumont फैसिलिटेटर ऐसा व्यक्ति होता है, जो अग्रिम देखभाल योजना बातचीत में आपका मार्गदर्शन करके आपकी मदद कर सकता है। आप और जिन लोगों को आप भाग लेने के लिए चुनते हैं, वे आपके अनुभवों पर और इस बात पर चर्चा कर सकते हैं कि आपके लिए अच्छी तरह जीने का क्या मतलब है। इस बातचीत के कारण ऐसा अग्रिम निर्देश बनता है, जो आपके देखभाल के व्यक्तिगत लक्ष्यों की पहचान करके उन्हें दर्शाता है।

### आपके समुदाय में Respecting Choices at Beaumont

Respecting Choices at Beaumont वक्ता पूरे मेट्रो क्षेत्र में निःशुल्क, अग्रिम देखभाल पर किसी भी आकार के समूह से बात करने के लिए उपलब्ध हैं। वक्ता का अनुरोध करने के लिए, कृपया हमसे [respectingchoices@beaumont.org](mailto:respectingchoices@beaumont.org) पर संपर्क करें।

### क्या आप समूह सुविधा पाना चाहेंगे?

Respecting Choices at Beaumont फैसिलिटेटर अग्रिम देखभाल योजना प्रक्रिया और अग्रिम निर्देश की रचना में समूहों का मार्गदर्शन कर सकते हैं। कृपया हमें [respectingchoices@beaumont.org](mailto:respectingchoices@beaumont.org) पर ईमेल करें।

### Respecting Choices at Beaumont के साथ स्वयंसेवा करना चाहेंगे?

[respectingchoices@beaumont.org](mailto:respectingchoices@beaumont.org) पर प्रमाणित Respecting Choices at Beaumont फैसिलिटेटर बनने और दूसरी स्वयंसेवा अवसरों के बारे में अधिक जानें।

---

यह दस्तावेज़, स्वास्थ्य देखभाल के लिए स्थायी पावर ऑफ़ अटॉर्नी, केवल मेडिकल निर्णयों के लिए है। यदि आप किसी व्यक्ति को आपके लिए आर्थिक निर्णय लेने के लिए मनोनीत करना चाहते हैं, तो अलग पावर ऑफ़ अटॉर्नी फॉर्म की ज़रूरत होगी। फाइनेंशियल पावर ऑफ़ अटॉर्नी दस्तावेज़ उस हिमायती को आपके लिए मेडिकल निर्णय लेने की अनुमति नहीं देता। सुनिश्चित करें कि आप मेडिकल पावर ऑफ़ अटॉर्नी और फाइनेंशियल पावर ऑफ़ अटॉर्नी के बीच का अंतर समझते हैं।

---



यदि आपको अतिरिक्त जानकारी की ज़रूरत है, या आप चाहते हैं कि प्रमाणित फैसिलिटेटर आपको कॉल करे, तो कृपया हमसे निम्नलिखित पर संपर्क करें:



फ़ोन: 947-522-1948



ईमेल: [respectingchoices@beaumont.org](mailto:respectingchoices@beaumont.org)



वेबसाइट: [beaumont.org/respecting-choices](http://beaumont.org/respecting-choices)





## RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT – अग्रिम निर्देश

### जानकारी पृष्ठ

रोगी का पूरा नाम (कृपया प्रिंट करें): \_\_\_\_\_

आज की तिथि: \_\_\_\_\_

जन्म तिथि: \_\_\_\_\_

डाक से भेजने का पता: \_\_\_\_\_

घर का(के) फ़ोन: \_\_\_\_\_ सेल: \_\_\_\_\_ काम: \_\_\_\_\_

ईमेल: \_\_\_\_\_

मैंने निम्नलिखित को अपने अग्रिम निर्देश की प्रतियाँ दी हैं:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

सुनिश्चित करें कि आपने अपने रोगी हिमायती, वैकल्पिक रोगी हिमायतियों एवं फ़िज़ीशन को शामिल किया है। अपने स्वास्थ्य देखभाल संगठन, तथा अन्य मित्रों और परिवार को भी शामिल करने पर विचार करें। याद से अपने लिए प्रति रख लें।

आप किसी भी समय अपने अग्रिम निर्देश में बदलाव कर सकते हैं। हमारा सुझाव है कि आप अपने दस्तावेज़ को हर कुछ वर्षों में अपडेट करें या 5D नियम का पालन करें:

- अपने जीवन के हर नए दशक पर।
- किसी महत्वपूर्ण निदान के बाद।
- किसी प्रियजन की मृत्यु पर।
- काम करने में किसी महत्वपूर्ण गिरावट के बाद।
- तलाक के बाद।

## स्वास्थ्य देखभाल के लिए स्थायी पावर ऑफ़ अटॉर्नी - रोगी हिमायती मनोनयन

यह कानूनी दस्तावेज़ है। मैं ऐसे रोगी हिमायती को मनोनीत कर रहा/रही हूँ, जो मेरी ओर से केवल उसी स्थिति में बोलेगा, जब मैं खुद अपने लिए बोलने में असमर्थ हो जाऊँ या मेडिकल (जैसा मेरे फ़िज़ीशन और एक अन्य फ़िज़ीशन या लाइसेंसशुदा मनोवैज्ञानिक द्वारा निर्धारित किया जाएगा) या मानसिक स्वास्थ्य (जैसा मेरे फ़िज़ीशन और मानसिक स्वास्थ्य प्रैक्टिशनर द्वारा निर्धारित किया जाएगा) निर्णयों में भाग लेने में असमर्थ हो जाऊँ। मेरे रोगी हिमायती के पास किसी ऐसे समय पर निर्णय लेने का कोई प्राधिकरण नहीं है, जब मैं खुद इन निर्णयों को लेने में समर्थ हूँ। मैं इस दस्तावेज़ को मेरे मेडिकल रिकॉर्ड के भाग के रूप में शामिल करने के लिए और मेरे रोगी हिमायती व मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के साथ-साथ वारिस हिमायती और उन स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों को प्रदान करने के लिए प्राधिकृत करता/करती हूँ जहाँ मुझे देखभाल मिलती है।

### रोगी हिमायती मनोनयन

मैं \_\_\_\_\_, निवास \_\_\_\_\_  
(रोगी का पूरा नाम) (रोगी का पता)

18 वर्ष से अधिक का/की हूँ, दिमागी रूप से स्वस्थ हूँ तथा मैं स्वैच्छिक रूप से मेरे स्वास्थ्य और देखभाल संबंधी निर्णयों के लिए निम्नलिखित का चुनाव मेरे रोगी हिमायती या वारिस हिमायती के रूप में केवल और केवल तब के लिए करता/करती हूँ, यदि मैं इन निर्णयों में खुद भाग लेने में असमर्थ हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि मैं किसी भी समय किसी भी तरीके से यह सूचित करके अपना निर्णय बदल सकता/सकती हूँ कि यह चुनाव मेरी इच्छाओं को नहीं दर्शाता।

मैं निम्नलिखित व्यक्ति को अपना रोगी हिमायती चुनता/चुनती हूँ।

नाम: \_\_\_\_\_ रिश्ता: \_\_\_\_\_  
पता: \_\_\_\_\_ शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_  
घर का(के) फ़ोन: \_\_\_\_\_ सेल: \_\_\_\_\_ काम: \_\_\_\_\_  
ईमेल: \_\_\_\_\_

यदि मेरे रोगी हिमायती इस नियुक्ति को स्वीकार नहीं करते, अनिच्छुक हैं, अनुपलब्ध हैं या मेरे रोगी हिमायती के रूप में कार्य करने में असमर्थ हैं, तो मैं इस व्यक्ति को अपना:

#### प्रथम वैकल्पिक (वारिस) रोगी हिमायती:

नाम: \_\_\_\_\_ रिश्ता: \_\_\_\_\_  
पता: \_\_\_\_\_ शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_  
घर का(के) फ़ोन: \_\_\_\_\_ सेल: \_\_\_\_\_ काम: \_\_\_\_\_  
ईमेल: \_\_\_\_\_

#### दूसरा वैकल्पिक (वारिस) रोगी हिमायती:

नाम: \_\_\_\_\_ रिश्ता: \_\_\_\_\_  
पता: \_\_\_\_\_ शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_  
घर का(के) फ़ोन: \_\_\_\_\_ सेल: \_\_\_\_\_ काम: \_\_\_\_\_  
ईमेल: \_\_\_\_\_

\*आप अतिरिक्त वैकल्पिक (वारिस) रोगी हिमायती को मनोनीत करने का निर्णय ले सकते हैं।



