



## فرم اعلام نظر درباره مراقبت های پزشکی پیش از وقوع

با مکتوب نمودن خواسته های خود در این فرم اعلام نظر درباره مراقبت های پزشکی پیش از وقوع، شما می توانید به افرادی که ممکن است لازم باشد روزی تصمیمات مهمی درباره مراقبت از شما بگیرند، توصیه های مورد نظر خورد را اعلام کنید. این فرم از سه بخش تشکیل می شود:

### بخش 1

این بخش به شما اجازه می دهد تا یک "نماینده" برای مراقبت های پزشکی خود انتخاب نمایید تا اگر روزی قادر به تکلم نباشید، بتواند از جانب شما تصمیم گیری نماید و نام پزشک شما را بگوید.

### بخش 2

این مثل "وصیت نامه ای برای دوران حیات" شماست. شما می توانید بگویید که آیا می خواهید در شرایط خاص از ابزارهای مکانیکی پزشکی برای زنده نگه داشتن شما استفاده شود یا خیر، همچنین می توانید خواسته های خود درباره اهدای عضو را قید کنید.

### بخش 3

برای اینکه این فرم قانونی و معتبر قلمداد شود، باید آن را در حضور دو شاهد -افراد بالغی که شما آنها را می شناسید - یا در دفتر اسناد رسمی امضا کنید.

شما می توانید به میل خود بعضی از کلمات متن را خط بزنید، دستورالعمل ها یا توضیحاتی را به آنها اضافه کنید یا قسمت هایی از دو بخش اول را حذف کنید. (اگر می خواهید صفحاتی را اضافه کنید، حتماً تک تک آنها را با ذکر تاریخ، امضا کنید.) **بخش 3 الزامی است.**

## ایجاد تغییر

شما در هر زمانی که بخواهید می توانید فرم اعلام نظر درباره مراقبت های پزشکی پیش از وقوع را تغییر دهید یا آن را لغو نمایید. این فرم تا زمانی معتبر خواهد بود که آن را لغو نکرده اید، یک فرم جدید را تکمیل نکرده اید، یا تاریخی برای انقضای آن مشخص نکرده اید. فرم اعلام نظر درباره مراقبت های پزشکی پیش از وقوع خود را گاه به گاه بازبینی کنید تا مطمئن شوید که آن فرم بیان کننده خواسته های کنونی شما می باشد.

## گام های بعدی

پس از تکمیل کردن فرم اعلام نظر درباره مراقبت های پزشکی پیش از وقوع، باید اطمینان حاصل کنید که آن را به راحتی می توان پیدا کرد. فرم امضا شده اصلی را در یک مکان امن که به راحتی هم در دسترس باشد قرار دهید. یک رونوشت (کپی) از فرم امضا شده اصلی را به "نماینده" مراقبت های پزشکی خود (و

جانشینان) و سایر کسانی که در بحبوحه بیماری در کنار شما خواهند بود قرار دهید و از پزشک خود بخواهید که آن را در پرونده پزشکی شما قرار دهد. اگر برای خود وکیل دارید، او نیز باید یک نسخه داشته باشد.

همچنین می توانید آن را در وبسایت ثبت نام فرم اعلام نظر درباره مراقبت های پزشکی پیش از وقوع نیز ثبت نمایید: [sos.ca.gov/ahcdr](http://sos.ca.gov/ahcdr)

به عنوان بخشی از روند تکمیل کردن این فرم، با نماینده (نمایندگان)، عزیزان و پزشک خود درباره خواسته های خود راجع به مراقبت های پزشکی در آینده صحبت کنید و اگر شرایط پزشکی یا ترجیحات درمانی شما تغییر کرد، آنها را در جریان قرار دهید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره برنامه ریزی پزشکی پیش از وقوع، به صفحه اصول اخلاقی در وبسایت مرکز Cedars-Sinai رجوع نمایید: [cedars-sinai.edu/ethics](http://cedars-sinai.edu/ethics)

