

دستورات از پیش تعیین شده خدمات درمانی کالیفرنیا

California Advance Health Care Directive

این فرم به شما امکان می‌دهد تا اگر زمانی قادر به بیان نظر خود نبودید، بتوانید در انتخاب روشی که مایلید به آن طریق از شما مراقبت شود، نقش داشته باشید.

This form lets you have a say about how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.



این فرم دارای ۳ بخش است: This form has 3 parts:

انتخاب تصمیم‌گیرنده پزشکی، صفحه ۳ Part 1: Choose a medical decision maker, page 3

بخش ۱

تصمیم‌گیرنده پزشکی فردی است که اگر شخصاً قادر به تصمیم‌گیری درباره خدمات مراقبتی خود نباشید، می‌تواند به نیابت از شما درباره این موضوعات تصمیم‌گیری کند.
A medical decision maker is a person who can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

این فرد در واقع مدافع شما خواهد بود. This person will be your advocate.

وی همچنین به نام‌های نماینده، وکیل یا تصمیم‌گیرنده جایگزین خدمات درمانی نیز شناخته می‌شود.
They are also called a health care agent, proxy, or surrogate.

تصمیم‌گیری درباره خدمات درمانی خود، صفحه ۷ Part 2: Make your own health care choices, page 7

بخش ۲

این فرم به شما امکان می‌دهد تا آن نوع از خدمات درمانی را که می‌خواهید انتخاب کنید. بدین صورت، اگر خودتان قادر نباشید به افرادی که از شما مراقبت می‌کنند بگویید که چه می‌خواهید، آنها دیگر نباید خودشان در این باره حدس بزنند.

This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are not able to tell them yourself.

امضای فرم، صفحه ۱۳ Part 3: Sign the form, page 13

بخش ۳

پیش از اینکه بتوان از این فرم استفاده کرد، فرم باید امضا شده باشد.
The form must be signed before it can be used.



شما می‌توانید بخش ۱، بخش ۲ یا هر دو را تکمیل کنید. You can fill out Part 1, Part 2, or both.

فقط بخش‌هایی را تکمیل کنید که می‌خواهید. همیشه فرم را در بخش ۳ امضا کنید. Fill out only the parts you want. Always sign the form in Part 3.

دو شاهد باید صفحه ۱۴ را، یا یک سردفتر اسناد رسمی باید صفحه ۱۵ را امضا کنند. 2 witnesses need to sign on page 14, or a notary on page 15.

نام شما Your Name

این یک فرم حقوقی است که به شما امکان می‌دهد در خدمات درمانی خود نقش فعال داشته باشید.

This is a legal form that lets you have a voice in your health care.

این فرم به خانواده، دوستان و تامین‌کنندگان خدمات پزشکی شما امکان می‌دهد تا اگر زمانی قادر به بیان نظر خود نبودید، بدانند که مایلید به چه روشی از شما مراقبت شود.

It will let your family, friends, and medical providers know how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

با این فرم باید چه کار کنم؟

What should I do with this form?

- لطفاً محتوای این فرم را با اعضای خانواده، دوستان و تامین‌کنندگان خدمات پزشکی خود در میان بگذارید.
Please share this form with your family, friends, and medical providers.
- لطفاً اطمینان حاصل کنید که نسخه‌هایی از این فرم در سوابق پزشکی شما در هر محلی که خدمات مراقبتی دریافت می‌کنید، موجود باشد.
Please make sure copies of this form are placed in your medical record at all the places you get care.

اگر درباره این فرم سوالی داشته باشم باید چه کار کنم؟

What if I have questions about the form?

- اگر سوالی درباره بخشی از این فرم دارید یا نمی‌خواهید به سوالی پاسخ دهید، مشکلی نیست که بعضی از قسمت‌های آن را بدون جواب بگذارید و بگذرید.
It is OK to skip any part of this form if you have questions or do not want to answer.
- از پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی، اعضای خانواده یا دوستان خود بخواهید که به شما کمک کنند.
Ask your doctors, nurses, social workers, family, or friends to help.
- وکلا هم می‌توانند کمک کنند. این فرم حاوی هیچ نوع مشاوره حقوقی نیست.
Lawyers can help too. This form does not give legal advice.

اگر بخواهم درباره بعضی از خدمات درمانی تصمیم بگیرم که در این فرم موجود نیست، چه می‌شود؟

What if I want to make health care choices that are not on this form?

- در صفحه ۱۲، می‌توانید هر نکته دیگری که برایتان مهم است را یادداشت کنید.
On page 12, you can write down anything else that is important to you.

چه وقت باید دوباره این فرم را تکمیل کنم؟

When should I fill out this form again?

- اگر نظرتان درباره انتخاب‌های خدمات درمانی خود تغییر کند
If you change your mind about your health care choices
- اگر شرایط سلامتتان تغییر کند
If your health changes
- اگر تصمیم‌گیرنده پزشکی شما تغییر کند
If your medical decision maker changes

اگر تصمیم‌گیرنده شما همسرتان باشد و طلاق بگیرید، آن فرد دیگر تصمیم‌گیرنده شما نخواهد بود.
If your spouse is your decision maker, and you divorce, that person will no longer be your decision maker.

