

បណ្តាំទុកមុន Advance Directive (Khmer)

សេចក្តីណែនាំតាមដំណាក់កាលនឹងជួយអ្នក
ធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តការថែទាំសុខភាព
ព្រមគ្នាសម្រាប់ពេលអនាគត



Extraordinary care. Extraordinary caring.™



មាតិកា

ហេតុអ្វីបានជាមនុស្សពេញវ័យត្រូវមានបណ្តាំទុកមុន	5
ជំហាន 1	
ជ្រើសរើសអ្នកតំណាងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក	6
ស្វែងយល់ពីសិទ្ធិរបស់អ្នកតំណាងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក	7
ចាត់តាំងអ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក	8
ជំហាន 2	
ធ្វើការជ្រើសរើសជម្រើសថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក	9
ជំហាន 3	
ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ:	12
ជំហាន 4	
ប្រគល់ជូនច្បាប់ថតចម្លងមួយច្បាប់នៃបណ្តាំទុកមុនរបស់អ្នកដែល បានបំពេញព័ត៌មានរួច	15
ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ជាច្រើនពីបណ្តាំទុកមុនរបស់អ្នក	16
សំណួរដែលមានគេសាកសួរញឹកញាប់	17

“ក្នុង ការធ្វើផែនការ
សម្រាប់ជំងឺ ធ្ងន់ ធ្ងរ
គប្បីធ្វើវាឲ្យបានលឿន
បំផុត មុនហួសពេល។”

– Ira Byock, M.D.



ហេតុអ្វីបានជាមនុស្សពេញវ័យត្រូវមានបណ្តាំទុកមុន

សូមអបអរសាទរសម្រាប់ការបោះជំហានដំបូងទៅកាន់ការបំពេញនូវបណ្តាំទុកមុន។

ឯកសារនេះអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកចាត់តាំងឈ្មោះបុគ្គលណាម្នាក់ដើម្បីនិយាយជំនួសអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយបានដោយខ្លួនឯង។ បុគ្គលម្នាក់នោះ នឹងធ្វើឲ្យប្រាកដថា បំណងប្រាថ្នារបស់អ្នកបានសម្រេច។

នៅពេលដែលយើងចាប់ផ្តើមចូលដល់អាយុ 16 ឆ្នាំ យើងអាចបើកបរបានដោយស្របច្បាប់។ នៅពេលយើងមានអាយុ 21 ឆ្នាំ យើងអាចទទួលបានគ្រឿងស្រវឹងដោយស្របច្បាប់។ ហើយនៅពេលយើងមានអាយុ 18 ឆ្នាំ យើងអាចចុះឈ្មោះធ្វើជាទាហាន និងអាចធ្វើការជ្រើសរើសអ្វីដែលចង់បានទាក់ទងនឹងការថែទាំសុខភាពរបស់យើង។ យើងទាំងអស់គ្នា អាចប្រឈមនឹងជំងឺ ឬរបួសស្នាមធ្ងន់ធ្ងរនៅគ្រប់វ័យទាំងអស់។ បណ្តាំទុកមុនអាចកាត់បន្ថយក្តីកង្វល់ទៅលើសមាជិកគ្រួសារ និងមនុស្សជាទីស្រឡាញ់ ក្នុងករណីដែលពួកគេប្រឈមនឹងការសម្រេចចិត្តដ៏លំបាកណាមួយអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

Swedish ជឿជាក់ថា បុគ្គលគ្រប់រូបដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំ និងចាស់ជាងនេះ គប្បីមានបណ្តាំទុកមុន ដែលនឹងផ្តល់ជូននូវព័ត៌មានសំខាន់សម្រាប់គ្រូពេទ្យនិងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក៖

- វាបញ្ជាក់ថា តើប្រភេទនៃការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដែលអ្នកចង់បាន។
- វាបញ្ជាក់ថា អ្នកណាអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើ បើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តបានដោយខ្លួនឯង។

ស្តាប់ក្នុងចិត្ត

បណ្តាំទុកមុនអាចមានលក្ខណៈធម្មតា ឬមានលក្ខណៈលម្អិត។ កញ្ចប់នេះអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត។ អ្នកអាចចាត់តាំងឈ្មោះបុគ្គលណាម្នាក់ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តជំនួសអ្នកបាន។ ឬអ្នកអាចរួមបញ្ចូលនូវព័ត៌មានបន្ថែមពីការព្យាបាលនានា ដូចជា ការជួយធ្វើចលនាបេះដូងនិងសួត (CPR) ខ្យល់ដង្ហើមមេកានិក (ម៉ាស៊ីនដកដង្ហើម) ឬការសកបញ្ចូលបំពង់ផ្តល់ចំណីអាហារ។

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរចិត្តអំពីការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្ត អ្នកអាចធ្វើការកែប្រែបណ្តាំទុកមុនរបស់អ្នកបាននៅគ្រប់ពេលវេលាទាំងអស់។

ចាប់ផ្តើមធ្វើការជជែកគ្នាជាមួយក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកឲ្យបានឆាប់។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានការថែទាំដែលមានការយកចិត្តទុកដាក់លើគុណតម្លៃចំណង់ចំណូលចិត្ត និងអាទិភាពរបស់ អ្នក នោះបណ្តាំទុកមុនអាចជួយអ្នកបាន។

ព័ត៌មានខាងក្រោមនេះនឹងជួយអ្នក និងមនុស្សដទៃផ្សេងទៀតដែលអ្នកស្រឡាញ់ ធ្វើការសម្រេចចិត្តរួមគ្នាដោយមានព័ត៌មានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពនាពេលអនាគត។

ទាញយកកូនសៀវភៅណែនាំនេះនៅគេហទំព័រ Swedish.org/AD។

ជ្រើសរើសអ្នកតំណាងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

ចាត់តាំងឈ្មោះបុគ្គលណាម្នាក់ដែលអ្នកទុកចិត្តដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តលើជម្រើសថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តបានដោយខ្លួនឯង។

អ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក អាចជាសមាជិកក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក ឬមិត្តភក្តិដែល៖

- មានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ
- ស្គាល់អ្នកច្បាស់
- មានបំណងទទួលយកទំនួលខុសត្រូវនេះ
- អាចធ្វើការសម្រេចចិត្តក្នុងស្ថានភាពលំបាកស្របទៅតាមបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នក
- នឹងទាក់ទងបានយ៉ាងមានប្រសិទ្ធភាពជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងសមាជិកក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលអ្នកបានផ្តល់ជូននៅក្នុងកញ្ចប់នេះ

អ្នកតំណាងរបស់អ្នក មិនអាច ជាគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ឬបុគ្គលណាមួយដែលធ្វើការនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក ដែលអ្នកទទួលបានការថែទាំនោះទេ លើកលែងតែបុគ្គលនេះ គឺជាសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក។

អ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអាច៖

- ធ្វើការសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកនឹងត្រូវទទួលបានការថែទាំសុខភាពនៅកន្លែងណា
- ជ្រើសរើស ឬលុបចោលអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព
- យល់ព្រម និងបដិសេធការព្យាបាលដោយឱសថ ការធ្វើតេស្ត និងការព្យាបាលនានា
- និយាយពីអ្វីដែលកើតឡើងលើរាងកាយ និងសរីរាង្គរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានមរណៈភាព
- ចាត់វិធានការផ្លូវច្បាប់ដែលចាំបាច់ដើម្បីបំពេញតាមបំណងរបស់អ្នក

ផ្តល់ជូននូវច្បាប់ថតចម្លងនៃបណ្តាំទុកមុនដែលមានចុះហត្ថលេខា ទៅកាន់អ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាព ក្រុមគ្រួសារ និងអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

“ខ្ញុំប្រគល់បណ្តាំទុកមុននេះទៅឲ្យគ្រួសារ ក៏ដូចជាក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ដូចនេះ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចនិយាយបានដោយប្រការណាមួយដោយខ្លួនឯង ក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ នឹងដឹងថាត្រូវណែនាំការថែទាំរបស់ខ្ញុំយ៉ាងដូចម្តេច។”

– Rebekah M.



សិទ្ធិរបស់អ្នកតំណាង ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

អ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដូចខាងក្រោមសម្រាប់ការព្យាបាលសង្គ្រោះជីវិតនានា៖

CPR ការជួយធ្វើចលនាបេះដូងនិងសួត

សកម្មភាពនេះអាចពាក់ព័ន្ធន៖

- ការសង្កត់ខ្លាំងៗទៅទ្រូងរបស់អ្នកដើម្បីរក្សាការបូមឈាមក្នុងបេះដូងរបស់អ្នក
- ការប្រើឧបករណ៍ឆក់ដើម្បីធ្វើដំណើរការបេះដូងរបស់អ្នកឡើងវិញ
- ការប្រើឱសថចាក់បញ្ចូលទៅក្នុងសរសៃវ៉ែនរបស់អ្នក



ឧបករណ៍ដកដង្ហើម ឬបំពង់អុកស៊ីសែន

ជាម៉ាស៊ីនដែលបូមខ្យល់ចូលទៅក្នុងសួតរបស់អ្នក និងផ្តល់ដង្ហើមដល់អ្នក (នៅពេលដាក់បំពង់អុកស៊ីសែន អ្នកនឹងមិនអាចនិយាយ និងទទួលបានអាហារបានឡើយ។)



ម៉ាស៊ីនលាងឈាម

ជាម៉ាស៊ីនដែលលាងសម្អាតឈាមរបស់អ្នក ប្រសិនបើតម្រងនោមរបស់អ្នកឈប់ដំណើរការ

បំពង់ផ្តល់អាហារ

ជាបំពង់ដែលប្រើសម្រាប់ផ្តល់អាហារដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចលេបចំណីអាហារបាន (បំពង់អាចត្រូវបានគេស្តង់ដារតាមបំពង់ករបស់អ្នកទៅកាន់ក្រពះ ឬធ្វើការវះកាត់ដាក់ចូលតាមពោះរបស់អ្នកទៅកាន់ក្រពះ។)



ការបញ្ចូលឈាម

ជាដំណើរការនៃការបញ្ចូលឈាមដែលគេបានបិទ្វាគឲ្យអ្នក ជាទូទៅតាមរយៈទុយយោសេរ៉ូម IV ទៅក្នុងសរសៃវ៉ែននៅក្នុងដៃរបស់អ្នក

ការថែទាំនៅដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជីវិត

ប្រសិនបើអ្នកអាចនឹងត្រូវបាត់បង់ជីវិតក្នុងពេលខាងមុខ អ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអាច៖

- អញ្ជើញអាចារ្យ ឬអ្នកប្រឹក្សាយោបល់
- ធ្វើការសម្រេចចិត្តថាអ្នកគួរស្លាប់នៅផ្ទះ ឬនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ
- ធ្វើការសម្រេចចិត្តថាតើគួរធ្វើការវះកាត់ពិនិត្យសាកសពឬទេ
- ធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការបិទ្វាគសរីរាង្គកាយ
- ធ្វើការសម្រេចចិត្តថាតើគួរត្រូវបានគេបញ្ចុះ ឬបូជានៅកន្លែងណា

សរសេរនៅការសម្រេចចិត្តណាមួយដែលអ្នក **មិន** ចង់ឲ្យអ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកធ្វើ៖

ជំហាន 1

ចាត់តាំងអ្នកតំណាង ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

ខ្ញុំចង់ឲ្យបុគ្គលរូបនេះធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឲ្យខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តបានដោយខ្លួនឯង៖

ឈ្មោះពេញ

អាសយដ្ឋាន

ទូរសព្ទនៅផ្ទះ	ទូរសព្ទកន្លែងការងារ	ទូរសព្ទដៃ
---------------	---------------------	-----------

អ៊ីម៉ែល

ប្រសិនបើបុគ្គលទីមួយមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឲ្យខ្ញុំបាន ដូចនេះខ្ញុំសូមធ្វើការចាត់តាំងអ្នកជំនួសខាងក្រោម៖

