

دستورالعمل پیشاپیش مراقبت‌های بهداشتی

فرمی با کاربرد آسان که بتوانید اهداف، ارزش‌ها،
و ترجیحات‌تان را به دیگران ارائه کنید

چرا باید دستورالعمل پیشاپیش برای مراقبت‌های بهداشتی داشته باشید؟

مهم است که از قبل برنامه‌ریزی کرده و اهداف، ارزش‌ها، و ترجیحات‌تان در زمینه مراقبت‌های بهداشتی را به‌وضوح بیان کنید. بهترین وسیله برای انجام چنین اقدامی، همانا دستورالعمل پیشاپیش برای مراقبت‌های بهداشتی است. هنگامی که شما این دستورالعمل را تکمیل کنید، آرامش را هم برای خودتان و هم برای نزدیکان‌تان به ارمغان خواهید آورد. فرآیند تکمیل این دستورالعمل به شما کمک خواهد کرد تا بتوانید درباره مهم‌ترین مسائل زندگی‌تان با عزیزان‌تان صحبت کنید.

در Cedars-Sinai، منابع پرشماری وجود دارند که شما را در تکمیل این دستورالعمل یاری دهند، مانند مددکاران اجتماعی، متخصصان مراقبت‌های معنوی، و کلاس رایگان برنامه‌ریزی پیشاپیش برای مراقبت‌های بهداشتی. برای کسب اطلاعات بیشتر در زمینه این منابع و منابع دیگر، لطفاً به پشت این مدرک مراجعه کنید.

پس از تکمیل دستورالعمل پیشاپیش برای مراقبت‌های بهداشتی‌تان چه باید بکنید؟

- دستورالعمل خود را محضری کرده و یا به امضای دو شاهد واجد شرایط برسانید.
 - گزینه 1: این مدرک را در محضر همگانی امضا کنید.
 - گزینه 2: این مدرک را به امضای دو شاهد واجد شرایط برسانید.
- نسخه‌ای از آن را به افراد زیر بدهید:
 - فرد یا افرادی که مراقبت‌های بهداشتی شما را برعهده دارد یا دارند.
 - عزیزان
 - پزشک اصلی‌تان
 - وکیل‌تان
- به یکی از روش‌های زیر، اطمینان حاصل کنید که این دستورالعمل وارد پرونده پزشکی الکترونیک شما شده باشد:

نسخه‌ای الکترونیک از آن را به Cedars-Sinai ایمیل کنید.	آن را به پست Cedars-Sinai کنید.	آن را به فکس Cedars-Sinai کنید.	آن را در My CS-Link بارگذاری کنید.
نشانه پست الکترونیک یا همان ایمیل: groupMNSHID@cshs.org لطفاً نام و تاریخ تولد خود را در صفحه نخست ذکر کنید.	نشانه پستی: اداره اطلاعات بهداشتی 8700 Beverly Blvd. South Tower, Room 2901 Los Angeles, CA 90048 لطفاً نام و تاریخ تولد خود را در صفحه نخست ذکر کنید.	شماره فکس: 310-248-8078 لطفاً نام و تاریخ تولد خود را در صفحه نخست ذکر کنید.	پایگاه اینترنتی: mycslink.org از صفحه دستورالعمل پیشاپیش برای مراقبت‌های بهداشتی که در ذیل منابع آمده است استفاده کنید. لطفاً نام و تاریخ تولد خود را در صفحه نخست ذکر کنید.

- نسخه اصلی را در مکانی امن (ولی در عین حال قابل دسترس) نگه‌دارید.