**بخش 1: نماینده مراقبت های پزشکی من**

در این قسمت می توانید یک فرد مورد اعتماد را نام ببرید که اگر زمانی نتوانید برای خود تصمیم گیری نمایید، او در زمینه مراقبت های بهداشتی برای شما تصمیم گیری کند. نماینده شما باید حداقل 18 سال سن داشته باشد و نمی تواند پزشک یا کسی باشد که در بیمارستان یا کلینیکی کار می کند که شما در آنجا مورد مداوا قرار می گیرید، مگر آنکه وی از اعضای خانواده شما باشد.

من می خواهم که این فرد با توجه به آنچه درباره اهداف و خواسته های من می داند و همچنین بر اساس آنچه در این فرم قید کرده ام، در حد توانش بازگو کننده خواسته های من باشد:

نام و نام خانوادگی

آدرس

شماره تلفن منزل

شماره تلفن محل کار

شماره تلفن همراه

آدرس ایمیل

**انتخاب متفاوت اختیاری شماره 1:** اگر نماینده من نخواهد، نتواند یا در دسترس نباشد که در زمینه پزشکی برای من تصمیم گیری نماید، در اینجا اولین نماینده جانشین خود را نام می برم:

نام و نام خانوادگی

آدرس

شماره تلفن منزل

شماره تلفن محل کار

شماره تلفن همراه

آدرس ایمیل

**انتخاب متفاوت اختیاری شماره 2:** اگر نماینده من نخواهد، نتواند یا در دسترس نباشد که در زمینه پزشکی برای من تصمیم گیری نماید، در اینجا دومین نماینده جانشین خود را نام می برم:

نام و نام خانوادگی

آدرس

شماره تلفن منزل

شماره تلفن محل کار

شماره تلفن همراه

آدرس ایمیل

## بخش 1: اختیارات نماینده مراقبت های پزشکی من

نماینده من چه زمانی می تواند به جای من صحبت کند

نماینده من می تواند بلافاصله شروع به اتخاذ تصمیمات پزشکی درباره من نماید.

یا

نماینده من زمانی می تواند از جانب من تصمیم گیری کند که پزشک من بگوید که من نمی توانم درباره شرایط پزشکی خودم تصمیم گیری نمایم.

حروف اول اسم و فامیل را بنویسید

حروف اول اسم و فامیل را بنویسید

## محدودیت ها و/یا دستورالعمل های مخصوص نماینده پزشکی من

هنگام اتخاذ تصمیمات پزشکی از جانب من، نماینده علاوه بر اجرای درخواست های قید شده در صفحات این فرم، باید از محدودیت ها و/یا دستورالعمل های ویژه ای که در زیر ذکر شده است نیز پیروی کند.

## اختیارات نماینده پس از فوت من

نماینده من می تواند درباره اهدای اعضای بدن من، انجام کالبدشکافی و آنچه با بقایای من انجام خواهد شد، به جز آنچه در بخش دوم این فرم بیان می کنم، تصمیم گیری نماید.

اگر به فضای بیشتری در دو قسمت بالا نیاز دارید، می توانید صفحاتی را به آن بیفزایید. هنگام امضا کردن این فرم در حضور شاهدان یا در دفتر اسناد رسمی، تک تک صفحات را با ذکر تاریخ امضا نمایید.

**بخش 1: پزشک من**

شما می توانید یک پزشک مورد اعتماد را نام ببرید که در اتخاذ تصمیمات پزشکی درباره شما نقش داشته باشد. ترجیحاً این پزشک باید به طور مرتب با شما برخورد داشته باشد تا از اهداف و خواسته های شما مطلع باشد.