ឈ្មោះពេញ

អាសយដ្ឋាន

ទូរសព្ទនៅផ្ទះ	ទូរសព្ទកន្លែងការងារ	ទូរសព្ទដៃ
---------------	---------------------	-----------

អ៊ីម៉ែល

សូមដាក់សញ្ញា **X** នៅក្បែរឈ្មោះដែលអ្នកយល់ស្រប៖

- អ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ នឹងធ្វើការសម្រេចចិត្តសម្រាប់ខ្ញុំ តែក្នុងពេល បន្ទាប់ពីខ្ញុំមិនអាចធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តបានដោយខ្លួនឯងតែប៉ុណ្ណោះ។
- ឬ
- អ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំអាចធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តសម្រាប់ខ្ញុំក្នុងពេលភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។

តើអ្នកចង់ឲ្យអ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអនុវត្តតាមបំណងវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេច? សូមដាក់សញ្ញា **X** នៅក្បែរឈ្មោះ **មួយណា** ដែលអ្នកយល់ស្របជាមួយជាងគេ៖

- អាចផ្លាស់ប្តូរបានទាំងស្រុង៖** អ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ បន្ទាប់ពីបានពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើគាត់យល់ឃើញថា ការផ្លាស់ប្តូរនោះល្អបំផុតសម្រាប់ខ្ញុំនៅក្នុងពេលនោះ។
- អាចផ្លាស់ប្តូរបានខ្លះ៖** អ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំខ្លះៗបាន ករណីបន្ទាប់ពីពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់ខ្ញុំ គាត់យល់ឃើញថា ការផ្លាស់ប្តូរនោះល្អបំផុតសម្រាប់ខ្ញុំនៅក្នុងពេលនោះ។
- អាចផ្លាស់ប្តូរបានតិចតួច៖** ខ្ញុំចង់ឲ្យអ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំធ្វើតាមបំណងប្រាថ្នាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំឲ្យបានដូចការចង់បានរបស់ខ្ញុំតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ សូមគោរពតាមការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំ បើទោះបីជាគ្រូពេទ្យផ្តល់អនុសាសន៍ផ្សេងទៀតក៏ដោយ។

ទាំងនេះជាបំណងប្រាថ្នាមួយចំនួនរបស់ខ្ញុំ ដែលខ្ញុំចង់ឲ្យគោរពតាម៖

ធ្វើការជ្រើសរើសជម្រើសថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

គិតគូរពីអ្វីដែលធ្វើឲ្យជីវិតរបស់អ្នករស់នៅប្រកបដោយន័យខ្លីមសារ។ សូមដាក់សញ្ញា **X** នៅក្បែរល្បះ **ទាំងអស់** ដែលអ្នកយល់ស្រប៖

ជីវិតរបស់ខ្ញុំតែងតែរស់នៅប្រកបដោយន័យខ្លីមសារជានិច្ច មិនថាខ្ញុំមានជំងឺឬយ៉ាងណានោះទេ។

ជីវិតរបស់ខ្ញុំគឺ **ពិតជា** មានន័យបានប្រសិនបើខ្ញុំអាច៖

- ប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយក្រុមគ្រួសារ និងមិត្តភក្តិ
- ដឹងខ្លួនពីសន្តាប់
- ញ៉ាំអាហារ ងូតទឹក ឬថែទាំខ្លួនឯងបាន
- មិនមានការឈឺចាប់
- រស់នៅដោយមិនមានជាប់ខ្លួនជាមួយនឹងម៉ាស៊ីន
- ខ្ញុំមិនប្រាកដក្នុងចិត្ត

ប្រសិនបើខ្ញុំស្លាប់ ខ្ញុំចង់ស្លាប់នៅ (សូមជ្រើសរើសមួយ)៖

- ផ្ទះ
- មន្ទីរពេទ្យឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំផ្សេងទៀត
- វាសំខាន់សម្រាប់ខ្ញុំ សម្រាប់កន្លែងដែលខ្ញុំទទួលបានការមើលថែ

សាសនា ឬជំនឿផ្នែកព្រលឹងវិញ្ញាណ

តើពិធីសាសនា ឬជំនឿផ្នែកព្រលឹងវិញ្ញាណមានសារៈសំខាន់សម្រាប់អ្នកដែរឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

តើអ្នកមានសាសនា ឬជំនឿប្រពៃណីអ្វីមួយដែរឬទេ?

តើគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកគប្បីដឹងអ្វីខ្លះពីជំនឿតាមបែបសាសនា ឬតាមបែបព្រលឹងវិញ្ញាណរបស់អ្នក?

“ការបំពេញបណ្តាំទុកមុន ផ្តល់ជូនអ្នកនូវឱកាសមួយ ដើម្បីដៃគូអំពីប្រភេទនៃការព្យាបាលមួយណាដែលអ្នកចង់បាន នៅមុនពេលរឿងអកុសលណាមួយ កើតឡើង។” – Olivia R.



ធ្វើការជ្រើសរើសជម្រើសថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

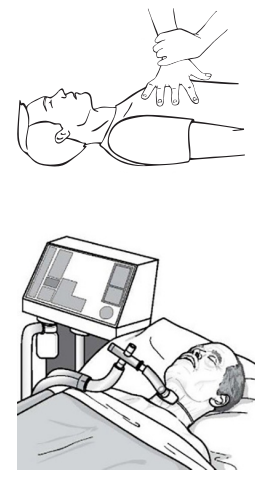
ជំនួយសង្គ្រោះជីវិត

ការព្យាបាលបែបសង្គ្រោះជីវិតត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីរក្សាអាយុជីវិតរបស់អ្នក។ ការព្យាបាលនេះរួមមាន CPR ម៉ាស៊ីនដងដង្ហើម បំពង់ចំណីអាហារ ម៉ាស៊ីនលាងឈាម ការបញ្ជូលឈាម ឬម៉ាស៊ីនផ្សេងទៀត។

សូមដាក់សញ្ញា **X** នៅក្បែរឈ្មោះ **មួយណា** ដែលអ្នកយល់ស្របជាមួយជាងគេ៖

ប្រសិនបើខ្ញុំឈឺខ្លាំង ដែលអាចឲ្យខ្ញុំស្លាប់បាត់បង់ជីវិតក្នុងពេលឆាប់ៗខាងមុខ ខ្ញុំចង់ឲ្យអ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ៖