فرم جدید را به تصمیم‌گیرنده پزشکی و تامین‌کنندگان خدمات پزشکی خود بدهید.
Give the new form to your medical decision maker and medical providers.

فرم‌های قبلی را از بین ببرید.

Destroy old forms.

محتوای این فرم و انتخاب‌های خود را با اعضای خانواده، دوستان و تامین‌کنندگان خدمات پزشکی خود در میان بگذارید.

Share this form and your choices with your family, friends, and medical providers.

انتخاب تصمیم‌گیرنده پزشکی

Part 1: Choose your medical decision maker

بخش ۱

تصمیم‌گیرنده پزشکی شما، اگر شخصاً قادر به تصمیم‌گیری درباره خدمات مراقبتی خود نباشید، می‌تواند به نیابت از شما درباره این موضوعات تصمیم‌گیری کند.

Your medical decision maker can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

یک تصمیم‌گیرنده پزشکی خوب و مناسب، یکی از اعضای خانواده یا دوستان است که:

A good medical decision maker is a family member or friend who:



- ۱۸ سال یا بیشتر سن داشته باشد is 18 years of age or older
- بتواند درباره خواسته‌هایتان با شما صحبت کند can talk to you about your wishes
- بتواند وقتی به وی نیاز دارید، برای شما حاضر باشد can be there for you when you need them
- مطمئن باشید که خواسته‌های شما و انجام آنچه برای شما بهتر است را پیگیری می‌کند you trust to follow your wishes and do what is best for you
- برای اینکه اطلاعات پزشکی شما را بداند، به وی اعتماد داشته باشید you trust to know your medical information
- از اینکه با پزشکان صحبت کند و درباره خواسته‌هایتان با آنها حرف بزند، واهمه‌ای نداشته باشد is not afraid to ask doctors questions and speak up about your wishes

از نظر حقوقی، تصمیم‌گیرنده شما نمی‌تواند پزشکتان یا فردی باشد که در بیمارستان یا کلینیک محل مراقبت از شما مشغول به کار است، مگر اینکه چنین فردی از اعضای خانواده شما باشد.

Legally, your decision maker cannot be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless they are a family member.

اگر یک تصمیم‌گیرنده پزشکی انتخاب نکنم، چه اتفاقی می‌افتد؟

What will happen if I do not choose a medical decision maker?

اگر خودتان قادر به تصمیم‌گیری برای خود نباشید، پزشکانتان برای تصمیم‌گیری درباره شما به اعضای خانواده و دوستان شما یا یک قاضی مراجعه خواهند کرد. چنین فردی ممکن است نداند که شما چه می‌خواهید.

If you are not able to make your own decisions, your doctors will turn to family and friends or a judge to make decisions for you. This person may not know what you want.

اگر خودتان قادر نباشید، تصمیم‌گیرنده پزشکیتان می‌تواند این موارد را برای شما انتخاب کند:

If you are not able, your medical decision maker can choose these things for you:



- پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی، متولیان مراقبت doctors, nurses, social workers, caregivers
- بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، آسایشگاه‌ها hospitals, clinics, nursing homes
- داروها، آزمایش‌ها یا درمان‌ها medications, tests, or treatments
- کسانی که مجازند اطلاعات پزشکی شما را ببینند who can look at your medical information
- اتفاقی که پس از مرگ شما برای بدن و اندام‌هایتان خواهد افتاد what happens to your body and organs after you die

در ادامه تصمیمات بیشتری که فرد تصمیم‌گیرنده پزشکی شما می‌تواند اتخاذ کند را خواهید دید:

Here are more decisions your medical decision maker can make:

شروع یا متوقف کردن استفاده از سیستم حفظ حیات یا درمان‌های پزشکی، مانند: Start or stop life support or medical treatments, such as:

CPR or cardiopulmonary resuscitation (cardiopulmonary resuscitation) **CPR یا احیای قلبی ریوی**

cardio = قلب • pulmonary = ریوی • resuscitation = تلاش برای بازگرداندن و احیا
cardio = heart • pulmonary = lungs • resuscitation = try to bring back

This may involve: این روند می‌تواند شامل موارد و اقدامات زیر باشد:

- وارد کردن فشار شدید روی قفسه سینه برای حفظ عملکرد پمپاژ خون شما
pressing hard on your chest to try to keep your blood pumping
- شوک الکتریکی برای راه‌اندازی مجدد عملکرد قلب شما
electrical shocks to try to jump start your heart
- تزریق دارو در رگ‌های شما
medicines in your veins



Breathing machine or ventilator **دستگاه تنفس مصنوعی یا ونتیلاتور**

این دستگاه با پمپاژ هوا به داخل ریویها، سعی می‌کند به جای شما عمل تنفس را انجام دهد. وقتی به این دستگاه وصل باشید، نمی‌توانید صحبت کنید.

The machine pumps air into your lungs and tries to breathe for you. You are not able to talk when you are on the machine.



Dialysis **دستگاه دیالیز**

دستگاهی که در صورت از کار افتادن کلیه‌های شما، سعی می‌کند خون را پاکسازی کند.
A machine that tries to clean your blood if your kidneys stop working.

