

پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی (Advance Directive)

پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی چیست؟

What is an advance directive?

پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی نوعی سند حقوقی است که با تکمیل آن از دریافت مراقبت‌های بهداشتی دلخواهتان اطمینان حاصل می‌کنید. در پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی، می‌توانید کسی را انتخاب کنید که اگر خودتان قادر به اتخاذ تصمیم‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی نبودید، آن فرد به نیابت از شما چنین کاری را انجام دهد. به این شخص «نماینده مراقبت‌های بهداشتی» شما گفته می‌شود. همچنین می‌توانید اطلاعاتی بدهید که اگر به‌شدت مریض شدید، مایل به دریافت یا عدم دریافت چه روش‌های درمانی یا مراقبت‌های دیگری هستید.

An advance directive is a legal document you complete to make sure you get the healthcare you want. In an advance directive, you can choose someone to make healthcare decisions for you, if you are ever unable to make them yourself. This person is called your healthcare agent. You also can give information about the medical treatments and other care you would and would not want if you became very sick.

هر فرد بزرگسالی باید پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی داشته باشد. این سند بالاخص برای بزرگسالانی که مسن‌تر هستند یا دچار بیماری‌های جدی هستند، حائز اهمیت است. تکمیل پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی به آگاهی از این امر کمک می‌کند که ارزش‌ها و اهدافتان مورد توجه و احترام قرار خواهد گرفت. همچنین به نماینده مراقبت‌های بهداشتی شما این اطمینان خاطر را می‌دهد که اگر لازم شد تصمیماتی در رابطه با مراقبت‌های بهداشتی برای شما بگیرد، از خواسته‌هایتان اطلاع دارد.

Every adult should have an advance directive. It is especially important for adults who are older or have serious illnesses. Completing an advance directive helps you know that your values and goals will be honored. It also gives your healthcare agent the peace of mind of knowing what you would want them to do if they need to make healthcare decisions for you.

پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی صرفاً به تصمیمات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی می‌پردازد. جهت تفویض اختیار به یک نفر برای رسیدگی به امور مالی و اموال، باید سند دیگری را تکمیل کنید.

An advance directive only deals with healthcare decisions. You must complete a different document to give someone authority to handle your finances or property.

نام خانوادگی
Last Name

نام
First Name

تاریخ تولد
Date of Birth

اطلاعات و دستورالعمل‌ها Information and Instructions

این پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی را به چه صورت تکمیل کنم؟ How do I complete this advance directive?

پیشنهاد می‌کنیم کل فرم را تکمیل نمایید، ولی مانعی هم ندارد که در صورت تمایل، فقط بخشی از آن را تکمیل کنید. کافی است روی بخش‌هایی که نمی‌خواهید پر کنید خط بکشید. بهتر است این فرم را با نماینده مراقبت‌های بهداشتی خود (اگر تصمیم دارید کسی را انتخاب کنید) و عزیزانتان تکمیل کنید تا آنها اولویت‌هایتان را به‌خوبی درک کنند. پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی، روحانی یا دیگر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی نیز می‌توانند به شما کمک کنند.

We encourage you to complete the entire form, but it is okay if you only want to complete part of it. Just cross out any parts you do not want to fill out. It is a good idea to complete this form with your healthcare agent (if you choose to name one) and loved ones so they clearly understand your preferences. A doctor, nurse, social worker, chaplain, or other healthcare professional also can help you.

در بخش 1: انتخاب فرد تصمیم‌گیرنده، کسی را به‌عنوان نماینده مراقبت‌های بهداشتی خود منصوب می‌کنید. او فرد مورد اعتماد شماست تا اگر خودتان قادر به اتخاذ تصمیم‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی نبودید، آن فرد به نیابت از شما چنین کاری را انجام دهد. شما یک نماینده مراقبت‌های بهداشتی اصلی و حداکثر دو نماینده مراقبت‌های بهداشتی جایگزین (کمکی) انتخاب می‌کنید.

In **PART 1: Choosing A Decisionmaker**, you name your healthcare agent. This is the person you trust to make your healthcare decisions for you if you are ever unable to make them yourself. You choose one primary healthcare agent and up to two alternate (backup) healthcare agents.

بهتر است قبل از اینکه کسی را به‌عنوان نماینده مراقبت‌های بهداشتی خود ذکر کنید، با او صحبت نمایید. از تمایل او به کمک کردن اطمینان یابید و ببینید سوالی در مورد اولویت‌های شما در زمینه مراقبت‌های بهداشتی دارد یا نه. بسیار مهم است که یک نماینده مراقبت‌های بهداشتی قابل اعتماد را به عنوان فرد تصمیم‌گیرنده انتخاب کنید. انتخاب با اوست که با توجه به اطلاعاتی که در ادامه این فرم ارائه می‌کنید، چه تصمیماتی با تیم مراقبت‌های بهداشتی شما اتخاذ نماید. اگر نگران این هستید که مبدا نماینده مراقبت‌های بهداشتی از خواسته‌های شما پیروی نکند، باید به انتخاب فردی دیگر فکر کنید.