فهرست مطالب:

بخش 1:

شخصی که مراقبت‌های بهداشتی مرا برعهده دارد

- 2 قسمت الف: انتخاب شخصی که مراقبت‌های بهداشتی مرا برعهده دارد
3 قسمت ب: من در چه زمانی تمایل دارم شخصی که مراقبت‌های بهداشتی مرا برعهده دارد، نماینده من باشد؟

بخش 2:

اهداف، ارزشها، و ترجیحات من در زمینه مراقبت‌های بهداشتی

- 4 قسمت الف: کیفیت زندگی
5 قسمت ب: دامنه درمان
6 قسمت ج: توضیحات بیشتر (اختیاری)

بخش 3 (اختیاری):

سایر ترجیحات

اهدای عضو

- 7 خواسته‌های من پس از مرگ

بخش 4:

من تا چه حد تمایل دارم که مفاد دستورالعمل پیشاپیش برای مراقبت‌های بهداشتی من دقیقاً اجرا شود؟

8

بخش 5 (اختیاری):

شناسایی پزشک خودم

9

بخش 6:

امضا کردن دستورالعمل پیشاپیش مراقبت‌های بهداشتی خودم

11

16 و 17

صفحات اضافی

نام من: _____

تاریخ تولد من: _____

بخش 1:

شخصی که مراقبت‌های بهداشتی مرا برعهده دارد

قسمت الف: انتخاب شخصی که مراقبت‌های بهداشتی مرا برعهده دارد

■ اگر برای تکمیل این قسمت به کمک نیاز دارید، لطفاً به بخش 1، قسمت الف از راهنمای گام به گام (صفحات 3 و 4) مراجعه کنید.

من شخص زیر را انتخاب می‌کنم تا هر گاه نتوانم (یا نخواهم) اهداف، ارزش‌ها، و ترجیحات خودم را بیان کنم، از جانب من صحبت کند:

نام شخصی که مراقبت‌های بهداشتی مرا برعهده دارد: _____

رابطه‌اش با شما: _____

شماره (های) تلفن: _____

نشانی الکترونیک یا همان ایمیل (چنانچه می‌دانید): _____

فرد (یا افراد) زیر می‌تواند (یا می‌توانند) به‌عنوان اشخاص جایگزین شخص فوق عمل کنند (البته این مورد، اختیاری است):

جایگزین اول

نام این شخص جایگزین: _____

رابطه‌اش با شما: _____

شماره (های) تلفن: _____

نشانی الکترونیک یا همان ایمیل (چنانچه می‌دانید): _____

جایگزین دوم

نام این شخص جایگزین: _____

رابطه‌اش با شما: _____

شماره (های) تلفن: _____

نشانی الکترونیک یا همان ایمیل (چنانچه می‌دانید): _____

قسمت ب: من در چه زمانی تمایل دارم شخصی که مراقبت‌های بهداشتی مرا برعهده دارد، نمایندهٔ من باشد؟

■ اگر برای تکمیل این قسمت به کمک نیاز دارید، لطفاً به بخش 1، قسمت ب از راهنمای گام به گام (صفحهٔ 5) مراجعه کنید.

من می‌خواهم شخصی که مراقبت‌های بهداشتی مرا برعهده دارد، در زمان زیر، تصمیم‌گیری دربارهٔ مراقبت‌های بهداشتی مرا آغاز کند:

لطفاً با گذاشتن حرف اول نام و حرف اول نام خانوادگی خود در یکی از دو گزینهٔ 1 یا 2، جملهٔ بالا را تکمیل کنید:

گزینهٔ 1

هنگامی که پزشک من تشخیص دهد که من دیگر قادر نیستم هدف‌ها، ارزش‌ها، و ترجیحات خودم را بیان کنم.

(حرف اول نام و حرف اول نام خانوادگی خود را اینجا بنویسید)

یا

گزینهٔ 2

از این لحظه به بعد، حتی اگر قادر باشم خودم به جای خودم صحبت کنم.

(حرف اول نام و حرف اول نام خانوادگی خود را اینجا بنویسید)

اهداف، ارزشها، و ترجیحات من در زمینه مراقبت‌های بهداشتی

قسمت الف: کیفیت زندگی

■ اگر برای تکمیل این قسمت به کمک نیاز دارید، لطفاً به بخش 2، قسمت الف از راهنمای گام به گام (صفحات 6 تا 9) مراجعه کنید.