Feeding Tube **لوله تغذیه**

لوله‌ای که اگر قادر به بلع نباشید، برای تلاش جهت تغذیه شما استفاده می‌شود. این لوله را می‌توان از طریق بینی کار گذاشت تا از گلو رد شده و به معده برسد. همچنین امکان کارگذاری لوله در معده به روش جراحی نیز وجود دارد.

A tube used to try to feed you if you cannot swallow. The tube can be placed through your nose down into your throat and stomach. It can also be placed by surgery into your stomach.



Blood and water transfusions (IV) **سیستم انتقال خون و آب (وریدی)**

برای رساندن خون و آب به بدن شما. To put blood and water into your body.

Surgery **جراحی**

Medicines **داروها**



تصمیمات مربوط به روزهای پایانی زندگی که تصمیم‌گیرنده پزشکی شما می‌تواند اتخاذ کند:

End of life decisions your medical decision maker can make:

- فراخواندن رهبران مذهبی یا معنوی
call in a religious or spiritual leader
- تصمیم‌گیری درباره کالبدشکافی یا اهدای اعضا
decide about autopsy or organ donation
- تصمیم‌گیری درباره اینکه آیا موقع مرگ در خانه باشید یا در بیمارستان
decide if you die at home or in the hospital
- تصمیم‌گیری درباره تدفین یا سوزاندن و خاکستر کردن
decide about burial or cremation

By signing this form, you allow your medical decision maker to:

با امضای این فرم، شما به تصمیم‌گیرنده پزشکی خود اجازه می‌دهید تا:

- اگر خودتان قادر به ابراز نظر نبودید، با استفاده از هرگونه سیستم حفظ حیات یا درمان پزشکی موافقت کند، استفاده از آنها را نپذیرد یا تصمیم به متوقف کردن آن بگیرد
agree to, refuse, or withdraw any life support or medical treatment if you are not able to speak for yourself
 - درباره اتفاقی که پس از مرگ برای بدن شما می‌افتد تصمیم‌گیری کند، مثلاً درباره برنامه‌های تشییع و اهدای اعضا
decide what happens to your body after you die, such as funeral plans and organ donation
- اگر تصمیماتی وجود دارد که نمی‌خواهید توسط آنها گرفته شود، لطفاً اینجا یادداشت کنید:
If there are decisions you do not want them to make, write them here:



تصمیم‌گیرنده پزشکی‌ام چه وقت می‌تواند به جای من تصمیم بگیرد؟

When can my medical decision maker make decisions for me?

فقط بعد از اینکه خودم قادر به تصمیم‌گیری درباره خود نباشم
ONLY after I am not able to make my own decisions

هم‌اکنون، درست بعد از اینکه این فرم را امضا کنم
NOW, right after I sign this form

اگر مایل هستید، می‌توانید بنویسید که چرا این‌طور می‌خواهید. If you want, you can write why you feel this way.

نام تصمیم‌گیرنده پزشکی خود را بنویسید.

Write the name of your medical decision maker.

می‌خواهم که اگر خودم قادر به تصمیم‌گیری نبودم، این فرد تصمیمات پزشکی من را اتخاذ کند:

I want this person to make my medical decisions if I am not able to make my own:

نام خانوادگی last name

نام first name

نسبت relationship

شماره تلفن ۲ phone #2

شماره تلفن ۱ phone #1

زیپ کد zip code

ایالت state

شهر city

آدرس address

اگر فرد اول قادر به انجام این کار نبود، در این صورت می‌خواهم این فرد تصمیمات پزشکی من را اتخاذ کند:

If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions:

نام خانوادگی last name

نام first name

نسبت relationship

شماره تلفن ۲ phone #2

شماره تلفن ۱ phone #1

زیپ کد zip code

ایالت state

شهر city

آدرس address

نام شما Your Name

چرا یک تصمیم‌گیرنده پزشکی برای خود انتخاب کردید؟ Why did you choose your medical decision maker?

اگر مایل هستید، می‌توانید بنویسید که چرا تصمیم‌گیرنده پزشکی شماره ۱ و ۲ را برای خود انتخاب کردید. If you want, you can write why you chose your #1 and #2 decision makers.

می‌توانید نام هر فردی را که نمی‌خواهید در تصمیم‌گیری پزشکی شما نقشی داشته باشد هم بنویسید. Write down anyone you would NOT want to help make medical decisions for you.

اگر قادر به ابراز نظر نبودید، می‌خواهید که تصمیم‌گیرنده پزشکی شما تا چه حد سخت‌گیرانه و دقیق مطابق با خواسته‌های شما عمل کند؟ How strictly do you want your medical decision maker to follow your wishes if you are not able to speak for yourself?

انعطاف‌پذیری این امکان را فراهم می‌کند تا اگر پزشکان در مرحله‌ای به این نتیجه رسیدند که کار دیگری برای شما بهتر است، تصمیم‌گیرنده شما بتواند تصمیمات قبلی شما را تغییر دهد.

Flexibility allows your decision maker to change your prior decisions if doctors think something else is better for you at that time.