It is a good idea to talk with your healthcare agent before you list them on this form. Make sure they are willing to help and see if they have any questions about your healthcare preferences. It is very important to choose a healthcare agent you trust as your decisionmaker. It will be up to them to make decisions with your healthcare team based on the information you provide in the rest of the form. If you are worried that your healthcare agent will not follow your wishes, you should consider choosing someone else.

اطلاعات و دستور العمل‌ها [ادامه]

Information and Instructions [continued]

ویژگی‌های یک نماینده مراقبت‌های بهداشتی خوب:

A good healthcare agent:

✓ سن او 18 سال به بالا باشد

Is 18 years old or older

✓ با شما آشنایی کامل داشته باشد

Knows you well

✓ آنچه برای شما اهمیت دارد را درک کند

Understands what's important to you

✓ تماس با او برای تیم مراقبت‌های بهداشتی آسان باشد (چه به صورت حضوری، تلفنی، به واسطه مترجم شفاهی و غیره)

Is easy for the healthcare team to contact (in person, by phone, through an interpreter, etc.)

✓ تحت فشار بتواند خوب تصمیم‌گیری کند

Makes good decisions under pressure

نماینده مراقبت‌های بهداشتی شما نمی‌تواند:

Your healthcare agent cannot be:

✗ زیر 18 سال باشد

Under 18 years old

✗ پزشک، پرستار متخصص یا دستیار پزشک شما باشد*

Your doctor, nurse practitioner, or physician assistant*

✗ کارمندی از بیمارستانی باشد که در آنجا تحت مراقبت هستید *

An employee of the hospital where you are receiving care*

✗ مالک یا مدیر یک مرکز مراقبت‌های اجتماعی یا مرکز مراقبت‌های سکونتی باشد

که در آنجا تحت مراقبت هستید

The owner or operator of a community care facility or residential care facility where you receive care

✗ نماینده مراقبت‌های بهداشتی بیش از 10 نفر دیگر باشد

The healthcare agent for more than 10 other people

در بخش 2: اولویت‌های من در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، شما اولویت‌هایتان را در زمینه مراقبت‌های بهداشتی می‌نویسید تا نماینده مراقبت‌های بهداشتی شما از تصمیماتی که مایل به اتخاذ آنها هستید آگاه شود. این تصمیمات شامل موضوعاتی مثل شرایط یک کیفیت زندگی معنادار برای شما و روش‌های درمانی و دیگر مراقبت‌هایی است که مایل به دریافت یا عدم دریافت آنها هستید.

In **PART 2: My Healthcare Preferences**, you write down your healthcare preferences, so your healthcare agent understands the choices you want them to make. This includes what a meaningful quality of life looks like for you and what medical treatments and other care you do and do not want.

در بخش 3: امضا و تکمیل، شما پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی را یا در حضور دو شاهد یا یک سردفتر اسناد رسمی امضا می‌کنید**. پس از اینکه فرم را تکمیل کردید و دستور العمل‌های مندرج در بخش 3 را دنبال نمودید، سند تهیه‌شده نوعی فرم الزام‌آور حقوقی در ایالت کالیفرنیا تلقی خواهد شد. بخش 3 دستور العمل‌هایی نیز ارائه می‌دهد مبنی بر اینکه پس از تکمیل این فرم، چه اقداماتی انجام دهید.

In **PART 3: Sign and Complete**, you sign** the advance directive form either in front of two witnesses or a notary public. Once you fill out the form and follow the instructions in Part 3, this will be a legally binding form in the state of California. Part 3 also gives instructions for what to do with this form after it is completed.

بخش 4: ارزش‌های من، یک بخش اختیاری است که می‌توانید سایر موارد مهم را به تیم مراقبت‌های بهداشتی خود و عزیزانتان اطلاع دهید. اینها شامل مواردی از این قبیل است: اولویت‌های شما در رابطه با مسائل معنوی، عواملی که بستری طولانی‌مدت در بیمارستان را برایتان راحت‌تر می‌کند، و خواسته‌های شما در روزهای پایانی‌تان. بخش 4 این امکان را می‌دهد که نماینده، تیم مراقبت‌های بهداشتی و عزیزانتان از ویژگی‌های خدمات مراقبتی عالی برای شما اطلاع یابند.

PART 4: My Values is an optional section where you can tell your healthcare team and loved ones what else matters to you. This includes your preferences about spirituality, what would make a long hospital stay easier for you, and what you want to happen in your final days. Part 4 lets your agent, healthcare team and loved ones know what excellent care looks like for you.

* اگر این شخص از اعضای خانواده یا همکارانتان باشد، این محدودیت‌ها اعمال نمی‌شود.

These restrictions do not apply if this person is your family member or coworker.

** اگر از لحاظ جسمانی توانایی امضا کردن را ندارید، می‌توانید فرد بزرگسال دیگری را انتخاب کنید که به دستور شما و در حضور شما امضا نماید.