زندگی من ارزشمند بوده، و لذا حاضر هستم در شرایط زیر، حیات‌ام تا حد ممکن ادامه داده شود:

لطفاً با انتخاب یکی از گزینه‌های 1 یا 2 یا 3، جمله بالا را تکمیل کنید:

گزینه 1

تمامی شرایط - حتی اگر فقط به معنای عملکرد ابتدایی اعضای بدن من (قلب، ریه‌ها، کلیه‌ها، و غیره) با یا بدون دستگاه باشد

یا

گزینه 2

تمامی شرایط، مگر آنکه هرگز نتوانم توانایی موارد زیر را دوباره به دست آورم (لطفاً جای خالی زیر را پر کنید):
شرایط جسمانی و بدنی (مانند زندگی بدون اتصال دائم به دستگاه مکانیکی حفظ کننده حیات، برخاستن از رختخواب، رفتن به بیرون از منزل):

شرایط شناختی (مانند بیدار بودن، هشیار بودن، توانایی فکر کردن به طور شفاف)

شرایط تعاملی، اجتماعی، و جمعی (مانند برقراری ارتباط به طریقی با افراد دیگر، زندگی در خارج از مرکز مراقبت‌های بهداشتی)

یا

گزینه 3

مطمئن نیستم

اگر مایل هستید که موارد دیگری را به تفصیل ذکر کنید، لطفاً از یکی از جاهای خالی سطر دار ارائه شده در صفحه 6 و یا در انتهای این فرم استفاده کنید.

قسمت ب: دامنه درمان

■ اگر برای تکمیل این قسمت به کمک نیاز دارید، لطفاً به بخش 2، قسمت ب از راهنمای گام به گام (صفحات 10 و 11) مراجعه کنید.

اگر پزشکام معتقد باشد که من احتمال منطقی بازگشت به کیفیت زندگی‌ای که در صفحه 4 ذکر کردم را دارم، من نیز تمایل دارم تحت موارد زیر قرار گیرم:

لطفاً با انتخاب یکی از گزینه‌های 1 یا 2 یا 3، جمله بالا را تکمیل کنید:

گزینه 1

تمامی اعمال جراحی، اقدامات درمانی، یا مداخلاتی که گروه ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی من پیشنهاد می‌دهد.

یا

گزینه 2

تمامی اعمال جراحی، اقدامات درمانی، یا مداخلاتی که گروه ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی من پیشنهاد می‌دهد، به جز:

یا

گزینه 3

مطمئن نیستم

اگر مایل هستید که موارد دیگری را به تفصیل ذکر کنید، لطفاً از یکی از جاهای خالی سطر دار ارائه شده در صفحه 6 و یا در انتهای این فرم استفاده کنید.

قسمت 3 (اختیاری):

سایر ترجیحات

■ اگر برای تکمیل این قسمت به کمک نیاز دارید، لطفاً به بخش 3 از راهنمای گام به گام (صفحه 12) مراجعه کنید.

اهدای عضو

من تمایل دارم هر عضو و بافت (یا تمامی اعضا و بافت‌هایم) را اهدا کنم.

یا

من تمایل ندارم هیچ‌یک از اعضا یا بافت‌هایم را اهدا کنم.

یا

من تمایل دارم فقط اعضا یا بافت‌های زیر را اهدا کنم (لطفاً نام ببرید):

خواسته‌های من پس از مرگ

من در زمینه مراسم یادبود، تدفین، و یا سوزانده شدن، خواسته‌های زیر را دارم:

اگر مایل هستید که موارد دیگری را به تفصیل ذکر کنید، لطفاً از یکی از جاهای خالی سطر دار ارائه شده در انتهای این فرم استفاده کنید.

بخش 4:

من تا چه حد تمایل دارم که مفاد دستورالعمل پیشاپیش مراقبتهای بهداشتی من دقیقاً اجرا شود؟

■ اگر برای تکمیل این قسمت به کمک نیاز دارید، لطفاً به بخش 4 از راهنمای گام به گام (صفحه 13) مراجعه کنید.