تصمیمات قبلی می‌توانند خواسته‌هایی باشند که به صورت کتبی ثبت کرده یا به صورت شفاهی درباره آنها با تصمیم‌گیرنده پزشکی‌تان صحبت کرده‌اید. شما می‌توانید خواسته‌های خود را در بخش ۲ از این فرم بنویسید.

Prior decisions may be wishes you wrote down or talked about with your medical decision maker. You can write your wishes in Part 2 of this form.

کنار یک گزینه که بیش از همه با آن موافق هستید، علامت بزنید. Check the one choice you most agree with.

انعطاف‌پذیری کامل: مشکلی نیست که تصمیم‌گیرنده من هر یک از تصمیمات پزشکی‌ام را تغییر دهد، اگر پزشکان من در هر مرحله‌ای تشخیص دهند که این کار بهتر است.

Total Flexibility: It is OK for my decision maker to change any of my medical decisions if my doctors think it is best for me at that time.

کمی انعطاف‌پذیری: مشکلی نیست که تصمیم‌گیرنده من بعضی از تصمیمات پزشکی‌ام را تغییر دهد، اگر پزشکان من تشخیص دهند که این کار بهتر است. اما مایل نیستم این خواسته‌ها هرگز تغییر کنند:

Some Flexibility: It is OK for my decision maker to change some of my decisions if the doctors think it is best. But, these wishes I NEVER want changed:

بدون انعطاف‌پذیری: می‌خواهم که تصمیم‌گیرنده‌ام دقیقاً مطابق با خواسته‌های پزشکی من عمل کند. نمی‌خواهم تصمیماتم تغییر کنند، حتی اگر پزشکان توصیه کنند.

No Flexibility: I want my decision maker to follow my medical wishes exactly. It is NOT OK to change my decisions, even if the doctors recommend it.

اگر مایل هستید، می‌توانید بنویسید که چرا این‌طور می‌خواهید. If you want, you can write why you feel this way.

برای تصمیم‌گیری شخصی درباره انتخاب‌های مربوط به خدمات درمانی، به بخش ۲ در صفحه ۷ مراجعه کنید. اگر کار تکمیل فرم تمام شده، باید آن را در صفحه ۱۳ امضا کنید. لطفاً خواسته‌های خود را با اعضای خانواده، دوستان و تامین‌کنندگان خدمات پزشکی خود در میان بگذارید.

To make your own health care choices, go to Part 2 on page 7. If you are done, you must sign this form on page 13. Please share your wishes with your family, friends, and medical providers.

تصمیم‌گیری درباره خدمات درمانی خود

Make your own health care choices
Fill out only the questions you want.

فقط سوالاتی را تکمیل کنید که می‌خواهید.

بخش ۲

ترجیح می‌دهید چطور درباره موضوعات پزشکی تصمیم‌گیری کنید؟

How do you prefer to make medical decisions?

بعضی از افراد ترجیح می‌دهند خودشان درباره موضوعات پزشکی تصمیم‌گیری کنند. بعضی از افراد ترجیح می‌دهند پیش از تصمیم‌گیری درباره موضوعات پزشکی، نظر دیگران (اعضای خانواده، دوستان و تامین‌کنندگان خدمات پزشکی) را جویا شوند. و، بعضی از افراد ترجیح می‌دهند که دیگران برای آنها تصمیم‌گیری کنند. Some people prefer to make their own medical decisions. Some people prefer input from others (family, friends, and medical providers) before they make a decision. And, some people prefer other people make decisions for them.

لطفاً توجه داشته باشید: تامین‌کنندگان خدمات پزشکی نمی‌توانند به جای شما تصمیم‌گیری کنند. آنها فقط می‌توانند برای کمک به روند تصمیم‌گیری شما، اطلاعاتی را در اختیارتان قرار دهند. Please note: Medical providers cannot make decisions for you. They can only give information to help with decision making.

ترجیح می‌دهید چطور درباره موضوعات پزشکی تصمیم‌گیری کنید؟

How do you prefer to make medical decisions?

- I prefer to make medical decisions on my own without input from others. من ترجیح می‌دهم بدون دخالت نظر دیگران، خودم درباره موضوعات پزشکی تصمیم‌گیری کنم.
- I prefer to make medical decisions only after input from others. من ترجیح می‌دهم فقط بعد از اطلاع از نظر دیگران درباره موضوعات پزشکی تصمیم‌گیری کنم.
- I prefer to have other people make medical decisions for me. من ترجیح می‌دهم که دیگران درباره موضوعات پزشکی به جای من تصمیم‌گیری کنند.

اگر مایل هستید، می‌توانید بنویسید که چرا این‌طور می‌خواهید، و از چه کسی نظر می‌خواهید.
If you want, you can write why you feel this way, and who you want input from.

چه چیزی بیش از همه در زندگی اهمیت دارد؟ کیفیت زندگی برای هر فرد با دیگری متفاوت است.

What matters most in life? Quality of life differs for each person.

چه چیزی بیش از همه در زندگی شما اهمیت دارد؟ هر تعداد گزینه که مایل هستید را علامت بزنید.
What is most important in your life? Check as many as you want.