If you are physically unable to sign, you may select another adult to sign at your direction and in your presence.

بخش 1: انتخاب فرد تصمیم‌گیرنده

PART 1: Choosing a Decisionmaker

وکالت‌نامه مادام‌العمر برای مراقبت‌های بهداشتی

Durable Power of Attorney for Healthcare

اگر قادر نباشم تصمیماتی برای خودم اتخاذ کنم، نماینده مراقبت‌های بهداشتی من اختیار موارد زیر را خواهد داشت:

If I am unable to make decisions for myself, my healthcare agent will be able to:

• تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه روش‌ها و اقدامات پزشکی دریافت کنم یا نکنم، از جمله تجهیزات کمکی حیات مصنوعی.

Decide which medical treatments and procedures I do or do not receive, including artificial life support.

• انتخاب ارائه‌دهندگان و مراکز مراقبت‌های بهداشتی دخیل در مراقبت از من.

Choose which healthcare providers and facilities are involved in my care.

• مشاهده سوابق پزشکی من و دریافت اطلاعاتی در مورد وضعیت پزشکی کنونی من.

See my medical records and receive information about my current medical status.

• همکاری با شرکت‌های بیمه درمانی یا سایر برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی به نیابت از من.

Work with health insurance companies or other healthcare programs on my behalf.

• تصمیم‌گیری نسبت به اینکه چه کاری با جسد من انجام شود.

Direct the disposition of my remains after my death.

ما بایم این شخص را به‌عنوان **نماینده مراقبت‌های بهداشتی اصلی** خود انتخاب کنم. اگر نتوانم تصمیمات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی را برای خودم بگیرم، فرد نامبرده اقدام به تصمیم‌گیری خواهد کرد:

I want this person to be my **PRIMARY HEALTHCARE AGENT**. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself:

نام	شماره تلفن
Name	Phone Number
آدرس	ایالت
Address	State
	شهر
	City
	زپکد
	ZIP
نسبت	آدرس ایمیل
Relationship	Email Address

ما بایم این شخص را به‌عنوان **اولین جایگزین نماینده مراقبت‌های بهداشتی** خود انتخاب کنم. اگر نتوانم تصمیمات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی را برای خودم بگیرم و نماینده مراقبت‌های بهداشتی اصلی من در دسترس نباشد، فرد نامبرده اقدام به تصمیم‌گیری خواهد کرد:

I want this person to be my **FIRST ALTERNATE HEALTHCARE AGENT**. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself and my primary healthcare agent is unavailable:

نام	شماره تلفن
Name	Phone Number
آدرس	ایالت
Address	State
	شهر
	City
	زپکد
	ZIP
نسبت	آدرس ایمیل
Relationship	Email Address

بخش 1: انتخاب فرد تصمیم‌گیرنده [ادامه]

PART 1: Choosing a Decisionmaker [continued]

ما می‌خواهیم این شخص را به عنوان دومین جایگزین نماینده مراقبت‌های بهداشتی خود انتخاب کنیم. اگر نتوانیم تصمیمات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی را برای خودم بگیرم و سایر نمایندگان مراقبت‌های بهداشتی من در دسترس نباشند، فرد نامبرده اقدام به تصمیم‌گیری خواهد کرد:

I want this person to be my SECOND ALTERNATE HEALTHCARE AGENT. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself and my other healthcare agents are unavailable:

نام Name	شماره تلفن Phone Number
آدرس Address	شهر City
	ایالت State
	کد پستی ZIP
نسبت Relationship	آدرس ایمیل Email Address

اختیاری Optional

اگر مایل هستید نماینده مراقبت‌های بهداشتی شما همین الان بتواند به جای شما تصمیم‌گیری کند، پس از تکمیل این فرم، مربع زیر را علامت بزنید. در غیر این صورت، تنها وقتی می‌تواند به جای شما تصمیم‌گیری کند که خودتان قادر به این کار نباشید.

If you want your healthcare agent to be able to make decisions for you right now, after you complete this form, check the box below. Otherwise, they will only be able to make decisions for you if you are not able to make them yourself.

☐ می‌خواهم نماینده مراقبت‌های بهداشتی من همین الان بتواند به جای من تصمیم‌گیری کند. با این حال، متوجه هستم که هر زمان بخواهم می‌توانم به ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی خود بگویم که دیگر مایل نیستم نماینده مراقبت‌های بهداشتی به جای من تصمیم‌گیری کند.

I want my healthcare agent to be able to make decisions for me right now. However, I understand that I can tell my healthcare provider at any time that I no longer want my healthcare agent to make decisions for me.

اختیاری Optional

همچنین می‌توانید میزان انعطاف‌پذیری را برای نماینده مراقبت‌های بهداشتی خود در انجام خواسته‌های پزشکی‌تان مشخص کنید. (یکی را علامت بزنید):
You also can choose how much flexibility to give your healthcare agent in carrying out your medical wishes. (Check one):

☐ نماینده مراقبت‌های بهداشتی من باید دستورالعمل‌هایم را دقیقاً طبق آنچه در این پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی نوشته‌ام دنبال کند، حتی اگر باعث ناخشنودی او شود.