- សាកល្បងគ្រប់ការព្យាបាលសង្គ្រោះជីវិតទាំងអស់ដែលត្រូវបានផ្តល់ឲ្យរបស់ខ្ញុំគិតថាអាចជួយបាន។ ប្រសិនបើការព្យាបាលទាំងនោះមិនអាចប្រើការបាន ហើយមានសង្ឃឹមតិចតួចសម្រាប់ការជាសះស្បើយ ខ្ញុំចង់ឲ្យគេដាក់ម៉ាស៊ីនជំនួយជីវិត បើទោះបីជាខ្ញុំមានការឈឺចាប់ក៏ដោយ។
- សាកល្បងគ្រប់ការព្យាបាលសង្គ្រោះជីវិតទាំងអស់ដែលត្រូវបានផ្តល់ឲ្យរបស់ខ្ញុំគិតថាអាចជួយបាន។ ប្រសិនបើការព្យាបាលមិនមានប្រសិទ្ធភាព និងមានសង្ឃឹមតិចតួចថានឹងបានជាសះស្បើយ ខ្ញុំមិនចង់ឲ្យគេដាក់ម៉ាស៊ីនជំនួយជីវិតនោះទេ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមានការឈឺចាប់ ខ្ញុំចង់ឈប់ និងអនុញ្ញាតឲ្យខ្ញុំស្លាប់ទៅតាមសម្រួល។
- ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលសង្គ្រោះជីវិតនោះទេ បើទោះបីជាគ្រូពេទ្យរបស់ខ្ញុំគិតថាការព្យាបាលទាំងនោះអាចជួយបានក៏ដោយ។ **ខ្ញុំចង់ផ្តោតជាសំខាន់ទៅលើភាពសុខស្រួល។** ខ្ញុំមានបំណងចង់ស្លាប់ទៅតាមធម្មតា។
- ខ្ញុំចង់ឲ្យអ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ធ្វើការសម្រេចចិត្តសម្រាប់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំមិនប្រាកដក្នុងចិត្ត។



តើបំណងប្រាថ្នាអ្វីផ្សេងទៀតដែលសំខាន់សម្រាប់អ្នក?

ធ្វើការជ្រើសរើសជម្រើសថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

គ្រូពេទ្យរបស់អ្នកអាចសាកសួរអំពីការបរិច្ចាគសរីរាង្គ និងការវះកាត់ពិនិត្យសាកសពបន្ទាប់ពីអ្នកស្លាប់។

ការបរិច្ចាគសរីរាង្គរបស់អ្នក

សូមដាក់សញ្ញា **X** នៅក្បែរជម្រើសមួយដែលអ្នកយល់ស្របជាមួយជាងគេ៖ ការបរិច្ចាគសរីរាង្គរបស់អ្នកអាចជួយសង្គ្រោះជីវិត។

ខ្ញុំ ចង់ បរិច្ចាគសរីរាង្គរបស់ខ្ញុំ។

តើសរីរាង្គមួយណាដែលអ្នកចង់បរិច្ចាគ?

- សរីរាង្គណាក៏បាន
- តែសរីរាង្គ (សូមបញ្ជាក់ពីសរីរាង្គ ឬជាលិកា ។ល។) ប៉ុណ្ណោះ

ខ្ញុំ មិនចង់ បរិច្ចាគសរីរាង្គរបស់ខ្ញុំនោះទេ។

ខ្ញុំចង់ឲ្យ **អ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាព** របស់ខ្ញុំធ្វើការសម្រេចចិត្ត

ខ្ញុំមិនប្រាកដក្នុងចិត្ត។

ការវះកាត់ពិនិត្យសាកសព

ការវះកាត់ពិនិត្យសាកសពអាចធ្វើឡើងបន្ទាប់ពីមរណៈភាព ដើម្បីស្វែងរកមូលដែលបុគ្គលណាម្នាក់បានស្លាប់។ វាគឺជានិតិវិធីវះកាត់។ វាអាចចំណាយពេលពីរបីថ្ងៃ។

ខ្ញុំ ចង់ ឲ្យមានការវះកាត់ពិនិត្យសាកសព។

ខ្ញុំ មិនចង់ ឲ្យមានការវះកាត់ពិនិត្យសាកសពនោះទេ។

ខ្ញុំ ពិតជា ចង់ឲ្យមានការវះកាត់ពិនិត្យសាកសព ប្រសិនបើមានចម្ងល់នានាទាក់ទងនឹងមូលហេតុ (នានា) នៃការស្លាប់របស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំចង់ឲ្យ **អ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាព** របស់ខ្ញុំធ្វើការសម្រេចចិត្ត

ខ្ញុំមិនប្រាកដក្នុងចិត្ត។

“បណ្តាំទុកមុនគឺជារឿងដ៏ល្អបំផុតមួយ ដែលអ្នកទុកដាក់វាជាមួយក្រុមគ្រួសារឬមិត្តភក្តិរបស់អ្នក។”

- Valerie F.



ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ



មុនពេលដែលទម្រង់នេះអាចប្រើប្រាស់បាន អ្នកត្រូវ៖

- ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុយ៉ាងតិច 18 ឆ្នាំ
- មានសាក្សីចំនួនពីរនាក់ ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ឬយកទម្រង់ទៅបញ្ជាក់ដោយសាការីសាធារណៈណាម្នាក់

សូមសរសេរឈ្មោះ និងចុះកាលបរិច្ឆេទ

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះអក្សរពុម្ព	
អាសយដ្ឋាន	

សាក្សី

មុនពេលដែលទម្រង់នេះអាចប្រើប្រាស់បាន អ្នកត្រូវមានសាក្សីចំនួនពីរនាក់ ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ឬយកទម្រង់ទៅបញ្ជាក់ដោយសាការីសាធារណៈណាម្នាក់។

សាក្សីរបស់អ្នកត្រូវ៖

- មានអាយុយ៉ាងតិច 18 ឆ្នាំ
- ស្គាល់អ្នក
- មានឃើញអ្នកចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ

សាក្សីរបស់អ្នកមិនអាច៖

- ជាបុគ្គលដែលអ្នកបានចាត់តាំងជាអ្នកតំណាងនៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- ជាគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដទៃផ្សេងទៀត
- ធ្វើការឲ្យមជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នក
- ជាប់ទាក់ទងជាមួយអ្នកដោយវិធីណាមួយ (ត្រូវតែពិតប្រាកដសម្រាប់សាក្សីយ៉ាងតិចមួយនាក់)
- អត្តប្រយោជន៍ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ – មានសិទ្ធិទទួលបានថវិកា ឬទ្រព្យសម្បត្តិ – បន្ទាប់ពីស្លាប់បាត់បង់ជីវិត (ត្រូវតែពិតប្រាកដសម្រាប់សាក្សីយ៉ាងតិចមួយអ្នក)
- ធ្វើការនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសាក្សីចំនួនពីររូបនោះទេ សាការីសាធារណៈ អាចចុះហត្ថលេខានៅទំព័រទី 14 បាន។

ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ

ឲ្យសាក្សីរបស់អ្នកបំពេញនៅទំព័រនេះ។

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា ខ្ញុំសន្យាថា ខ្ញុំពិតជាបាន _____ ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។
ឈ្មោះ:

គាត់បានគិតគូរច្បាស់លាស់ និងមិនត្រូវបានគេបង្ខំឲ្យចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះនោះទេ។

ខ្ញុំក៏សូមសន្យាផងដែរថា៖

- ខ្ញុំស្គាល់បុគ្គលរូបនេះ ហើយគាត់អាចបញ្ជាក់ថាគាត់ជាអ្នកណា
- ខ្ញុំមានអាយុយ៉ាងតិច 18 ឆ្នាំ
- ខ្ញុំមិនមែនជាអ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់គាត់នោះទេ
- ខ្ញុំមិនមែនជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់គាត់នោះទេ
- ខ្ញុំមិនបានធ្វើការឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់គាត់នោះទេ
- ខ្ញុំមិនបានធ្វើការនៅកន្លែងដែលគាត់រស់នៅនោះទេ
- ខ្ញុំមិនជាប់ពាក់ព័ន្ធអ្វីទាំងអស់ជាមួយគាត់ (ត្រូវតែពិតប្រាកដសម្រាប់សាក្សីយ៉ាងតិចមួយនាក់)
- ខ្ញុំនឹងមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុអ្វីនោះទេ – មានសិទ្ធិទទួលបានជាថវិកា ឬទ្រព្យសម្បត្តិ – បន្ទាប់ពីគាត់ស្លាប់បាត់បង់ជីវិត (ត្រូវតែពិតប្រាកដសម្រាប់សាក្សីយ៉ាងតិចមួយនាក់)

សាក្សី #1

ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

ឈ្មោះអក្សរពុម្ព _____

អាសយដ្ឋាន _____

សាក្សី #2

ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

ឈ្មោះអក្សរពុម្ព _____

អាសយដ្ឋាន _____

ឈ្មោះ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____

ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ

សាករឹសាធារណៈ

យកទម្រង់នេះទៅកាន់សាករឹសាធារណៈ **តែក្នុងករណី** ដែលសាក្សីទាំងពីរមិនបានចុះហត្ថលេខា។ សាករឹសាធារណៈនឹងតម្រូវឲ្យអ្នកមានរូបថត ប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន ដូចជាប័ណ្ណបើកបរ ឬលិខិតឆ្លងដែន ជាមួយអ្នក។

រដ្ឋាស៊ីនតោន

ខោនធី _____

យើងសូមបញ្ជាក់ថា យើងស្គាល់ ឬមានភស្តុតាងដែលបញ្ជាក់ថា _____ គឺជាបុគ្គល
(ឈ្មោះបុគ្គល)

ដែលមានវត្តមាននៅចំពោះមុខយើង ហើយបុគ្គលរូបនេះទទួលស្គាល់ថា (គាត់) បានចុះហត្ថលេខាលើលិខិតបរណី និងទទួលស្គាល់ថាលិខិតនោះជាការធ្វើឡើងដោយសេរី និងស្ម័គ្រចិត្ត សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ និងគោលបំណងផ្សេងៗដែលមានរៀបរាប់នៅក្នុងលិខិតបរណីនេះ។

(ត្រាសាករឹ)

ធ្វើនៅថ្ងៃទី៖ _____

(ហត្ថលេខារបស់សាករឹសាធារណៈ)

ត្វនាទី៖ _____

ការតែងតាំងរបស់ខ្ញុំអស់សុពលភាព _____

ចំណាំ៖ បណ្តាំទុកមុនដើម្បីធ្វើការពិនិត្យពីកំណត់ត្រាថែទាំសុខភាព គឺមានចំនួនប្រាំបីទំព័រ ចាប់ពីទំព័រ 7 ដល់ទំព័រ 14។

ប្រគល់ជូននូវច្បាប់ថតចម្លងនៃ បណ្តាំទុកមុនដែលអ្នកបាន បំពេញរួច ទៅឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែ ទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

បណ្តាំទុកមុននេះ គឺអនុលោមទៅតាមច្បាប់នៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនដែលបានធ្វើវិសោធនកម្មរួច នៅជំពូក70.122 និង 71.32។

ការងារនេះទទួលបានអនុញ្ញាតក្រោមអាជ្ញាបណ្ណ Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike ដើម្បីធ្វើការត្រួតពិនិត្យច្បាប់ថតចម្លងនៃ
អាជ្ញាបណ្ណនេះ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> ឬផ្ញើសំបុត្រមួយច្បាប់ទៅ Creative Commons,
559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA. កំណែប្រែថ្ងៃ 1/18/2010

សូមផ្ញើអំណរគុណជាពិសេសចំពោះ៖

- Rebecca Sudore, M.D., ផ្នែកថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ សាកលវិទ្យាល័យកាលីហ្វ័រញ៉ា រដ្ឋសាន់ហ្វ្រាន់ស៊ីស្កូ
- បុគ្គលិកគ្លីនិកនៅ Cedars-Sinai, ទីក្រុងឡូសអែនដឺឡេស រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ជាច្រើនពីបណ្តាំទុកមុនរបស់អ្នក