- _____ Your family or friends شما اعضای خانواده یا دوستان شما
- _____ Your pets شما حیوانات خانگی شما
- _____ Hobbies, such as gardening, hiking, and cooking: Your hobbies سرگرمی‌ها، مانند گل‌کاری، گشت و پیاده‌روی و آشپزی
- _____ سرگرمی‌های شما
- _____ Working or volunteering کار کردن یا داوطلب شدن
- _____ Caring for yourself and being independent مراقبت از خود و مستقل بودن
- _____ Not being a burden on your family ایجاد مزاحمت نکردن برای خانواده خود
- _____ Religion or spirituality: Your religion مذهب یا معنویت: مذهب شما
- _____ Something else چیزهای دیگر

چه چیزی به زندگی شما نشاط می‌بخشد؟ در زندگی بیش از همه به چه چیزی اشتیاق دارید؟
What brings your life joy? What are you most looking forward to in life?

چه چیزی بیشتر از همه در زمینه مراقبت پزشکی شما اهمیت دارد؟

What matters most for your medical care? This differs for each person.

این موضوع برای هر فرد با دیگری متفاوت است.

برای بعضی از افراد، هدف اصلی، زنده نگه داشتن تا جای ممکن است، حتی اگر:

For some people, the main goal is to be kept alive as long as possible even if:

- مجبور شوند با دستگاه‌های مختلف و تحمل رنج زنده نگه داشته شوند They have to be kept alive on machines and are suffering
- به قدری بیمار و ناخوش باشند که نتوانند با اعضای خانواده و دوستان خود حرف بزنند They are too sick to talk to their family and friends

برای بعضی افراد دیگر، هدف اصلی، تمرکز بر کیفیت زندگی و راحتی است. For other people, the main goal is to focus on quality of the life and being comfortable.

- این افراد مرگ طبیعی را ترجیح می‌دهند و نمی‌خواهند با استفاده از دستگاه‌های مختلف زنده نگه داشته شوند.

These people would prefer a natural death, and not be kept alive on machines

بعضی دیگر از افراد هم جایی بین دو سر این طیف قرار دارند. ما چه چیزی برای شما اهمیت دارد؟

Other people are somewhere in between. What is important to you?

اهداف شما ممکن است امروز و در وضعیت فعلی سلامتی با روزهای پایانی عمرتان تفاوت داشته باشد.

Your goals may differ today in your current health than at the end of life.

TODAY, IN YOUR CURRENT HEALTH

امروز، در وضعیت فعلی سلامتی

برای نشان دادن حالی که امروز و در شرایط فعلی سلامتی خود دارید، یک گزینه را تیک بزنید.

Check one choice along this line to show how you feel today, in your current health.



اگر مایل هستید، می‌توانید بنویسید که چرا این‌طور می‌خواهید. If you want, you can write why you feel this way.

AT THE END OF LIFE

در روزهای پایانی زندگی

برای نشان دادن حالی که در صورت بیماری شدید و مرگ قریب‌الوقوع خواهید داشت، یک گزینه را تیک بزنید.

Check one choice along this line to show how you would feel if you were so sick that you may die soon.



اگر مایل هستید، می‌توانید بنویسید که چرا این‌طور می‌خواهید. If you want, you can write why you feel this way.

کیفیت زندگی برای هر فرد با دیگری متفاوت است. چه چیزی برای شما اهمیت خواهد داشت؟

Quality of life differs for each person at the end of life. What would be most important to you?

AT THE END OF LIFE

در روزهای پایانی زندگی

بعضی از افراد میلند سختی‌های زیادی را برای به دست آوردن شانس زندگی طولانی‌تر متحمل شوند.
Some people are willing to live through a lot for a chance of living longer.

بعضی دیگر می‌دانند که بعضی چیزها به شدت بر کیفیت زندگی‌شان تاثیرگذار خواهد بود.
Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

- چنین چیزهایی ممکن است باعث شود تا این افراد بخواهند بیشتر بر راحتی تمرکز کنند تا سعی برای زندگی طولانی‌تر تا حد ممکن.
Those things may make them want to focus on comfort rather than trying to live as long as possible.

در روزهای پایانی زندگی، کدام یک از این موارد تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی شما خواهد گذاشت؟

At the end of life, which of these things would be very hard on your quality of life?

هر تعداد گزینه که مایل هستید را علامت بزنید. Check as many as you want.

Being in a coma and not able to wake up or talk to my family and friends

در حالت کما قرار داشتن و عدم توانایی برای بیدار شدن یا صحبت با اعضای خانواده و دوستانم

Not being able to live without being hooked up to machines

نداشتن امکان زندگی بدون وصل بودن به دستگاه‌های مختلف

Not being able to think for myself, such as severe dementia

نداشتن امکان فکر کردن، مثلاً در موارد حاد زوال عقل عدم توانایی برای غذا خوردن، حمام کردن یا مراقبت از خودم

Not being able to feed, bathe, or take care of myself

نداشتن توانایی برای زندگی مستقل، مثلاً زندگی در یک آسایشگاه

Having constant, severe pain or discomfort

داشتن درد یا ناراحتی مداوم و شدید چیزهای دیگر

Something else

یا اینکه، مایلیم همه این سختی‌ها را برای به دست آوردن شانس زندگی طولانی‌تر متحمل شوم.

OR, I am willing to live through all of these things for a chance of living longer.