My healthcare agent should follow my instructions exactly as I have written them in this advance directive, even if it makes them uncomfortable.

☐ اگر نماینده مراقبت‌های بهداشتی من احساس کند تصمیم دیگری برایم مناسب‌تر است، می‌تواند تصمیمات پزشکی من را تغییر دهد. اگر تصمیمات مشخصی مد نظر داشته باشم که نخواهم هرگز تغییری در آنها داده شود، آنها را در ذیل نوشته‌ام.

My healthcare agent can change my medical decisions if they think it would be best for me. If I have certain decisions I never want changed, I have written them below.

بخش 2: اولویت‌های من در زمینه مراقبت‌های بهداشتی

PART 2: My Healthcare Preferences

وصیت‌نامه/دستور انجام مراقبت‌های بهداشتی

Living Will/Healthcare Directive

تجهیزات کمکی حیات مصنوعی

Artificial Life Support

اگر حالتان به شدت وخیم باشد، پزشکان شما می‌توانند تجهیزات کمکی حیات مصنوعی برایتان فراهم کنند. این تجهیزات عبارتند از درمان‌هایی مثل ونتیلاتور (دستگاه تنفس)، تغذیه مصنوعی (لوله تغذیه) و سایر داروها یا دستگاه‌هایی که شما را زنده نگه می‌دارد و در صورت نبود آنها به صورت طبیعی فوت می‌کردید. تجهیزات کمکی حیات مصنوعی خودش کمکی به بهتر شدن نمی‌کند، بلکه فرصتی را برای عمل کردن سایر روش‌های درمانی مهیا می‌سازد. If you are seriously ill, your doctors may offer artificial life support. This includes treatments like a ventilator (breathing machine), artificial nutrition (feeding tube), and other medications or machines that keep you alive past the point when you would have died naturally. Artificial life support gives other treatments time to work but does not help you get better by itself.

اگر حال من آنچنان وخیم شد که برای زنده ماندن به تجهیزات کمکی حیات مصنوعی نیاز پیدا کردم (یکی را علامت بزنید):
If I am so sick that I need artificial life support to keep me alive (Check ONE):

☐ مایلیم تا طولانی‌ترین مدت ممکن از تجهیزات کمکی حیات مصنوعی استفاده کنم، حتی اگر احتمال بازگشت به یک زندگی معنادار برای من بسیار کم یا صفر باشد.

I want to receive artificial life support for as long as possible, even if there is little or no chance of recovering to live a life that is meaningful for me.

☐ مایلیم از تجهیزات کمکی حیات مصنوعی استفاده کنم به شرطی که احتمال بازگشت به یک زندگی معنادار برای من بالا باشد. اما اگر پزشکانم معتقد باشند که حالم خوب نخواهد شد، می‌خواهم استفاده از تجهیزات کمکی حیات برایم متوقف شود، به داشتن احساس راحتی اولویت دهم و به من اجازه داده شود که با مرگ طبیعی بمیرم.

I want to receive artificial life support if there is a good chance of recovering to live a life that is meaningful for me. But, if my doctors do not think I will recover, I want to stop life support, focus on being comfortable, and be allowed to die a natural death.

☐ هرگز مایل به استفاده از تجهیزات کمکی حیات مصنوعی نیستم. اگر حالم چنان وخیم شد که برای زنده ماندن به تجهیزات کمکی حیات نیاز پیدا کردم، می‌خواهم به داشتن احساس راحتی اولویت دهم و به من اجازه داده شود که با مرگ طبیعی بمیرم.

I never want artificial life support. If I become so sick that I need life support to keep me alive, I want to focus on being comfortable and be allowed to die a natural death.

☐ می‌خواهم انتخاب را بر عهده نماینده مراقبت‌های بهداشتی و تیم درمانی خود بگذارم.
I want to leave it up to my healthcare agent and my treatment team.

اینها دیگر دستورالعمل‌های خاص در مورد مراقبت‌های بهداشتی من هستند (برای مثال اگر روش‌های درمانی مشخصی هست که هرگز مایل به دریافت آنها نیستم، یا شرایط خاصی وجود دارد که هرگز نمی‌خواهم تحت آن شرایط از تجهیزات کمکی حیات مصنوعی استفاده کنم):
These are other specific instructions regarding my healthcare (for example, if there are specific treatments I would never want, or certain situations when I would never want artificial life support):

بخش 2: اولویت‌های من در زمینه مراقبت‌های بهداشتی [ادامه]

PART 2: My Healthcare Preferences [continued]

کیفیت زندگی

Quality of Life

این مسئله حائز اهمیت است که نماینده(های) مراقبت‌های بهداشتی و تیم مراقبت‌های بهداشتی شما از عواملی که زندگی را برای شما معنادار می‌کند اطلاع داشته باشند. با داشتن این اطلاعات، می‌توانند از همسو بودن طرح درمان شما با اهدافتان اطمینان یابند.