ជជែកគ្នាជាមនុស្សជាទីស្រឡាញ់របស់អ្នក

វាពិតជាមានសារៈសំខាន់ណាស់។ ក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក និង មិត្តភក្តិជិតស្និទ្ធរបស់អ្នក អាចជួយអ្នកនៅក្នុងដំណើរការនៃការសម្រេចចិត្ត។ សូមចងចាំថា អ្នកគឺជាអ្នកជំនាញលើអ្វីដែលបង្កជាបញ្ហាដល់អ្នកខ្លាំងបំផុត ហើយវាជួយបំផុតក្នុងការចែករំលែកព័ត៌មានទាំងនេះជាមួយមនុស្សជាទីស្រឡាញ់របស់អ្នកជាមុនអំពីតម្រូវការដែលមិនអាចទាយទុកមុនបាន។

ជជែកគ្នាជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក

សន្ទនាគ្នាជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកដើម្បីឲ្យប្រាកដថា គាត់យល់អំពីការចង់បានរបស់អ្នក និងគោលដៅអនាគតសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។ វាងាយស្រួលបំផុតក្នុងការចាប់ផ្តើមពីចំណុចមូលដ្ឋានគ្រឹះ។ សូមលើកយកបញ្ហានេះមកជជែកគ្នានៅពេលអ្នកជួបជាមួយគ្រូពេទ្យនៅពេលក្រោយទៀត។ និយាយអំពីអ្វីដែលសំខាន់សម្រាប់សុខភាពនិងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ពិភាក្សាគ្នាអំពីគោលដៅនៃការព្យាបាល ហើយការយកចិត្តទុកដាក់គឺមានសារៈសំខាន់នៅគ្រប់ពេលវេលា ជាពិសេសនៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរផ្នែកសុខភាព និង/ឬនៅពេលអ្នកកំពុងទទួលបានការព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ។ គ្រូពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដទៃទៀតអាចធ្វើឲ្យប្រាកដថា បំណងប្រាថ្នានានារបស់អ្នកត្រូវបានគេដឹង និងគោរពតាមប៉ុន្តែពួកគេអាចធ្វើវាបានតែក្នុងករណីដែលអ្នកបានប្រាប់អំពីព័ត៌មានទាំងអស់នោះតែប៉ុណ្ណោះ។

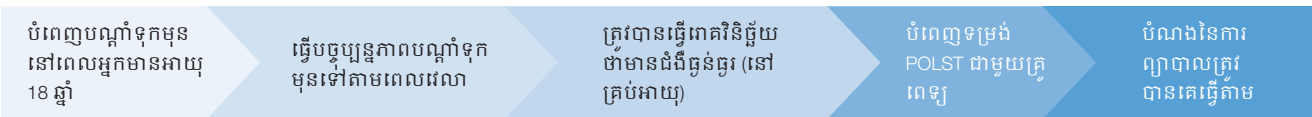
កត់ត្រាអំពីបំណងប្រាថ្នានានារបស់អ្នក

នៅពេលដែលអ្នកបានជ្រើសរើសអ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ហើយអ្នកបានសម្រេចចិត្តអំពីការចង់បានរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំនាពេលអនាគត ឬគោលដៅសម្រាប់អនាគតរួចហើយ សូមប្រើប្រាស់ទម្រង់នានានៅក្នុងកូនសៀវភៅនេះដើម្បីធ្វើការកត់ត្រាពីការសម្រេចចិត្តនានារបស់អ្នក។

ធ្វើត្រូវប្រុងប្រយ័ត្ននូវបណ្តាំទុកមុនដែលបានបំពេញចប់ — មានសាក្សីដឹងឮ ឬត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយសាការី។

ដោយសារអ្នកបាននិយាយជាមួយសមាជិកក្រុមគ្រួសារ និងគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ហើយបុគ្គលម្នាក់យល់ដឹងពីបំណងប្រាថ្នានានារបស់អ្នក ជំហានដែលសំខាន់បំផុតនោះគឺត្រូវកត់ត្រាបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នកនៅប្រព័ន្ធកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់យើង។ សូមប្រាកដថាអ្នកបានថតចម្លងបណ្តាំទុកមុនដែលបានចុះហត្ថលេខា។ ប្រគល់ច្បាប់ថតចម្លងមួយច្បាប់ទៅកាន់គ្រូពេទ្យបង្គោលរបស់អ្នក

ជំហានសំខាន់ៗ ដើម្បីសម្រេចបានតាមបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នក



និងទៅកាន់អ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេអនុញ្ញាតឲ្យសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យជាលើកដំបូង សូមប្រាកដថាអ្នក ឬអ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកប្រគល់ច្បាប់ថតចម្លងមួយច្បាប់ទៅឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលត្រូវមើលថែទាំអ្នក។

សូមធ្វើទៅកាន់អ្នកដទៃផ្សេងទៀតតែច្បាប់ថតចម្លង ឬឯកសារស្ថាននៃបណ្តាំទុកមុនរបស់អ្នកតែប៉ុណ្ណោះ។ សូមរក្សាទុកឯកសារច្បាប់ដើមនៅកន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព និងងាយស្រួលស្វែងរក។

បន្តធ្វើការសន្ទនា

អ្នកអាចធ្វើការសន្ទនាគ្នាជាច្រើនដងជាមួយគ្រូពេទ្យ ហើយបំណងប្រាថ្នានិងគោលបំណងរបស់អ្នកអាចមានការប្រែប្រួលទៅតាមពេលវេលា។ ការបន្តកិច្ចសន្ទនា ធានាថាមនុស្សគ្រប់រូបយល់ដឹងពីការចង់បានរបស់អ្នកនៅក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន។ អ្នកអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដើម្បីសម្រាប់អ្នកទាក់ទងនឹងអ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាព និងការចង់បានរបស់អ្នកនៅគ្រប់ពេលវេលាទាំងអស់។ ប្រសិនបើអ្នកមានបំណងចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ សូមធ្វើការបំពេញបណ្តាំទុកមុន និងប្រាប់អ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងក្រុមគ្រួសារ និងផ្តល់ជូននូវឯកសារថតចម្លង ឬស្ថានទៅកាន់គ្រូពេទ្យរបស់អ្នក។ វាមិនឆាប់ ហើយក៏មិនឆ្ងៃពេកនោះទេ ក្នុងការឆ្លុះបញ្ចាំងពីគោលបំណង និងបំណងប្រាថ្នានានារបស់អ្នក។