من فرد قید شده در زیر را به عنوان پزشک خود معرفی می نمایم:

---

نام پزشک

---

آدرس

---

شهر ایالت زیپ کد

---

شماره تلفن مطب

شماره تلفن همراه (در صورت امکان)

آدرس ایمیل

**پزشک متفاوت دیگر من**

من فرد قید شده در زیر را به عنوان پزشک جانشین خود معرفی می نمایم:

---

نام پزشک

---

آدرس

---

شهر ایالت زیپ کد

---

شماره تلفن مطب

شماره تلفن همراه (در صورت امکان)

آدرس ایمیل

لطفاً یک رونوشت (کپی) از فرم اعلام نظر درباره مراقبت های پزشکی پیش از وقوع خود را به پزشک (پزشکان) نام برده در بالا ارائه دهید و اهداف و خواسته های خود را با او (آنها) در میان بگذارید. حتماً درباره شرایط زندگی غیر قابل قبول از دیدگاه خود و اینکه چه اقدامات شدیدی را تحمل می کنید و تحت چه شرایطی به این اقدامات تن می دهید یا آنها را ادامه خواهید داد به طور شفاف صحبت کنید.

## بخش 2: تصمیمات مربوط به مراقبت های آخر عمر

من می خواهم که پزشک یا سایر افرادی که در ارائه مراقبت های پزشکی به من نقش دارند بر اساس آنچه من در زیر انتخاب کرده ام، درمان من را متوقف کرده یا از آن دست بکشند. عبارت "ادامه حیات به واسطه دستگاه" به گستره ای از درمان های حافظ حیات گفته می شود از جمله احیای قلبی (CPR)، دستگاه تنفس مصنوعی، لوله تغذیه یا دیالیز.

انتخاب عدم طولانی کردن حیات (انتخاب مرگ طبیعی):

حروف اول نام و نام خانوادگی خود را کنار تمام گزینه هایی که با خواسته های شما مطابقت دارد بنویسید. من نمی خواهم که طول عمر من به صورت مصنوعی و تحت این شرایط افزایش یابد:

(1) در آستانه مرگ باشم و دستگاه های مکانیکی تنها روند مردن من را طولانی تر کنند؛ \_\_\_\_\_  
حروف اول اسم و فامیل را بنویسید

(2) من بی هوش باشم و پزشکان انتظار نداشته باشند که من به هوش بیایم؛ \_\_\_\_\_  
حروف اول اسم و فامیل را بنویسید

(3) من از یک بیماری مهلک رنج ببرم و امید چندانی به بهبود من یا کاهش شدت بیماری نباشد. \_\_\_\_\_  
حروف اول اسم و فامیل را بنویسید

اگر نمی خواهید طول عمر شما بدین طریق افزایش یابد، اما همچنان برای کاهش درد و رنج ناشی از بیماری خود تحت درمان قرار خواهید گرفت.

یا

انتخاب افزایش طول عمر:

من می خواهم طول عمرم تا حد مورد قبول استانداردهای پزشکی افزایش یابد.

\_\_\_\_\_

حروف اول اسم و فامیل را بنویسید

لطفاً هرگونه استثناء مربوط به مطالب ذکر شده در بالا که حروف نام خود را در مقابل آنها نوشتید را شرح دهید. اگر به فضای بیشتری برای شرح توضیحات و دستورالعمل ها نیاز دارید، می توانید صفحاتی را اضافه کنید. هنگام امضا کردن این فرم در حضور شاهدان یا در دفتر اسناد رسمی، تک تک صفحات را با ذکر تاریخ امضا نمایید.

## بخش 2: اهدای عضو و بافت

اهدای عضو یا بافت بدن هنگام مرگ می تواند باعث نجات و ارتقاء سطح زندگی دیگران بشود. لطفاً گزینه هایی زیر را ملاحظه نمایید.

یکی را با نوشتن حروف اول نام در مربع مربوط به آن انتخاب نمایید. وقتی بمیرم:

<p>من هیچ یک از اعضا یا بافت های بدنم را اهدا نمی کنم و نمی خواهم که نماینده من اجازه اهدای اعضای یا بافت های بدن من را بدهد.</p> <p style="text-align: center;"><b>یا</b></p> <p>حروف اول اسم و فامیل را بنویسید</p>	<p>من تنها اعضا یا بافت های زیر را اهدا می کنم.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>حروف اول اسم و فامیل را بنویسید</p>	<p>می خواهم اعضا و بافت های مورد نیاز بدنم را اهدا کنم.</p> <p>_____</p> <p>حروف اول اسم و فامیل را بنویسید</p>
---	---	---

اگر انتخاب کرده اید که اهدا کننده باشید (در بالا)، می خواهید از عضو اهدایی شما چه استفاده ای بشود:

<p>پیوند _____ حروف اول اسم و فامیل را بنویسید</p> <p>سایر معالجات پزشکی _____ حروف اول اسم و فامیل را بنویسید</p> <p>تحقیق _____ حروف اول اسم و فامیل را بنویسید</p> <p>آموزش _____ حروف اول اسم و فامیل را بنویسید</p>	<p>هرجا که لازم باشد _____ حروف اول اسم و فامیل را بنویسید</p> <p style="text-align: center;"><b>یا</b></p>
--	---

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه کدام اعضا یا بافت ها قابل اهدا هستند، یا برای ثبت نام به عنوان یک اهدا کننده عضو، به این وبسایت رجوع کنید

[donatelifecalifornia.org](http://donatelifecalifornia.org)

## بخش 3: فرم را امضا کنید

باید این فرم را در حضور دو شاهد یا در یک دفتر اسناد رسمی امضا کنید تا قانونی و معتبر قلمداد شود.

شاهدان باید:

- بالای 18 سال سن داشته باشند
- شما را بشناسند
- ببینند که شما این فرم را امضا می کنید

شاهدان نمی توانند:

- نماینده مراقبت های پزشکی شما باشند
- ارائه دهنده مراقبت های پزشکی به شما باشند
- برای ارائه دهنده مراقبت های پزشکی شما کار کنند
- در محل زندگی شما کار کنند

یکی از شاهدان باید هیچ نسبتی با شما نداشته باشد و پس از مرگ شما هیچگونه منافع مالی یا پولی از شما به ارث نبرد.

محل امضای شما:

---

نام (نام خود را امضا کنید) تاریخ

---

نام کامل خود را با حروف بزرگ و خوانا بنویسید

---

آدرس

---

شهر ایالت زیب کد

اگر در خانه سالمندان زندگی می کنید و به همراه شاهدان امضا می نمایید، یکی از آنها باید صفحه بعد را امضا کند. شاهد دیگر شما باید وکیل یا نماینده قانونی بیمار باشد و اظهارنامه ویژه شاهد در صفحه آخر را امضا کند.



## بخش 3: اظهارنامه شاهدان

من بر اساس قوانین ایالتی کالیفرنیا و با علم به مجازات شهادت دروغ اعلام می کنم که (1) فردی که فرم اعلام نظر درباره مراقبت های پزشکی پیش از وقوع را امضا کرده را می شناسم و یا اینکه هویت او از طریق روئیت مدارک مستدل برای من آشکار شده است؛ (2) فرد این فرم اعلام نظر درباره مراقبت های پزشکی پیش از وقوع را در حضور من امضا کرده است؛ (3) به نظر می رسد که فرد با سلامت کامل عقل و به دور از تأثیر اجبار و حيله این فرم را امضا کرده است؛ (4) من فردی نیستم که در این فرم اعلام نظر درباره مراقبت های پزشکی پیش از وقوع به عنوان نماینده مراقبت های پزشکی انتخاب شده است؛ (5) من ارائه دهنده مراقبت های پزشکی به این فرد، در استخدام یک مرکز بهداشتی عمومی، گرداننده مرکز نگهداری ویژه سالمندان یا در استخدام گرداننده مرکز نگهداری ویژه سالمندان نمی باشم.