It is important for your healthcare agent(s) and your healthcare team to know what makes life meaningful for you. With this information, they can make sure your treatment plan meets your goals.

برای من، زندگی فقط وقتی معنادار است که بتوانم (کلیه موارد صحیح را علامت بزنید):
For me, my life is only meaningful if I can (Check all that apply):

☐ بدون اینکه دائم به دستگاهی وابسته باشم زندگی کنم

Live without being permanently hooked up to a machine

☐ خانواده و دوستانم را بشناسم

Recognize family and friends

☐ با خانواده و دوستانم ارتباط برقرار کنم

Communicate with family and friends

☐ بدون درد یا ناخوشی شدید زندگی کنم

Live without severe pain or discomfort

☐ از تختم بیرون بیایم

Get out of bed

☐ توان جابجا شدن را در حدی داشته باشم که از خانه بیرون بروم (پیاده، با ویلچر و غیره)

Move well enough to leave my home (walk, use a wheelchair, etc.)

☐ غذاهای موردعلاقهم را بخورم

Eat my favorite food

☐ حمام کنم و کارهایم را خودم انجام دهم

Bathe and take care of myself

☐ قدرت تفکر را به اندازه‌ای داشته باشم که بفهمم در اطرافم چه می‌گذرد

Think clearly enough to know what is going on around me

☐ در خانه خودم زندگی کنم

Live in my own home

☐ سرگرمی موردعلاقهم را انجام دهم:

Do my favorite hobby:

☐ یا (OR) هیچکدام از موارد بالا. زندگی فارغ از اینکه در چه حد مریض باشم همیشه ارزشش را دارد.

None of the above. My life is always worth living no matter how sick I am.

☐ یا (OR) مطمئن نیستم.

I am not sure.

این مسائل در داشتن یک زندگی معنادار برایم بسیار مهم است:

These things also are very important for me in living a meaningful life:

بخش 3: امضا و تکمیل

PART 3: Sign and Complete

قبل از درج امضا، این بخش را کامل و با دقت بخوانید.

Read this entire section carefully before signing.

در کالیفرنیا، دو روش برای ثبت قانونی این فرم وجود دارد. شما فقط لازم است یکی از گزینه‌های زیر را انتخاب کنید.

In California, there are two ways to make this form legal. You only need to choose ONE of the options below.

روش 1 OPTION 1

امضا* در حضور دو شاهد و سپس درخواست از شاهدان برای امضای فرم. وقتی شاهدان این فرم را امضا می‌کنند، در واقع تعهد می‌دهند که شما خودتان اقدام به امضای این پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی کرده‌اید و فرد دیگری شما را مجبور به این کار نکرده است.

Sign* in front of two witnesses, and then have your witnesses sign the form. When your witnesses sign the form, they are promising that it is really you that is signing this advance directive and that nobody is forcing you to sign.

شاهدان شما حتماً باید حداقل 18 ساله باشند.

Your witnesses must be at least 18 years old.

شاهدان شما نباید:

Your witnesses must not be:

* جزء نمایندگان مراقبت‌های بهداشتی یا نمایندگان جایگزین منصوب در این فرم باشند

* A healthcare agent or alternate agent designated in this form

* ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی شما باشند

* Your healthcare provider

* از کسانی باشند که مالک، مدیر یا کارمند مرکز مجازی باشند که در آنجا زندگی می‌کنید یا تحت مراقبت‌های بهداشتی هستید

* Anyone who owns, operates, or works at a licensed facility where you live or receive healthcare

فقط یکی از شاهدان می‌تواند نسبتی با شما داشته یا نام او در وصیت‌نامه‌تان آمده باشد.

Only one of your witnesses may be related to you or be included in your will.

اگر از شاهد استفاده می‌کنید، فرم را امضا کنید و از شاهدان خود بخواهید که آن را امضا کنند.

If you are using witnesses, sign the form and have your witnesses sign.

روش 2 OPTION 2

طسوت هدش رداص و ربت عم رادسک ع یی اسانش کردم هب ،مرف نی ا دی یأت یارب . *دینک اضما یمسر دانسا رتفد کی روضح رد زا و دینک اضما ار مرف ،دینکیم مدافتسا یمسر دانسا رتفد زا رگا . دیراد زاین (همان‌رذگ ای ی‌گندنار همان‌ی‌هاوگ دن‌نام) تلود دینک لی‌مکت ار هیدی‌یأت هک دی‌هاوخب رادرتفد

Sign* in front of a notary public. To have this form notarized, you will need current, government-issued photo identification (like a driver's license or passport). If you are using a notary, sign the form and have the notary complete the acknowledgment.

* اگر از لحاظ جسمانی توانایی امضا کردن را ندارید، می‌توانید از فرد بزرگسال دیگری بخواهید که در حضور شما و به نیابت از شما امضا نماید.

If you are unable to physically sign, you may have another adult sign in your presence and on your behalf.

بخش 3: امضا و تکمیل [ادامه]

PART 3: Sign and Complete [continued]

صبر کنید تا دو شاهد یا سردفتر نزد شما حضور یابند و سپس اقدام به درج امضای خود در زیر نمایید.