من تمایل دارم اهداف، ارزشها، و ترجیحاتام مطابق با آنچه در این دستورالعمل آمده است، به شرح زیر اجرا شود:
لطفاً با گذاشتن حرف اول نام و حرف اول نام خانوادگی خود در یکی از دو گزینه 1 یا 2، جمله بالا را تکمیل کنید:

گزینه 1

بهعنوان یک رهنمود کلی و بر اساس دانسته‌های کنونی من عمل کند.

(حرف اول نام و حرف اول نام خانوادگی خود را اینجا بنویسید)

یا

گزینه 2

به‌طور دقیق و تحت هر شرایطی اجرا شود.

(حرف اول نام و حرف اول نام خانوادگی خود را اینجا بنویسید)

اگر تمایل دارید که نظرات و اطلاعات بیشتری را با ما در میان بگذارید، لطفاً از قسمت زیر استفاده کنید:

اگر مایل هستید که موارد دیگری را به‌تفصیل ذکر کنید، لطفاً از یکی از جاهای خالی سطر دار ارائه شده در انتهای این فرم استفاده کنید.

قسمت 5 (اختیاری): شناسایی پزشک خودم

■ اگر برای تکمیل این قسمت به کمک نیاز دارید، لطفاً به بخش 5 از راهنمای گام به گام (صفحه 14) مراجعه کنید.

شما می‌توانید پزشکانی را برای مراقبت از خودتان در اختیار داشته باشید که اهداف، ارزش‌ها، و ترجیحات شما را درک می‌کنند. اگر تمایل دارید که آنان در بحث‌های مربوط به بیماری شما و گزینه‌های درمانی‌تان نقش داشته باشند، لطفاً نام آنها و اطلاعات مربوط به تماس با آنها را در زیر به صورت فهرست‌وار بنویسید.

نام پزشک: _____

شماره (های) تلفن (چنانچه می‌دانید): _____

نشانی الکترونیک یا همان ایمیل (چنانچه می‌دانید): _____

نام پزشک: _____

شماره (های) تلفن (چنانچه می‌دانید): _____

نشانی الکترونیک یا همان ایمیل (چنانچه می‌دانید): _____

نام پزشک: _____

شماره (های) تلفن (چنانچه می‌دانید): _____

نشانی الکترونیک یا همان ایمیل (چنانچه می‌دانید): _____

اگر مایل هستید که موارد دیگری را به تفصیل ذکر کنید، لطفاً از یکی از جاهای خالی سطر دار ارائه شده در انتهای این فرم استفاده کنید.

این صفحه عمدتاً سفید گذاشته شده است

بخش 6:

امضا کردن دستورالعمل پیشاپیش مراقبت‌های بهداشتی خودم

■ اگر برای تکمیل این قسمت به کمک نیاز دارید، لطفاً به بخش 6 از راهنمای گام به گام (صفحه 15) مراجعه کنید.

برای آنکه مدرک حاضر، معتبر بوده و وجهه قانونی داشته باشد، باید قسمت زیر را در محضر عمومی (صفحه 13) یا در حضور دو نفر شاهد (صفحه 14) امضا کنید:

نام (با حروف مجزا بنویسید): _____

امضا: _____

تاریخ امضا: _____

این صفحه عمدتاً سفید گذاشته شده است

امضا کردن دستورالعمل پیشاپیش مراقبت‌های بهداشتی خودم

در محضر

تذکره: اگر بخش زیر را تکمیل کنید، دیگر نیازی به تکمیل صفحه 14 نخواهد بود.

ثبت محضری

اظهاریه همه-منظوره کالیفرنیا، کد مدنی 1189

متصدی محضر عمومی یا هر متصدی دیگری که این گواهی‌نامه را تکمیل می‌کند، فقط هویت شخص امضا کننده سند الصاق شده به این گواهی‌نامه را تأیید می‌کند، و نه درستی، صحت، یا اعتبار آن سند را.

ایالت کالیفرنیا

{ نام شهرستان _____

در تاریخ _____ در حضور من، به نام _____

در اینجا نام و عنوان متصدی را بنویسید

تاریخ

شخصاً حضور یافته است

اسم (یا اسمی) امضا کننده (یا امضا کنندگان)

که با استناد بر شواهدی قانع‌کننده، به من ثابت کرده است که همان فردی است که نامش در داخل سند ذکر شده است و به من اظهار داشته است که اولاً از همان اختیارات قانونی برخوردار است و ثانیاً با امضای این سند، آن را از جانب خود و یا از جانب موکل خود اجرا خواهد کرد.

من مطابق با قوانین مربوط به مجازات شهادت دروغ در ایالت کالیفرنیا، گواهی می‌کنم که پاراگراف بالا درست و صحیح است.

شاهد: دست خودم و مهر رسمی

امضا

امضای محضر عمومی

امضا کردن دستورالعمل پیشاپیش مراقبتهای بهداشتی خودم

در حضور شهود

تذکر: اگر بخش زیر را تکمیل کنید، دیگر نیازی به تکمیل صفحه 13 نخواهد بود.

شهادت نامه

من مطابق با قوانین مربوط به مجازات شهادت دروغ در ایالت کالیفرنیا، اظهار میدارم که: (1) امضاکننده یا پذیرنده این دستورالعمل پیشاپیش مراقبتهای بهداشتی را شخصاً می شناسم و یا آنکه هویت وی بر اساس شواهد و مدارکی متقاعد کننده، بر من اثبات شده است؛ (2) فرد مذکور، این دستورالعمل پیشاپیش مراقبتهای بهداشتی را در حضور من امضا کرده یا پذیرفته است؛ (3) به نظر می رسد فرد مذکور از سلامت عقل برخوردار بوده و تحت تأثیر هیچ گونه نفوذ بی مورد یا تهدید یا کلاهبرداری قرار ندارد؛ (4) من شخصی نیستم که در این دستورالعمل پیشاپیش مراقبتهای بهداشتی از او به عنوان نماینده یاد شده است؛ و (5)؛ من شخصی نیستم که عهده دار مراقبتهای بهداشتی فرد مذکور است، کارمند مرکز نگهداری وی نیستم، و کارمند مرکز سالمندان نیستم؛ و (6) سن بالای 18 سال دارم.

شاهد شماره 1

امضای شاهد شماره 1

تاریخ

نام شاهد شماره 1

با حروف مجزاشماره تلفن

شاهد شماره 2

امضای شاهد شماره 2

تاریخ

نام شاهد شماره 2

با حروف مجزاشماره تلفن

یکی از شهود باید اظهارنامه زیر را نیز امضا کند:

من مطابق با قوانین مربوط به مجازات شهادت دروغ در ایالت کالیفرنیا، این نکته را نیز اظهار می دارم که هیچ گونه رابطه نسبی یا سببی یا فرزندخواندگی با شخصی که این دستورالعمل پیشاپیش برای مراقبتهای بهداشتی را امضا می کند، ندارم. به علاوه، تا جایی که اطلاع دارم، پس از فوت او نیز نه طبق وصیت او و نه به حکم قانون، هیچ بخشی از اموال او به من تعلق نخواهد گرفت.

امضای شاهد شماره 1 یا شماره 2

تاریخ

نام شاهد شماره 1 یا شماره 2

با حروف مجزاتاریخ

ویژگی الزامی شاهد

تذکر: صرفاً در مورد بیماری که در آسایشگاه سالمندان یا مراکز نگهداری تخصصی زندگی می‌کنند، امضای وکیل بیمار یا نماینده ویژه بیمار نیز علاوه بر تکمیل صفحه 13 یا صفحه 14 الزامی است.
اگر شما بیماری که در آسایشگاه سالمندان یا مرکز نگهداری تخصصی زندگی می‌کند **نیستید**، می‌توانید این بخش را نادیده بگیرید.

اظهارنامه وکیل بیمار یا نماینده ویژه او

من مطابق با قوانین کالیفرنیا، مربوط به مجازات شهادت دروغ، این نکته را اظهار میدارم که اولاً اداره سالمندان ایالت کالیفرنیا، مرا به عنوان وکیل بیمار یا نماینده ویژه او تعیین کرده است و ثانیاً طبق ماده 4675 از آیین‌نامه رسیدگی به صحت وصیت‌نامه، من نقش شاهد را برعهده دارم.