اگر مایل هستید، می‌توانید بنویسید که چرا این‌طور می‌خواهید. If you want, you can write why you feel this way.

چه تجربه‌هایی در زمینه ابتلا به بیماری سخت یا ابتلای یکی از نزدیکانتان به بیماری سخت یا نظاره‌گر بودن روزهای پایانی عمر و مرگ

و دارید؟ What experiences have you had with serious illness or with someone close to you who was very sick or dying?

- اگر مایل هستید، می‌توانید بنویسید چه چیزهایی خوب پیش رفت و چه چیزهایی خوب پیش نرفت، و چرا.
If you want, you can write down what went well or did not go well, and why.

اگر در حال مرگ بودید، مایلید کجا باشید؟ If you were dying, where would you want to be?

در خانه
at homeدر بیمارستان
in the hospitalهر کدام
eitherمطمئن نیستم
I am not sure

چه چیز دیگری اهمیت خواهد داشت، مثلاً غذا، موسیقی، حیوانات خانگی یا افرادی که دوست دارید نزدیکتان باشند؟

What else would be important, such as food, music, pets, or people you want around you?

How do you balance quality of life with medical care?

چطور بین کیفیت زندگی و مراقبت پزشکی تعادل برقرار می‌کنید؟
گاهی بیماری و درمان‌هایی که برای کمک به زندگی طولانی‌تر افراد مورد استفاده قرار می‌گیرند، می‌توانند باعث درد، عوارض جانبی و عدم توانایی برای مراقبت آنها از خودشان شوند.

Sometimes illness and the treatments used to try to help people live longer can cause pain, side effects, and the inability to care for yourself.

لطفاً پیش از تصمیم‌گیری، کل مطالب این صفحه را مطالعه کنید. Please read this whole page before making a choice.

در روزهای پایانی زندگی، بعضی از افراد مایلند سختی‌های زیادی را برای به دست آوردن شانس زندگی طولانی‌تر متحمل شوند.

AT THE END OF LIFE, some people are willing to live through a lot for a chance of living longer.

بعضی دیگر می‌دانند که بعضی چیزها به شدت بر کیفیت زندگی‌شان تأثیرگذار خواهد بود. درمان‌های حفظ کننده حیات می‌توانند عبارت باشند از CPR، دستگاه تنفس مصنوعی، لوله‌های تغذیه، دیالیز یا انتقال خون.

Other people know that certain things would be very hard on their quality of life. Life support treatment can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, or transfusions.



کنار یک گزینه که بیش از همه با آن موافق هستید، علامت بزنید.

Check the one choice you most agree with.

اگر به قدری بیمار باشید که قرار باشد به زودی از دنیا بروید، کدام را ترجیح می‌دهید؟

If you were so sick that you may die soon, what would you prefer?

امتحان کردن همه درمان‌های حفظ کننده حیات که به نظر پزشکان من ممکن است فایده داشته باشند. می‌خواهم درمان‌های حفظ کننده حیات برای من ادامه داده شوند حتی اگر امید اندکی برای بهتر شدن یا زندگی به شیوه‌ای که برایم ارزشمند است وجود داشته باشد. Try all life support treatments that my doctors think might help. I want to stay on life support treatments even if there is little hope of getting better or living a life I value.

انجام درمان‌های آزمایشی حفظ کننده حیات که به نظر پزشکان من ممکن است فایده داشته باشند. اما، نمی‌خواهم درمان‌های حفظ کننده حیات برای من ادامه پیدا کند، اگر این درمان‌ها مفید نیستند و امید اندکی برای بهتر شدن یا زندگی به شیوه‌ای که برایم ارزشمند است وجود داشته باشد. Do a trial of life support treatments that my doctors think might help. But, I DO NOT want to stay on life support treatments if the treatments do not work and there is little hope of getting better or living a life I value.

من درمان‌های حفظ کننده حیات را نمی‌خواهم، و مایلم بر راحت بودن تمرکز کنم. مرگ طبیعی را ترجیح می‌دهم. I do not want life support treatments, and I want to focus on being comfortable. I prefer to have a natural death.

تأمین‌کنندگان خدمات پزشکی و تصمیم‌گیرنده پزشکی شما باید چه چیز دیگری درباره این انتخاب بدانند؟ یا، چرا این گزینه را

انتخاب کردید؟ What else should your medical providers and decision maker know about this choice? Or, why did you choose this option?

ممکن است پس از مرگتان، از تصمیم‌گیرنده شما درباره اهدای اعضا و کالبدشکافی سوال شود. لطفاً

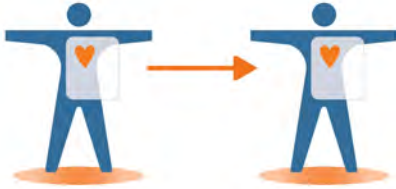
خواسته‌های خود را به ما بگویید. Your decision maker may be asked about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

ORGAN DONATION

اهدای اعضا

بعضی از افراد تصمیم می‌گیرند که اندام‌ها یا اعضای بدن خود را اهدا کنند. Some people decide to donate their organs or body parts.

ترجیح شما چیست؟ What do you prefer?



من می‌خواهم اندام یا اعضای بدنم را اهدا کنم. I want to donate my organs or body parts.

کدام اندام یا اعضای بدن را می‌خواهید اهدا کنید؟ Which organ or body part do you want to donate?

هر کدام از اندام‌ها یا اعضای بدن Any organ or body part

فقط Only

من نمی‌خواهم اندام‌ها یا اعضای بدنم را اهدا کنم. I do not want to donate my organs or body parts.

تامین‌کنندگان خدمات پزشکی و تصمیم‌گیرنده پزشکی شما باید چه چیز دیگری درباره اهدای اندام یا اعضای بدن شما بدانند؟

What else should your medical providers and medical decision maker know about donating your organs or body parts?

AUTOPSY

کالبدشکافی

پس از مرگ، به منظور روشن شدن دلیل مرگ یک فرد، می‌توان کالبدشکافی انجام داد.

An autopsy can be done after death to find out why someone died.

این کار به روش جراحی انجام می‌شود. این کار ممکن است چند روز طول بکشد.

It is done by surgery. It can take a few days.



من می‌خواهم کالبدشکافی انجام شود. I want an autopsy.

من نمی‌خواهم کالبدشکافی انجام شود. I do not want an autopsy.

من فقط وقتی می‌خواهم کالبدشکافی انجام شود که پرسش‌هایی درباره مرگم وجود داشته باشند.

I only want an autopsy if there are questions about my death.

FUNERAL OR BURIAL WISHES

خواسته‌های مربوط به تشییع یا تدفین

تامین‌کنندگان خدمات پزشکی و تصمیم‌گیرنده پزشکی شما باید چه چیز درباره اتفاقی که مایل هستید پس از مرگ برای بدنتان

ببفند، و خواسته‌های مربوط به تشییع یا تدفین شما بدانند؟ What should your medical providers and decision maker know about how you want your body to be treated after you die, and your funeral or burial wishes?

• آیا خواسته‌ای مذهبی یا معنوی دارید؟ Do you have religious or spiritual wishes?

• آیا خواسته‌ای در زمینه تشییع یا تدفین دارید؟ Do you have funeral or burial wishes?



Part 3: Sign the form

امضای فرم

بخش ۳

پیش از اینکه بتوان از این فرم استفاده کرد، شما باید: Before this form can be used, you must:

- اگر ۱۸ سال یا بیشتر سن دارید، این فرم را امضا کنید sign this form if you are 18 years of age or older
- دو شاهد یا یک سردفتر اسناد رسمی داشته باشید که فرم را امضا کنند have two witnesses or a notary sign the form

نام خود را بنویسید و امضا کنید و تاریخ بزنید. Sign your name and write the date.

today's date تاریخ امروز

sign your name نام خود را بنویسید و امضا کنید

date of birth تاریخ تولد

print last name نام خانوادگی خود را یادداشت کنید

print first name نام خود را یادداشت کنید

zip code
زیپ کدstate
ایالت

city شهر

address آدرس

شاهد یا سردفتر اسناد رسمی

Witnesses or Notary

قبیض از اینکه بتوان از این فرم استفاده کرد، باید دو شاهد یا یک سردفتر اسناد رسمی آن را امضا کرده باشد. نقش سردفتر اسناد رسمی این است که اطمینان حاصل کند، خود شما هستید که فرم را امضا می‌کنید.

Before this form can be used, you must have 2 witnesses or a notary sign the form. The job of a notary is to make sure it is you signing the form.

شاهدان شما باید: Your witnesses must:

- ۱۸ سال یا بیشتر سن داشته باشند be 18 years of age or older
- شما را بشناسند know you
- تایید کنند که شما بودید که فرم را امضا کردید agree that it was you that signed this form

شاهدان شما نمی‌توانند: Your witnesses cannot:

- تصمیم‌گیرنده پزشکی شما باشند be your medical decision maker
- تامین‌کننده خدمات درمانی شما باشند be your health care provider
- برای تامین‌کننده خدمات درمانی شما کار کنند work for your health care provider
- در محلی که زندگی می‌کنید مشغول به کار باشند (اگر در آسایشگاه زندگی می‌کنید، به صفحه ۱۵ مراجعه کنید) work at the place that you live (if you live in a nursing home go to page 15)

همچنین، هیچ شاهدی نمی‌تواند: Also, one witness cannot:

- به هیچ شکلی با شما نسبت داشته باشد be related to you in any way
- پس از مرگ شما از نظر مالی منفعت کسب کند (پول یا اموالی به وی برسد) benefit financially (get any money or property) after you die



شاهدان باید اسامی خود را در صفحه ۱۴ نوشته و آن را امضا کنند. اگر شاهدی ندارید، یک سردفتر اسناد رسمی باید صفحه ۱۵ را امضا کند.

Witnesses need to sign their names on page 14. If you do not have witnesses, a notary must sign on page 15.

اطلب من شهودك توقيع أسمائهم وكتابة التاريخ. Have your witnesses sign their names and write the date.

با امضای این فرم، من تعهد می‌دهم که _____ این فرم را امضا کرده است.

فرد نامبرده در صفحه ۱

By signing, I promise that (the person named on page 13) signed this form.

وی در سلامت روانی این فرم را امضا کرده و مجبور به انجام این کار نشده است.
They were thinking clearly and were not forced to sign it.



من همچنین متعهد می‌شود که: I also promise that:

- این فرد را می‌شناسم یا اینکه وی می‌تواند هویت خود را اثبات کند
I know this person or they can prove who they are
- ۱۸ سال یا بیشتر سن دارم
I am 18 years of age or older
- تصمیم‌گیرنده پزشکی این فرد نیستم
I am not their medical decision maker
- تامین‌کننده خدمات درمانی این فرد نیستم
I am not their health care provider
- برای تامین‌کننده خدمات درمانی این فرد کار نمی‌کنم
I do not work for their health care provider
- در محل زندگی این فرد مشغول به کار نیستم
I do not work where they live

یک‌شاهد همچنین باید تعهد دهد که: One witness must also promise that:

- من به واسطه رابطه خونی، ازدواج یا فرزندخواندگی نسبتی با این فرد ندارم
I am not related to them by blood, marriage, or adoption
- پس از مرگ این فرد از نظر مالی منفعت کسب نمی‌کنم (پول یا اموالی به من نمی‌رسد)
I will not benefit financially (get any money or property) after they die

شاهده شماره ۱

نام خود را بنویسید و امضا کنید sign your name

تاریخ بزنید date

نام خود را یادداشت کنید print first name

نام خانوادگی خود را یادداشت کنید print last name

آدرس address

شهر city

ایالت state

زیپ کد
zip code

شاهد شماره ۲

نام خود را بنویسید و امضا کنید sign your name

تاریخ بزنید date

نام خود را یادداشت کنید print first name

نام خانوادگی خود را یادداشت کنید print last name

آدرس address

شهر city

ایالت state

زیپ کد
zip code

کار شما با این فرم هم‌اکنون به اتمام رسید. You are now done with this form.

محتوای این فرم را با اعضای خانواده، دوستان و تامین‌کنندگان خدمات پزشکی خود در میان بگذارید. درباره خواسته‌های پزشکی خود با آنها صحبت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر به آدرس www.prepareforyourcare.org مراجعه کنید

Share this form with your family, friends, and medical providers. Talk with them about your medical wishes. To learn more go to www.prepareforyourcare.org



دفتر اسناد رسمی: این فرم را فقط در صورتی به دفتر اسناد رسمی ببرید که دو شاهد آن را امضا نکرده باشند. یک مدرک شناسایی

Notary Public: Take this form to a notary public ONLY if two witnesses have not signed this form. Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.).

عکس دار همراه داشته باشید (گواهینامه رانندگی، پاسپورت و موارد مشابه)

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

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
Date Here insert name and title of the officer
appeared _____

Names(s) of Signer(s)

who proved to me 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

Description of Attached Document

Title or type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
 Guardian or conservator
 Other _____

(Notary Seal)

فقط مخصوص ساکنین آسایشگاه‌های کالیفرنیا

For California Nursing Home Residents ONLY

فقط در صورتی که در یک آسایشگاه زندگی می‌کنید، این فرم را به مدیر آسایشگاه خود بدهید. مطابق با قوانین کالیفرنیا، ساکنین آسایشگاه‌ها باید دادآور آسایشگاه را به عنوان شاهد خود برای دستورات از پیش تعیین شده معرفی کنند.

Give this form to your nursing home director ONLY if you live in a nursing home. California law requires nursing home residents to have the nursing home ombudsman as a witness of advance directives.

اظهارنامه مدافع یا دادآور بیمار

Statement of the patient advocate or ombudsman

*من با عنایت به قانون مجازات و جرایم شهادت کذب کالیفرنیا، اعلام می‌کنم که از سوی سازمان امور سالمندان به عنوان مدافع یا دادآور بیمار انتخاب شدم و مطابق با بند

۴۶۷۵ از قانون امور حسبی* به عنوان شاهد عمل می‌کنم.

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 بزنید date

نام خود را بنویسید و امضا کنید sign your name

نام خانوادگی خود را یادداشت کنید print last name

نام خود را یادداشت کنید print first name

زیپ کد
zip code

ایالت state

شهر city

آدرس address

حق نشر محفوظ است © هیئت امنای دانشگاه کالیفرنیا، ۲۰۱۶ کلیه حقوق محفوظ است. اصلاح شده در سال ۲۰۲۱. بازتولید این فرم به هیچ شکلی برای مقاصد تجاری یا افزودن یا اصلاح این فرم به هیچ صورتی بدون مجوز مورد توافق و اجازه کتبی از سوی هیئت امنای برای هیچ فردی مجاز نیست. هیئت امنای هیچ‌گونه تعهد و تضمینی در قبال این فرم ندارد. برای کسب اطلاعات بیشتر و آگاهی از مقررات استفاده از فرم، به آدرس www.prepareforyourcare.org مراجعه کنید.

Copyright © The Regents of the University of California, 2016. All rights reserved. Revised 2021. No one may reproduce this form by any means for commercial purposes or add to or modify this form in anyway without a licensing agreement and written permission from the Regents. The Regents makes no warranties about this form. To learn more about this and the terms of use, go to www.prepareforyourcare.org