WAIT until you are with your two witnesses or a notary, then sign below.

امضای شما

YOUR SIGNATURE

امضا Signature	تاریخ Date
نام (با حروف بزرگ و خوانا) Name (Printed)	شماره تلفن Phone Number
آدرس Address	شهر City
	ایالت State
	زیپکد ZIP

OPTION 1 – Witnesses

گزینه 1 – شاهدان



اگر از شاهدان برای این سند استفاده می‌کنید، عبارت زیر را بخوانید. اگر با عبارت موافق هستید، امضای خود را در زیر درج نمایید. بیانیته شهود: اینجانب با آگاهی از جرم شهادت کذب براساس قوانین کالیفرنیا اظهار می‌دارم که

If you are witnessing this document, read the following statement. If you agree with the statement, sign below. STATEMENT OF WITNESSES: I declare under penalty of perjury under the laws of California that

(1) فردی که این پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی را امضا/تصدیق کرده است از آشنایان شخصی من بوده یا هویتش با ارائه مدارک معتبر برایم اثبات شده است؛

The individual who signed/acknowledged this advance directive is personally known to me or that their identity was proven to me by convincing evidence;

(2) فرد مذکور این پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی را در حضور من امضا یا تصدیق کرده است؛

The individual signed or acknowledged this advance directive in my presence;

(3) فرد مذکور بمنظر می‌آید از سلامت ذهنی برخوردار بوده و به‌دور از ارعاب، کلاهبرداری یا نفوذ نابجا اقدام به امضا کرده است؛

The individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence;

(4) اینجانب جزء نمایندگان نیستم که به‌واسطه این پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی منصوب گردیده‌اند؛ و

I am not a person appointed as agent by this advance directive; and

(5) اینجانب ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی فرد نامبرده، کارمند ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی فرد نامبرده، مدیر مراکز مراقبتی اجتماعی، کارمند مدیر مراکز مراقبتی سکونت سالمندان یا کارمند مدیر مراکز مراقبتی سالمندان نیستم.

I am not the individual's health care provider, an employee of the individual's health care provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly.

بخش 3: امضا و تکمیل [ادامه]

PART 3: Sign and Complete [continued]

شاهد اول:

First Witness:

امضا Signature	تاریخ Date
نام (با حروف بزرگ و خوانا) Name (Printed)	شماره تلفن Phone Number
آدرس Address	شهر City
	ایالت State
	زیپکد ZIP

شاهد دوم:

Second Witness:

امضا Signature	تاریخ Date
نام (با حروف بزرگ و خوانا) Name (Printed)	شماره تلفن Phone Number
آدرس Address	شهر City
	ایالت State
	زیپکد ZIP

یکی از شاهدان موظف است عبارت زیر را نیز با دقت خوانده و امضا کند:

One of the two witnesses also must read the following statement carefully and sign below:

عبارت تکمیلی مربوط به یکی از شاهدان:

ADDITIONAL STATEMENT OF ONE WITNESS:

ضمناً اینجانب با آگاهی از جرم شهادت کذب طبق قوانین کالیفرنیا اظهار می‌دارم که هیچ‌گونه نسبت نسبی، سببی یا فرزندخواندگی با فرد اجراکننده این پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی نداشته و تا جایی که اطلاع دارم، هیچ حقی نسبت به دارایی‌های فرد نامبرده پس از مرگ او طبق وصیت‌نامه جاری یا روال قانونی نخواهم داشت.

I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance 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.

امضا

Signature



OPTION 2 - Notarization

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 _____,

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.

Notary Public Seal

Notary Public Signature

OPTION 2 - Notarization گزینه 2 - محضری کردن سند



سردفتر اسناد رسمی یا دیگر مأموران تکمیل‌کننده این گواهی صرفاً هویت شخص سندی که این گواهی به آن پیوست شده را تأیید می‌کنند، و مسئولیت احراز صداقت، صحت یا اعتبار آن سند با آنها نیست.

ایالت کالیفرنیا

کانتی

در تاریخ

در حضور اینجانب

، فرد/افرادی با نام

شخصاً حضور یافت/یافتند، که براساس شواهد قانع‌کننده به من ثابت شد همان شخصی/اشخاصی است/هستند که نامش/نامشان در سند ثبت گردیده است، و ضمناً در حضور من اذعان داشت/داشتند که سند نامبرده را با اختیار(ات) مجازش(ان) تنظیم کردند، و با درج امضای خود در سند، آن شخص/اشخاص، یا نهاد اقدام‌کننده به نیابت از آن شخص/اشخاص، سند را تنظیم کردند.

اینجانب با آگاهی از جرم شهادت کذب طبق قوانین ایالت کالیفرنیا، صحت و درستی بند فوق را گواهی می‌کنم.

امضا و مهر رسمی اینجانب گواه است.