## रोगी के हस्ताक्षर

इसे दो गवाहों की उपस्थिति में हस्ताक्षरित और दिनांकित किया जाना चाहिए

नीचे मेरे हस्ताक्षर इस दस्तावेज़ के सभी पृष्ठों पर लागू हैं, और इसमें पृष्ठ 5 पर दिए गए 'रोगी हिमायती/वारिस रोगी हिमायती द्वारा स्वीकरण' शामिल है। मैं इस दस्तावेज़ में चयनित व्यक्तियों को मेरा रोगी हिमायती और वारिस रोगी हिमायती बनाना चाहता/चाहती हूँ। मैं यह निर्णय इसलिए ले रहा/रही हूँ क्योंकि मैं खुद यह चाहता/चाहती हूँ, इसलिए नहीं कि मेरे साथ कोई ऐसा करने के लिए किसी तरह की ज़बर्दस्ती कर रहा है। मैं समझता/समझती हूँ कि मैं किसी भी समय किसी भी ऐसे तरीके से इस रोगी हिमायती मनोनयन को रद्द कर सकता/सकती हूँ, जो मेरे इस अभिप्राय को सूचित करता है।

रोगी के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_ शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_

### जीवन संपोषण इलाज संबंधी शक्ति-वैकल्पिक:

मैं स्पष्ट रूप से मेरे रोगी हिमायती को ऐसे इलाज को रोकने या वापस करने के निर्णय लेने के लिए प्राधिकृत करता/करती हूँ, जो मुझे मरने की अनुमति देगा तथा मैं स्वीकार करता/करती हूँ कि ऐसे निर्णयों से मेरी प्राकृतिक मृत्यु हो सकती है या होगी।

रोगी के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

(यदि आप अपने रोगी हिमायती को यह अधिकार देना चाहते/चाहती हैं, तो अपने नाम से हस्ताक्षर करें)

### गवाह का बयान

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि जिस व्यक्ति ने इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर किए हैं, उसने वे मेरी उपस्थिति में किए हैं, तथा यह कि वह दिमागी रूप से स्वस्थ प्रतीत होता है तथा ऐसा नहीं लगता कि वह किसी प्रकार के दबाव में है, धोखे में है या किसी अनुचित प्रभाव में है।

मैं नहीं हूँ:

- वह व्यक्ति जिसे इस कागज़ात में रोगी हिमायती के रूप में नियुक्त किया गया है।
- 18 वर्ष की कम आयु का व्यक्ति।
- रोगी के साथ खून का, शादी से या दत्तक-ग्रहण के माध्यम से रिश्ता।
- रोगी का फ़िजीशन या स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता।
- स्वास्थ्य देखभाल फैसिलिटी या सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम का कर्मचारी, जो इस रोगी का उपचार या उसकी देखभाल कर रहा है।
- रोगी के लिए जीवन या स्वास्थ्य बीमा प्रदाता का कर्मचारी।
- मेरी सर्वश्रेष्ठ जानकारी के अनुसार, रोगी का ऋणदाता या इस समय मौजूद या कानून के परिचालन द्वारा वसीयत के तहत उसकी संपत्ति के किसी भी भाग का हकदार।

गवाह एक के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

नाम (कृपया प्रिंट करें): \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_ शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_

गवाह दो के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

नाम (कृपया प्रिंट करें): \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_ शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_

## मानसिक स्वास्थ्य इलाज निर्णय - वैकल्पिक

मैं यह भाग पूरा न करने का निर्णय लेता/लेती हूँ।

इस अनुभाग को पूरा करके अपने रोगी हिमायती को इलाज संबंधी निर्णय लेने के लिए प्राधिकृत करें, यदि फ़िज़ीशन तथा मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर यह निर्धारित करें कि आप मानसिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए जानकारी-युक्त सहमति प्रदान नहीं कर सकते।

मेरे मानसिक स्वास्थ्य इलाज निर्णय लेने की क्षमता का मूल्यांकन करने के लिए मेरे पसंदीदा फ़िज़ीशन और मानसिक स्वास्थ्य प्रैक्टिशनर निम्नलिखित हैं:

फ़िज़ीशन का नाम: \_\_\_\_\_

कार्यालय का पता: \_\_\_\_\_ फ़ोन: \_\_\_\_\_

मानसिक स्वास्थ्य प्रैक्टिशनर का नाम: \_\_\_\_\_

कार्यालय का पता: \_\_\_\_\_ फ़ोन: \_\_\_\_\_

मैं समझता/समझती हूँ कि यदि ऊपर मनोनीत व्यक्ति निर्णय लेने के लिए उपलब्ध नहीं हैं, तो मेरी उपचार टीम अन्य प्रैक्टिशनरों की पहचान करेगी, जो इस कार्य के लिए समर्थ हैं। जब भी संभव होगा, मेरी तथा मेरी रोगी हिमायती की पसंद को ध्यान में लिया जाएगा।

इसके बाद इलाज विकल्पों की सूची दी गई है। मैं जिन विकल्पों के लिए अपने रोगी हिमायती को सहमति देने की शक्ति देना चाहता/चाहती हूँ उनके साथ आद्याक्षर करके एक या अधिक विकल्प चुन सकता/सकती हूँ:

\_\_\_\_\_ आउटपेशेंट उपचार।  
आद्याक्षर

\_\_\_\_\_ अस्पताल में इनपेशेंट मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ प्राप्त करने के लिए औपचारिक स्वैच्छिक रोगी के रूप में मेरी भर्ती। मेरे पास मेरे अस्पताल छोड़ने के अभिप्राय के लिए तीन दिन की सूचना देने का अधिकार है।  
आद्याक्षर

\_\_\_\_\_ अस्पताल में इनपेशेंट मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ प्राप्त करने के लिए मेरी भर्ती।  
आद्याक्षर

\_\_\_\_\_ सायकोट्रोपिक चिकित्सा।  
आद्याक्षर

\_\_\_\_\_ इलेक्ट्रो-कन्वल्सिव थेरपी (ईसीटी)।  
आद्याक्षर

### मानसिक स्वास्थ्य उपचार संबंधी शक्ति-वैकल्पिक:

मैं अपने निरसन को तुरंत प्रभावी करवाने का अधिकार छोड़ता/छोड़ती हूँ। यदि मैंने अपना मनोनयन निरस्त किया, तो निरसन उस तिथि से 30 दिनों के लिए प्रभावी रहेगा, जिस तिथि से मैंने अपने निरसन के अभिप्राय की सूचना दी थी। चाहे मैं यह विकल्प चुनता/चुनती हूँ, फिर भी मेरे पास मेरे अस्पताल छोड़ने के अभिप्राय का तीन दिन की सूचना देने का अधिकार सुरक्षित है, यदि मैं औपचारिक स्वैच्छिक रोगी हूँ।

रोगी के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

(यदि आप अपने रोगी हिमायती को यह अधिकार देना चाहते/चाहती हैं, तो अपने नाम से हस्ताक्षर करें)

रोगी के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_



## रोगी हिमायती द्वारा तथा वैकल्पिक (वारिस) रोगी हिमायतियों द्वारा स्वीकरण

मैं \_\_\_\_\_ के लिए रोगी हिमायती बनने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ,  
(रोगी का नाम)

मैं यह दायित्व स्वीकार करता/करती हूँ तथा इस दस्तावेज़ में बताया गए अनुसार व जैसी मैंने रोगी के साथ मौखिक रूप से चर्चा की होगी, उसके अनुसार रोगी की इच्छाओं और निर्देशों का पालन करने के लिए उचित कदम उठाने के लिए सहमत हूँ। यदि मुझसे संपर्क करने के उचित प्रयासों के बाद भी मैं कार्य करने में असमर्थ रहा/रही, तो रोगी द्वारा मनोनीत क्रमानुसार वारिस रोगी हिमायती मेरे उपलब्ध होने तक कार्य करेगा।

इस स्वीकरण पर हस्ताक्षर करके मैं स्वीकार करता/करती हूँ कि मैं रोगी की ओर से कार्य करने तथा रोगी की स्पष्ट इच्छाओं एवं सर्वश्रेष्ठ हितों के अनुरूप निर्णय लेने का उत्तरदायित्व स्वीकार करता/करती हूँ। मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि इस स्वीकरण पर हस्ताक्षर करने से मैं रोगी के लिए या रोगी की देखभाल के लिए आर्थिक रूप से उत्तरदायी होने के लिए बाध्य नहीं बन जाता/जाती। इसके अतिरिक्त मैं समझता/समझती हूँ कि एक रोगी हिमायती के रूप में:

- मेरा प्राधिकरण तब तक प्रभावी नहीं होगा, जब तक रोगी को फ़िज़ीशन द्वारा मेडिकल और/या मानसिक स्वास्थ्य इलाज निर्णय लेने के लिए असमर्थ घोषित नहीं किया जाता।
- मैं रोगी की देखभाल, संरक्षण, मेडिकल या मानसिक स्वास्थ्य उपचार से जुड़ी ऐसी किसी भी शक्ति का उपयोग नहीं कर सकता/सकती, जिसका उपयोग खुद रोगी के लिए भी संभव नहीं होता।
- मैं किसी गर्भवती रोगी का इलाज रोकने या उससे वापस करने का निर्णय नहीं ले सकता/सकती, यदि उस निर्णय से रोगी की मृत्यु हो सकती है।
- मैं किसी ऐसे इलाज, जो रोगी को मरने की अनुमति देता है, को रोकने या उससे बाहर निकलने का निर्णय केवल तभी ले सकता/सकती हूँ, जब रोगी ने स्पष्ट और ठोस तरीके से यह व्यक्त किया है कि मैं ऐसा निर्णय लेने के लिए प्राधिकृत हूँ, और यह कि रोगी यह स्वीकार करता है कि ऐसे निर्णय से रोगी की मृत्यु हो सकती है या होगी।
- मुझे रोगी हिमायती के रूप में कार्य करने के लिए मुआवज़ा नहीं मिल सकता, लेकिन मुझे रोगी की ओर से किए गए किसी वास्तविक और आवश्यक खर्चों के लिए प्रतिपूर्ति मिल सकती है।
- रोगी किसी भी समय और ऐसे किसी भी तरीके से जो निरसन के अभिप्राय को सूचित करने के लिए पर्याप्त है, रोगी हिमायती के रूप में कार्य करने के मेरे प्राधिकरण को निरस्त कर सकता है।
- यदि रोगी ने मानसिक स्वास्थ्य इलाज निर्णय लेने के मेरे प्राधिकरण को निरस्त करने के अपने अधिकार को छोड़ दिया है, तो रोगी द्वारा निरसन का अभिप्राय व्यक्त किए जाने के बाद किसी मानसिक स्वास्थ्य इलाज के निरसन को 30 दिनों के लिए विलंबित कर दिया जाएगा।
- मैं यह स्वीकरण किसी भी समय और किसी भी ऐसे तरीके से निरस्त कर सकता/सकती हूँ, जो मेरे रोगी हिमायती के रूप में कार्य करना रोकने के अभिप्राय को सूचित करने के लिए पर्याप्त है।
- मुझे उन मेडिकल और कानूनी मानकों के अनुसार कार्य करना होगा, जिनकी मुझसे रोगी के सर्वश्रेष्ठ हितों और उसके लाभ के लिए निर्णय लेने के लिए अपेक्षा है। रोगी के अपने मेडिकल और/या मानसिक स्वास्थ्य इलाज के निर्णय लेने में समर्थ होने की स्थिति में रोगी की व्यक्त या प्रमाणित ज्ञात इच्छाओं को उसके सर्वश्रेष्ठ अनुमानित हित माना जाता है।
- यदि इस कागज़ात द्वारा एक शारीरिक उपहार देना प्राधिकृत किया गया है, तो मेरा प्राधिकरण रोगी की मृत्यु के बाद ही प्रयोज्य होगा।
- अस्पताल में भर्ती किए गए रोगी के पास मिशिगन जन स्वास्थ्य कोड एमसीएल 333.20201 Michigan Public Health Code (MCL 333.20201) के खंड 20201 में सूचीबद्ध अधिकार हैं।

रोगी हिमायती के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

वैकल्पिक (वारिस) रोगी हिमायती के हस्ताक्षर (वैकल्पिक): \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

RESPECTING CHOICES® AT BEAUMONT – अग्रिम निर्देश

## आपके रोगी हिमायती और स्वास्थ्य देखभाल टीम के लिए अनुशंसित जानकारी मेरे आध्यात्मिक या धार्मिक विचार

मैं यह भाग पूरा न करने का निर्णय लेता/लेती हूँ।

मैं चाहता/चाहती हूँ कि मेरे प्रियजन और स्वास्थ्य देखभाल टीम को मेरे धार्मिक या आध्यात्मिक विश्वासों की जानकारी रहे, जो निम्नलिखित हैं:

मेरे धार्मिक या आध्यात्मिक विश्वास निम्नलिखित हैं:

---

---

---

---

यदि मेरी मृत्यु करीब है, तो मेरे लिए निम्नलिखित महत्वपूर्ण हैं:

---

---

---

---

मेरी मृत्यु के बाद, मेरे लिए निम्नलिखित महत्वपूर्ण हैं:

---

---

---

---

अतिरिक्त टिप्पणियाँ:

---

---

---

रोगी के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

## आपके रोगी हिमायती और स्वास्थ्य देखभाल टीम के लिए अनुशंसित जानकारी मस्तिष्क की गंभीर, स्थायी चोट के लिए आपकी देखभाल के लक्ष्यों की छानबीन करना

मैं यह भाग पूरा न करने का निर्णय लेता/लेती हूँ।

ऐसा एक निर्णय है, जिसके बारे में हर व्यक्ति को सोचना चाहिए। इस परिदृश्य की कल्पना करें: आकस्मिक घटना (जैसे कार दुर्घटना या बीमारी) ने आपको बातचीत करने से असमर्थ बना दिया है। आपको जीवित रहने के लिए सम्पूर्ण देखभाल मिल रही है। डॉक्टरों का मानना है कि इस बात की मामूली संभावना है कि आप यह जानने की क्षमता को फिर से हासिल कर पाएँगे कि आप कौन हैं या किसके साथ हैं।

इस परिस्थिति में क्या आप आपको जीवित रखे जाने के लिए इलाज जारी रखना चाहेंगे? या क्या आप इलाज रोकना चाहेंगे? इनमें से किसी भी स्थिति में आपको आरामदेह स्थिति में रखा जाएगा।

यह सुझाव दिया जाता है कि Respecting Choices at Beaumont फैसिलिटेटर आपको और आप जिन्हें आमंत्रित करते हैं, उन्हें आपकी बातचीत में मागदर्शन करें। इन प्रश्नों, आपके अनुभवों और इसकी छानबीन करना महत्वपूर्ण है कि आपके लिए अच्छा जीवन जीने का क्या मतलब है। यह प्रक्रिया आपके मूल्यों और आपके अग्रिम निर्देश में लिए गए निर्णयों की बेहतर समझ प्राप्त करने में मदद करती है।

स्थायी मस्तिष्क की चोट के कारण, यदि मैं ऐसे बिंदु पर पहुँच जाऊँ जहाँ यह मेडिकल निश्चितता है कि मैं अपनी यह जानने की क्षमता वापस हासिल नहीं कर पाऊँगा/पाऊँगी कि मैं कौन हूँ, मेरा परिवार और मेरे मित्र कौन हैं या मैं कहाँ हूँ, तो मैं आरामदेह स्थिति में साफ़ रखे जाना चाहूँगा/चाहूँगी और मैं चाहता/चाहती हूँ कि मेरे रोगी हिमायती निम्नलिखित कार्य करें:

आप जिस कथन से सहमत हैं, उसके साथ दिए गए बॉक्स में सही का निशान लगाएँ:

मैं मुझे जीवित रखने के लिए इलाज जारी रखना या शुरू करना चाहता/चाहती हूँ, जब तक मेरे डॉक्टर यह निर्धारित न करें कि इलाज से मुझे लाभ पहुँचने के बजाय नुकसान ज़्यादा होगा।

या

मैं इन सभी इलाजों के लिए मना करना या उन्हें रोकना चाहता/चाहती हूँ, जिसमें ये शामिल हैं लेकिन इन तक सीमित नहीं हैं: फीडिंग ट्यूब्स जिसमें इंटरवेनस (आईवी) हाइड्रेशन, और रेस्पिरैटर/वेंटीलेटर शामिल हैं, यदि मैं इस समस्या से पीड़ित हूँ। मेरी राय में सहायक इलाजों के बोझ इनके संभावित लाभों की तुलना में कहीं ज़्यादा हैं।

रोगी के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_



## आपके रोगी हिमायती और स्वास्थ्य देखभाल टीम के लिए अनुशंसित जानकारी सीपीआर - कार्डियोपल्मोनरी रिससिटेशन

मैं यह भाग पूरा न करने का निर्णय लेता/लेती हूँ।

यदि मेरे दिल ने धड़कना बंद कर दिया और मैं साँस नहीं ले रहा/रही, तो उन्हें फिर से शुरू करने का प्रयास करने के लिए सीपीआर शुरू किया जा सकता है। सीपीआर में रक्तसंचार फिर से शुरू करने के लिए चेस्ट कम्प्रेशन, दिल की धड़कन फिर से शुरू करने के लिए बिजली के झटके और यांत्रिक वेंटिलेशन और कृत्रिम श्वसन संभव करने के लिए मुँह के ज़रिये ट्रेकिआ में ट्यूब डालना (इनट्यूबेशन) शामिल है। सीपीआर के बिना, प्राकृतिक रूप से मृत्यु हो जाएगी।

### सीपीआर से जुड़े तथ्य:

कई बार ऐसा हो सकता है कि सीपीआर नहीं दिया जा सकता, क्योंकि यह अनुपयोगी या नुकसानदायक भी हो सकता है। यदि मेरे अटेंडिंग फ़िज़िशियन या मेरी देखभाल करने वाले अन्य इंटेन्सिव केयर फ़िज़िशियन मानते हैं कि उचित मेडिकल प्रथा के अनुसार सीपीआर उपयोगी नहीं होगा, तो यह नहीं दिया जाएगा। ऐसी परिस्थितियों में मेरे रोगी हिमायती को इस निर्णय की सूचना दे दी जाएगी।

- सीपीआर कम आयु के और स्वस्थ रोगियों में सफल होता है।
- वयस्क रोगी जो अन्य स्थायी बीमारियों से पीड़ित हैं, उनके बचने की संभावना 5% से कम होती है। जीवित होने पर पहले के जीवन की गुणवत्ता वापस हासिल करने की संभावना और भी कम होती है।
- अल्ज़ाइमर्स बीमारी, पार्किन्सन्स बीमारी, दिल, गुर्दे या फेफड़ों की अंतिम चरण की बीमारी, या उन्नत कैंसर से पीड़ित रोगियों में जीवित रहने की दर 1% तक गिर जाती है और उनके जीवन की गुणवत्ता में नाटकीय कमी आ जाती है। घर वापस लौटना या स्वतन्त्र रूप से जीवन जीना शायद ही संभव हो पाता है।

यदि मेरा दिल धड़कना बंद कर दे या मेरी साँस रुक जाए...

आप जिस कथन से सहमत हैं, उसके साथ दिए गए बॉक्स में सही का निशान लगाएँ:

मुझे सीपीआर चाहिए, जब तक मेरे डॉक्टर यह निर्धारित न करें कि:

- मुझे ऐसी मेडिकल समस्या है, जिसमें सीपीआर से बचने की कोई मुनासिब संभावना नहीं है।

या

- सीपीआर उपयोगी होने के बजाय, नुकसानदायक ज़्यादा होगा।

मुझे सीपीआर नहीं चाहिए, बल्कि मैं चाहूँगा/चाहूँगी कि मेरी प्राकृतिक मृत्यु होने दी जाए।

रोगी के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_



RESPECTING CHOICES® AT BEAUMONT – अग्रिम निर्देश

## RESPECTING CHOICES® AT BEAUMONT:

आपके लिए हमारे वायदे:

बातचीत की शुरुआत हम करेंगे।


हम अग्रिम देखभाल योजना के साथ सहायता प्रदान करेंगे।

हम सुनिश्चित करेंगे कि योजनाएँ स्पष्ट हैं।

हम योजनाओं को कायम रखेंगे और वापस लाएँगे।

हम सही तरीके से योजनाओं का पालन करेंगे।

प्रमाणित फैसिलिटेटर से बात करने, अग्रिम देखभाल योजना वक्ता के लिए अनुरोध करने या स्वयंसेवा के लिए अवसरों के बारे में जानने के लिए, कृपया हमसे निम्नलिखित पर संपर्क करें:

 फ़ोन: 947-522-1948

 फ़ोन: [respectingchoices@beaumont.org](mailto:respectingchoices@beaumont.org)

 वेबसाइट: [beaumont.org/respecting-choices](http://beaumont.org/respecting-choices)

RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT  
अग्रिम निर्देश

# Beaumont