ត្រួតពិនិត្យជាទៀតទាក់

ត្រួតពិនិត្យបំណងប្រាថ្នានៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក នៅពេលដែល “ពាក្យដែលផ្តើមដោយអក្សរ D ទាំងប្រាំ” កើតឡើង៖

- ទស្សវត្សរ៍ (Decade) – នៅពេលអ្នកចាប់ផ្តើមទំព័រទស្សវត្សរ៍ថ្មីនៅក្នុងជីវិតរបស់អ្នក ឬជួបប្រទះនូវការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់ៗនៅក្នុងជីវិតរបស់អ្នក ដូចជាកូនចៅរបស់អ្នកចូលដល់អាយុ 18 ឆ្នាំជាដើម។
- មរណភាព (Death) – នៅពេលដែលអ្នកជួបប្រទះនឹងមរណភាពនៃបុគ្គលជាទីស្រឡាញ់ណាមួយរបស់អ្នក។
- លែងលះ (Divorce) – នៅពេលដែលអ្នកជួបប្រទះនឹងការលែងលះ ឬការផ្លាស់ប្តូរធំណាមួយនៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ (Diagnosis) – នៅពេលដែលអ្នកត្រូវបានគេធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានបញ្ហាសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរណាមួយ។
- ការចុះថយថយ (Decline) – នៅពេលដែលអ្នកជួបប្រទះនូវការចុះថយថយគួរឲ្យកត់សម្គាល់ណាមួយ ឬភាពធ្ងន់ធ្ងរទៅនៃស្ថានភាពសុខភាពនាពេលបច្ចុប្បន្ន ជាពិសេសនៅពេលដែលអ្នកមិនអាចរស់នៅដោយខ្លួនឯងបាន។

សំណួរដែលមានការសាកសួរញឹកញាប់ទាក់ទងនឹងបណ្តាំទុកមុន

តើមានអ្វីខុសគ្នារវាង បណ្តាំទុកមុន និងទម្រង់ POLST?

POLST សំដៅលើ Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (វេជ្ជបញ្ជាគ្រូពេទ្យសម្រាប់ការព្យាបាលរក្សាអាយុជីវិត) ទម្រង់ POLST បំពេញបន្ថែមទៅឲ្យទម្រង់បណ្តាំទុកមុន និងមិនមានបំណងប្រើជំនួសទម្រង់នេះនោះទេ។

បណ្តាំទុកមុន

- សម្រាប់បុគ្គលដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំ និងចាស់ជាងនេះ
- ផ្តល់ជូនការណែនាំនានាសម្រាប់ការព្យាបាលនាពេលអនាគតប្រសិនបើបុគ្គលណាម្នាក់មិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន
- ចាត់តាំងតំណាងថែទាំសុខភាពម្នាក់ ដើម្បីធ្វើការក្នុងនាមបុគ្គលរូបនោះ ប្រសិនបើគាត់បាត់បង់សមត្ថភាពក្នុងការសម្រេចចិត្ត
- មិនណែនាំបុគ្គលិកថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬអ្នកបច្ចេកទេសវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់ នៅក្នុងស្ថានភាពបន្ទាន់ណាមួយ
- ណែនាំសមាជិកក្រុមគ្រួសារ និងគ្រូពេទ្យរបស់បុគ្គល ក្នុងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តក្នុងការព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ នៅមន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែង ឬនៅផ្ទះ។
- អ្នកជំងឺបំពេញទម្រង់នោះដោយខ្លួនឯង។ ទម្រង់នេះត្រូវបានបញ្ជាក់ពីសាការី ឬចុះហត្ថលេខាដោយសាក្សីចំនួនពីរនាក់។

POLST

- សម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ — នៅគ្រប់អាយុវ័យទាំងអស់
- ផ្តល់ជូននូវវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការព្យាបាលក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន
- ណែនាំសកម្មភាពនានាតាមរយៈបុគ្គលិកថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬអ្នកបច្ចេកទេសវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់
- ណែនាំពីសេចក្តីសម្រេចលើការព្យាបាលអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យនៅពេលមានសេចក្តីសម្រេចនោះ

អ្នកជំងឺថែទាំសុខភាព បំពេញទម្រង់នេះបន្ទាប់បានធ្វើការសន្ទនាជាមួយអ្នកជំងឺ។ គ្រូពេទ្យ និងអ្នកជំងឺ (ឬអ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាព) ត្រូវចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ POLST ដើម្បីឲ្យទម្រង់នេះមានសុពលភាពអាចប្រើប្រាស់បាន។

តើអ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំនឹងធ្វើការបង់ប្រាក់ផ្ទៃថ្នាំពេទ្យរបស់ខ្ញុំដែរឬទេ?

ទេ។

ចុះប្រសិនបើខ្ញុំមិនចង់បានអ្នកតំណាងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំវិញ?

ប្រសិនបើអ្នកឈឺខ្លាំង និងពិបាកក្នុងការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯង និងមិនមានអាណាព្យាបាល ដែលបានចាត់តាំង ឬលិខិតប្រគល់សិទ្ធិដែលមានសុពលភាពរយៈពេលយូរសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព នោះគ្រូពេទ្យនិងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនឹងអនុវត្តតាមច្បាប់នៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ដែលបានកំណត់សិទ្ធិអាទិភាពតាមលំដាប់ដោយដូចខាងក្រោមសម្រាប់មនុស្សផ្សេងទៀតធ្វើការសម្រេចចិត្តជំនួសអ្នក ក្នុងករណីដែលអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តបាន៖

1. ប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នក/ដៃគូរស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយគ្នា។ ក្នុងករណីគ្មានអ្នកទាំងអស់នេះទេ ដូចនេះ
2. កូនដែលពេញវ័យរបស់អ្នក (យ៉ាងហោចណាស់មានអាយុ 18 ឆ្នាំ។ ការសម្រេចចិត្តត្រូវធ្វើឡើងជាឯកច្ឆន្ទប្រសិនបើមានកូនច្រើនជាងម្នាក់)។ ប្រសិនបើគ្មានអ្នកទាំងអស់នេះទេ ដូចនេះ
3. ឪពុកម្តាយរបស់អ្នក (ការសម្រេចចិត្តត្រូវធ្វើឡើងដោយឯកច្ឆន្ទ)។ ប្រសិនបើគ្មានអ្នកទាំងអស់នេះទេ ដូចនេះ
4. បងប្អូនប្រុស និង/ឬស្រីដែលពេញវ័យ (ការសម្រេចចិត្តត្រូវធ្វើឡើងដោយឯកច្ឆន្ទ)

តើអ្វីទៅជាការថែទាំបណ្តោះអាសន្ន?

ការថែទាំបណ្តោះអាសន្ន មានន័យថាជាការថែទាំអ្នកជំងឺនិងក្រុមគ្រួសារដោយផ្ដោតលើបញ្ហាតម្រូវការផ្នែករាងកាយ អារម្មណ៍ សង្គម និងខាងព្រលឹងវិញ្ញាណ បន្ថែមទៅលើការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងស្វែងរកការពង្រឹងគុណភាពជីវិតសម្រាប់អ្នកជំងឺ និងក្រុមគ្រួសាររបស់គាត់។ បន្ថែមពីលើការរំពឹងទុក ការការពារ និងការព្យាបាលការឈឺចាប់ ក្រុមថែទាំបណ្តោះអាសន្ន ទុកឱកាសផ្ទាល់ខ្លួននានាសម្រាប់អ្នកជំងឺ និងក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ។

តើមានភាពខុសគ្នាយ៉ាងដូចម្តេចរវាងការថែទាំបណ្តោះអាសន្ន និងការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ?

ការថែទាំបណ្តោះអាសន្ន គឺជាការថែទាំបែបជំនាញ និងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺប្រចាំជីវិត ដែលចង់ស្វែងរកភាពធូរស្បើយពីជំងឺនិងរស់នៅក្នុងជីវិតមួយដែលពេញលេញ។ គោលបំណងគឺដើម្បីកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ និងលើកកម្ពស់គុណភាពជីវិតរបស់អ្នក នៅពេលដែលអ្នកបន្តទទួលបានការព្យាបាលជំងឺជាបន្តបន្ទាប់។

កម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ផ្តល់ជូននូវការថែទាំបណ្តោះអាសន្នតាមរយៈក្រុមជំនាញ ដែលបម្រើសេវាជូនដល់អ្នកដែលមានជំងឺមិនអាចព្យាបាលឲ្យជាសះស្បើយបាន និងកម្រិតនៃការរស់រានមានជីវិតមានដែនកំណត់។ ការថែទាំត្រូវយកមកពិចារណានៅពេលដែលជម្រើសនានាសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺមិនមានបន្តទៀត ឬអ្នកជំងឺសម្រេចឈប់ព្យាបាលដោយខ្លួនឯង។ មន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ដឹងថាសេចក្តីស្លាប់កំពុងខិតចូលមកដល់ គាំទ្រដល់ការរស់រានមានជីវិត និងចាត់ទុកសេចក្តីស្លាប់គឺជាដំណើរធម្មជាតិនៃជីវិតរបស់មនុស្ស។

សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងការថែទាំបណ្តោះអាសន្នអាចត្រូវបានផ្តល់ជូននៅផ្ទះ ឬនៅកន្លែងស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺផ្ទាល់។

Notice of Nondiscrimination and Accessibility Rights

Swedish Health Services and its affiliates¹ (collectively “Swedish”) comply with applicable federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. Swedish does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex. Swedish:

- (1) Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - (a) Qualified sign language interpreters; and
 - (b) Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- (2) Provides free language services to people whose primary language is not English, such as: (a) Qualified interpreters; and (b) Information written in other languages.

If you need any of the above services, please contact the appropriate civil rights coordinator below. If you need Telecommunications Relay Services, please call 1-800-833-6384 or 7-1-1.

If you believe that Swedish has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with Swedish by contacting the civil rights coordinator for your service location as listed below:

Service location	Civil rights coordinator
All locations except Swedish Edmonds	Civil rights coordinator, 101 W. 8th Ave., Spokane, WA 99204 Telephone: 1-844-469-1775; Interpreter line: 1-888-311-9127 Email: Nondiscrimination.WA@providence.org
Swedish Edmonds	Civil rights coordinator (Bed Control), 21601 76th Ave. W. Edmonds, WA 98026 Telephone: 1-844-469-1775; Interpreter line: 1-888-311-9178 Email: Nondiscrimination.SHS@providence.org
Senior Services	Civil rights coordinator, 2811 S. 102nd St., Suite 220, Tukwila, WA 98168 Telephone: 1-844-469-1775; Interpreter line: 1-888-311-9127; Email: Nondiscrimination.pscs@providence.org

You can file a grievance in person or by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, one of the above-noted civil rights coordinators is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

¹ For purposes of this notice, “affiliates” is defined as any entity that is wholly owned or controlled by Western HealthConnect, Swedish Health Services or Providence Health & Services, including but not limited to Swedish Health Services, Swedish Edmonds, Swedish Medical Group and all subsidiaries, facilities and locations operated by those entities.



Swedish Health Services ដែលជាប្រព័ន្ធសុខភាពមិនយកប្រាក់ចំណេញ គឺជាអង្គការដែលផ្តល់
ឱកាសស្នើសុំការថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការផ្តល់ជូននូវសេវាថែទាំសុខភាព និងឱកាសការងារផ្សេងៗ។

Swedish.org

វិទ្យាស្ថានសម្រាប់ការថែទាំមនុស្សជាតិ
Providence.org/InstituteForHumanCaring
310-543-3498