بخش 3: امضا و تکمیل [ادامه]

PART 3: Sign and Complete [continued]

یک الزام دیگر صرفاً برای ساکنان مراکز پرستاری تخصصی

Additional Requirement Only for Residents of Skilled Nursing Facilities

عبارت زیر تنها در صورتی ضرورت دارد که شما بیمار یکی از مراکز پرستاری تخصصی باشید. این مراکز نوعی مراکز مراقبت‌های بهداشتی است که خدمات پایه ذیل را ارائه می‌دهند: مراقبت‌های پرستاری تخصصی و مراقبت‌های پشتیبان به بیمارانی که نیاز اصلی‌شان وجود مراقبت‌های پرستاری تخصصی در بازه طولانی‌مدت است. اگر این فرم را در مکانی دیگر مثل بیمارستان، مطب پزشک یا خانه تکمیل می‌کنید، به این بخش نیازی نیست. وکیل یا نماینده ویژه بیمار موظف است اظهاریه زیر را امضا کند.

The following statement is required only if you are a patient in a skilled nursing facility—a health care facility that provides the following basic services: skilled nursing care and supportive care to patients whose primary need is for availability of skilled nursing care on an extended basis. If you are completing this form in another location, like a hospital, doctor's office, or your home, this section is not required. The patient advocate or ombudsman must sign the following statement:

اظهاریه مربوط به وکیل یا نماینده ویژه بیمار: اینجانب با آگاهی از جرم شهادت کذب بر اساس قوانین کالیفرنیا اظهار می‌دارم که بنا به انتصاب اداره ایالتی سالمندان (State Department of Aging) وکیل یا نماینده ویژه بیمار هستم و به‌موجب بخش 4675 از آیین‌نامه امور حسبی (Probate Code) به‌عنوان شاهد اقدام می‌نمایم.

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

تاریخ
Date

امضا
Signature

شماره تلفن
Phone Number

نام (با حروف بزرگ و خوانا)
Name (Printed)

شما پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی را تکمیل کردید. اقدامات بعدی شما به شرح زیر است:

You have completed your advance directive. Here's what to do next:

- این سند را به خانه ببرید و در جایی امن که عزیزان شما بتوانند در صورت نیاز به راحتی به آن دسترسی یابند نگهداری کنید.
Take this document home and keep it somewhere safe where your loved ones can easily access it if needed.
 - از آن کپی بگیرید و به نماینده‌های مراقبت‌های بهداشتی خود، پزشکتان و هر بیمارستان یا مرکزی که در آنجا تحت درمان هستید بدهید. اعتبار کپی این سند همانند اصل آن است.
Make copies and give them to your healthcare agents, your doctor, and any hospital or facility where you receive treatment. Copies of this document are just as valid as the original.
 - با خانواده، نماینده‌های مراقبت‌های بهداشتی، پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی خود در مورد پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی صحبت کنید. دقت کنید که از آنچه برای مراقبت‌های بهداشتی شما اهمیت دارد آگاهی یابند.
Talk with your family, healthcare agents, your doctors and other healthcare providers about your advance directive. Make sure they understand what's important for your healthcare.
 - اگر حساب **MyChart** دارید، می‌توانید این پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی را آپلود کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به www.memorialcare.org/acp و سپس «ترجمه» بروید؛ لطفاً فایل ورد را ملاحظه فرمایید.
If you have a myChart account, you can upload this advance directive. For more information go to www.memorialcare.org/acp.
 - اگر مایل به ارائه اطلاعات بیشتر هستید، «بخش 4 – ارزش‌های من» را تکمیل نمایید.
If you want to provide more information, complete Part 4 – My Values.
- نحوه به‌روزرسانی یا اعمال تغییر در پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی به شرح زیر است:
- Here's how to update or change your advance directive:
- اگر حین حضور در بیمارستان نظرتان در مورد هر چیزی که در این پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی نوشته‌اید عوض شد، حتماً به پزشک خود اطلاع داده و از او بخواهید هرگونه تغییر را در سوابق پزشکی شما ثبت نماید.
If you change your mind about anything you have written in this advance directive while you are in the hospital, make sure to tell your doctor and have them document any changes in your medical record.
 - با امضای این سند با حضور دو شاهد یا سردفتر اسناد رسمی، این پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی برای همیشه اعتبار خواهد داشت، مگر اینکه خودتان آن را باطل کنید. اگر می‌خواهید این پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی را باطل کنید، یا باید کلمه «**REVOKED**» را با حروف بزرگ روی سند بنویسید و امضا کنید، یا به پزشک اصلی‌تان اطلاع دهید. اگر نسخه دیگری از پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی تکمیل کنید، خودبه‌خود کپی نسخه‌های قبلی پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی باطل خواهد شد.
Once you have signed this document with two witnesses or a notary, this advance directive is valid until you revoke it. If you want to revoke this advance directive, you can either write "REVOKED" in large letters across the front of the document and sign it or tell your primary doctor. If you complete a new advance directive, it will automatically revoke any previous advance directives.
 - حتماً اسناد جدید را در اختیار خانواده، نماینده‌های مراقبت‌های بهداشتی، پزشکتان و هر جای دیگری که نسخه قبلی پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی نگهداری می‌شده است قرار دهید.
Make sure to provide the updated documents to your family, healthcare agents, your doctor, and anywhere else your previous advance directive was stored.
 - زمان چیزها را عوض می‌کند. این پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی تاریخ انقضا ندارد، اما بهتر است در مقاطع زیر مروری بر آن داشته باشید و تا ببینید چیزی نیاز به اصلاح نداشته باشد:
As time goes on, things change. This advance directive does not expire, but it is a good idea to review it and see if it needs updating:
- | | |
|--|----------------------------------|
| - هر 10 سال یکبار | - اگر سلامت شما رو به افول گذاشت |
| Every 10 years | If your health declines |
| - اگر ازدواج کردید یا طلاق گرفتید | - پس از مرگ یکی از عزیزان |
| If you get married or divorced | After the death of a loved one |
| - اگر عارضه پزشکی جدیدی در شما تشخیص داده شد | |
| If you are diagnosed with a new health condition | |