## شاهد اول:

نام کامل (امضای نام شاهد اول)	تاریخ
نام کامل خود را با حروف بزرگ و خوانا بنویسید	
آدرس	
شهر	ایالت
	زیپ کد

## شاهد دوم:

نام کامل (امضای نام شاهد اول)	تاریخ
نام کامل خود را با حروف بزرگ و خوانا بنویسید	
آدرس	
شهر	ایالت
	زیپ کد

## اظهارنامه افزوده شاهد

حداقل یکی از شاهدان باید اظهارنامه زیر را امضا نماید:  
من بر اساس قوانین ایالتی کالیفرنیا و با علم به مجازات شهادت دروغ اعلام می کنم که از طریق سببی، نسبی و رضائی با کسی که این فرم اعلام نظر درباره مراقبت های پزشکی پیش از وقوع را امضا کرده است هیچ نسبتی ندارم و تا جایی که می دانم، بر طبق وصیت نامه ای که اکنون موجود می باشد یا بر اساس موازین قانونی، پس از مرگ این فرد هیچ بخشی از دارایی او به من منتقل نخواهد شد.

امضای شاهد	تاریخ
------------	-------

جایگزین امضا در حضور شاهدان

## بخش 3: دفتر اسناد رسمی

به جای امضا در حضور شاهدان شما می توانید این تأیید نامه را در دفتر اسناد رسمی امضا نمایید:

}

ایالت کالیفرنیا

کانتی \_\_\_\_\_

در \_\_\_\_\_، در حضور من، \_\_\_\_\_

عنوان دفتردار

تاریخ

نام امضا کننده (گان)

شخصاً حضور پیدا کرد(ند)

ایشان با ارائه مدارک مستدل به من ثابت کردند که همان فرد (افرادی) هستند که نام او (آنها) در این مدرک آمده است و بر من مشخص است که او/آنها این مدرک را در مقام مجاز خود یا به نیابت از سازمانی که ایشان را به نیابت انتخاب کرده عمل می کنند(کنند)، امضا کرده(اند).

من با قبول عواقب قانونی شهادت دروغ تحت قوانین ایالت کالیفرنیا به صحت و واقعی بودن پاراگراف بالا شهادت می دهم.

دست و مهر قانونی خویش را گواه می گیرم.

امضا

مسئول دفتر اسناد رسمی

مهر اسناد رسمی در بالا زده شود

**PART 3 IS REQUIRED FOR EVERYONE**

PART 3: SIGN THE FORM (CONTINUED) > NOTARY PUBLIC

**ALTERNATIVE TO SIGNING WITH WITNESSES**

## Part 3: Notary Public

You may use this certificate of acknowledgement before a Notary Public instead of the Statement of Witnesses:

State of California }  
County of \_\_\_\_\_ }

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_  
DATE HERE INSERT NAME AND TITLE OF THE OFFICER

personally appeared \_\_\_\_\_  
NAME(S) OF SIGNER(S)

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.

Signature \_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF NOTARY PUBLIC

PLACE NOTARY SEAL ABOVE

## بخش 3: الزامات شاهد ویژه

اگر شما ساکن خانه سالمندان یا مرکز نگهداری هستید، وکیل یا نماینده قانونی بیمار باید اظهارنامه زیر را امضا کند.

### اظهارنامه وکیل یا نماینده قانونی بیمار

من بر اساس قوانین ایالتی کالیفرنیا و با علم به مجازات شهادت دروغ اعلام می کنم که یک وکیل یا نماینده قانونی بیمار، مورد وثوق اداره سالمندان ایالت هستم و بر اساس الزامات بخش 4675 قانون حصر وراثت، به عنوان شاهد خدمت می نمایم.

نام کامل (امضای وکیل یا نماینده قانونی بیمار)	تاریخ
نام کامل خود را با حروف بزرگ و خوانا بنویسید	
آدرس	
شهر	ایالت
	زیب کد