اوتاریخ

امضای وکیل بیمار یا نماینده ویژه

تلفن

نام وکیل بیمار یا نماینده ویژه اوشماره

منابع دیگر

برای عضویت در کلاس رایگان کلاس برنامه‌ریزی پیشاپیش جهت مراقبت‌های بهداشتی، با شماره تلفن 800-700-6424 تماس بگیرید.

طب مراقبت‌های حمایتی Cedars-Sinai 310-423-9520

گروه طب مراقبت‌های حمایتی Cedars-Sinai یا همان اس سی ام، به آن دسته از بیماران بستری یا سرپایی که با بیماری‌های پیشرفته یا محدودکننده حیات دست به گریبان هستند، کمک می‌کند تا بهترین کیفیت زندگی ممکن را به دست آورند، و در ضمن از خانواده این بیماران نیز حمایت می‌کند. بالینگران اس سی ام، در امر درمان طیف گسترده‌ای از علایم جسمانی و روانی متخصص هستند؛ ضمن آنکه برای کمک به برنامه‌ریزی جهت مراقبت‌های پیشاپیش و دست‌ورالعمل پیشاپیش برای مراقبت‌های بهداشتی نیز آموزش‌های تخصصی دیده‌اند.

مراقبت‌های معنوی Cedars-Sinai 310-423-5550 ؛ آدرس اینترنتی cedars-sinai.org/spiritualcare

اعضای اداره مراقبت‌های مراقبت‌های معنوی Cedars-Sinai، خدمات مراقبت‌های معنوی را هم به بیماران Cedars-Sinai و هم به عزیزان‌شان ارائه می‌کنند. کشیش نیز برای دیدار با بیماران و نیز یاری دادن آنان در مسائل دشوار در زمینه مراقبت‌ها و تصمیمات مربوط به پایان حیات، قابل دسترس است.

مرکز مسائل اخلاقی مراقبت‌های بهداشتی Cedars-Sinai

شماره تلفن 310-423-9636؛ آدرس اینترنتی cedars-sinai.org/ethics

این مرکز برای بیماران بستری در Cedars-Sinai، خدمات مشاوره را برای مسائل اخلاقی بالینی ارائه می‌کند. هدف آن است که به بیماران، اعضای خانواده‌شان، پزشکان، و سایر اعضای گروه مراقبت از بیمار کمک شود تا بتوانند اهداف و ارزش‌های اخلاقی مربوطه را بررسی کرده و مورد بحث قرار دهند.

واحد مددکاری اجتماعی Cedars-Sinai

شماره تلفن برای بیماران بستری: 310-423-4446 شماره تلفن برای بیماران سرپایی: 310-248-8311

پایگاه‌های اینترنتی که اطلاعات مربوط به برنامه‌ریزی پیشاپیش جهت مراقبت‌های بهداشتی را ارائه می‌کنند، در زیر آمده‌اند:

- دفتر ثبت دستورالعمل پیشاپیش برای مراقبت‌های بهداشتی - کالیفرنیا: sos.ca.gov/registries/advance-health-care-directive-registry
- سالمندی با عزت: agingwithdignity.org
- انجمن بیمارستان‌های آمریکا: putinwriting.org
- نظام پزشکی کالیفرنیا: cmanet.org
- ارتباط با مراکز مراقبت: caringinfo.org
- اتحادیه مراقبت‌های دلسوزانه کالیفرنیا: coalitionccc.org and capolst.org (فرم‌های پولست به زبان انگلیسی و زبان‌های دیگر)
- انجمن آسایشگاه‌های آمریکا: hospice.nahc.org
- اهدای حیات کالیفرنیا-دفتر ثبت اهدا کنندگان عضو و بافت: donatelifecalifornia.org
- اداره امور نظامیان قدیمی ایالات متحده: losangeles.va.gov/patients/advance.asp