بخش 4 (اختیاری): ارزش‌های من

PART 4 (Optional): My Values

مراقبت‌های بهداشتی خوب به‌نوعی از درمان پزشکی مهم‌تر است. در این الحاقیه اختیاری ضمیمه پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی، به عزیزان خود و تیم خدمات مراقبتی‌تان اطلاع دهید که اگر حالتان به‌شدت وخیم شد، چه چیزهایی بیش از همه برایتان اهمیت دارد. این بخش را به هر میزانی که دوست دارید تکمیل کنید. اگر قصد دارید این بخش را تکمیل کنید، آن را به مابقی پیش‌درخواست انجام اقدامات پزشکی ضمیمه نمایید.

Good healthcare is about more than medical treatment. In this optional addition to your advance directive, tell your loved ones and your care team what is most important to you if you become seriously ill. Complete as much or as little of this section as you want. If you choose to complete this section, keep it attached to the rest of your advance directive.

وقتی حالم به‌شدت وخیم شود

When I am Seriously Ill

☐ می‌خواهم همواره احساس راحتی داشته و درد نداشته باشم، حتی اگر داروهای مسکن آنقدر خواب‌آور باشد که نتوانم بیدار بمانم.

I want to be kept comfortable and free from pain, even if my pain medicine makes me too sleepy to stay awake.

☐ از خانواده‌ام و عزیزانم می‌خواهم به ملاقات من بیایند و با من صحبت کنند.

I want my family and loved ones to visit me and talk with me.

☐ از نوازش‌های تسلی‌بخش (گرفتن دست، نوازش موهای من و غیره) استقبال می‌کنم.

Comforting touches (handholding, stroking my hair, etc.) are welcome.

☐ دوست دارم آهنگ‌های موردعلاقه‌ام پخش شود. آهنگ‌های موردعلاقه‌ام اینها هستند:

I want my favorite music to be played. My favorite music includes:

☐ اگر قادر باشم، دوست دارم در گرفتن تصمیمات مربوط به درمانم دخیل باشم. دوست دارم تیم درمانم با من صحبت کنند و بگویند درحال انجام چه کاری هستند، حتی اگر به‌نظر هشیار نباشم.

If I am able, I want to be involved in making my own treatment decisions. I want my treatment team to talk to me and tell me what they are doing, even if I don't seem aware.

درصورت امکان، تمایل دارم موارد زیر در اتاقم باشد:

If possible, I would like the following things in my room:

اگر معنویت و/یا دین برایم مهم باشد، تیم درمانم باید موارد زیر را بدانند:

If spirituality and/or religion is important to me, here is what my care team should know:

اگر حالم به‌شدت وخیم است، می‌خواهم از رخ ندادن موارد زیر اطمینان حاصل شود:

If I am very sick, I want to make sure the following things DO NOT happen:

اگر حالم به‌شدت وخیم است، می‌خواهم از رخ دادن موارد زیر اطمینان حاصل شود:

If I am very sick, I want to make sure the following things DO happen:

بخش 4 (اختیاری): ارزش‌های من [ادامه]

PART 4 (Optional): My Values [continued]

در پایان عمر

At the End of Life

در صورت امکان، مایلم روزهای پایانی عمرم را اینطور بگذرانم:

If possible, I would like to spend my final days:

☐ در خانه

At home

☐ در بیمارستان

In the hospital

☐ در مراکز پرستاری یا سایر مراکز

At a nursing home or other facility

☐ غیره:

Other:

☐ اولویتی ندارم

No preference

در صورت امکان، تمایل دارم جسد من:

If possible, I would like my remains to be:

☐ دفن شود

Buried

☐ سوزانده شود

Cremated

☐ سایر موارد:

Other:

خواسته‌های ویژه من برای مراسم تدفین یا ترحیم به شرح زیر است:

These are my specific wishes for my funeral or memorial service:

می‌خواهم خانواده و عزیزانم از این موارد اطلاع داشته باشند:

I want my family and loved ones to know: