د روغتیا پاملرنې لپاره د اوریګون پرمختللی لارښود

# دا پرمختللی لارښود فارم تاسو ته اجازه درکوي چې:

* د روغتیا پاملرنې لپاره خپل ارزښتونه، باورونه، اهداف او هیلې شریکی کړئ که تاسو پخپله د دې څرګندولو توان نه لرئ.
* د خپل روغتیا پاملرنې پریکړې کولو لپاره د یو کس نوم وټاکئ که تاسو نشئ کولی دا د ځان لپاره وکړئ. دا شخص ستاسو د روغتیا پاملرنې استازی بلل کیږي او دوي باېد په دې رول کې د عمل کولو موافقه وکړي.

**ډاډ ترلاسه کړئ چې خپل د پرمختللی لارښوونې او ستاسو هیلو په اړه خپل د روغتیا پاملرنې استازي سره خبرې وکړئ.** دا به دوي ته اجازه ورکړي چې داسې پریکړې وکړي چې ستاسو هیلې منعکس کوي. دا سپارښتنه کیږي چې تاسو دا ټوله فورمه ډکه کړئ.

# د روغتیا پاملرنې لپاره د اوریګون پرمختللي لارښود فورمې او د اوریګون پرمختللی لارښوونې لپاره ستاسو لارښود د اوریګون روغتیا ادارې ویب پاڼه کې شتون لري.

* + په 1، 2، 5، 6 او 7 برخو کې تاسو د روغتیا پاملرنې استازی ټاکئ.
	+ په 3 او 4 برخو کې تاسو د خپلې پاملرنې په اړه لارښوونې وړاندې کوئ.

**د پرمختللی لارښوونې فورمه تاسو ته اجازه درکوي چې د روغتیا پاملرنې لپاره خپل غوره توبونه څرګند کړئ.** دا د ژوند دوامداره درملنې (POLST) لپاره د وړلو وړ ېا پورټ اېبل امرونو په څیر ندي لکه څنګه چې په ORS 127.663 کې تعریف شوي. تاسو کولی شئ د POLST په اړه نور معلومات د اوریګون پرمختللی لارښود ته ستاسو په لارښود کې ومومئ.

**دا فورمه کیدای شي په اوریګون کې د یو کس د انتخابولو لپاره وکارول شي چې ستاسو لپاره د روغتیا پاملرنې پریکړې وکړي که چیرې تاسو ډیر ناروغه یاست چې د ځان لپاره خبرې وکړئ** یا د دې توان نلري چې خپلي روغتیايي پریکړې وکړي. هغه شخص ته د روغتیایی پاملرنې استازی ویل کیږي. که تاسو د روغتیا پاملرنې اغیزمن استازی ټاکنه نلرئ او تاسو دومره ډیر ناروغ شئ چې د ځان لپاره خبرې ونشئ کړی، د ORS 127.635 (2) کې د لومړیتوب په ترتیب سره به ستاسو لپاره د روغتیا پاملرنې استازی وټاکل شي او دا شخص یوازې کولی شي پریکړه وکړي چې د ژوند پایښت درملنې مخه ونیسي یا بیرته واخلي که تاسو د ORS127.635(1) کې ټاکل شوي شرایطو څخه یو پوره کړئ.

# دا فورمه تاسو ته اجازه درکوي چې د روغتیا پاملرنې پریکړو او د روغتیا پاملرنې لپاره ستاسو غوره توبونو ته په پام سره خپل ارزښتونه او باورونه څرګند کړئ.

**که تاسو په تیرو وختونو کې یو پرمختللی لارښود بشپړ کړی وي، نو دا نوی پرمختللی لارښود به د پخوانی لارښود ځای ونیسي.**

**تاسو باید دا فورمه د دې لپاره لاسلیک کړئ چې د اجرا وړ وي.** تاسو باید د دوه شاهدانو یا یو محرر لخوا شاهدي هم ولرئ. ستاسو د روغتیایی پاملرنې استازی ټاکل تر هغه وخته پورې اغیزمن نه دی چې د روغتیایی پاملرنې استازی ګمارنه ومنی.

**که ستاسو پرمختللی لارښوونو کې د ژوند ملاتړ لیرې کول یا ټیوب تغذیه په اړه لارښوونې شاملې وي،** تاسو کولی شئ خپل پرمختللی لارښونه په هر وخت او هر ډول یا طریقه رد کړئ چې ستاسو د لغوه کولو هیله څرګندوي.

**په نورو ټولو قضیو کې،** تاسو کولی شئ په هر وخت او هر ډول خپل پرمختللی لارښوونې لغوه کړئ تر هغه چې تاسو د روغتیایي پریکړو کولو توان لرئ.

**د پرمختللی لارښود فورمه**

|  |
| --- |
| **1. زما په اړه** |
| نوم (لومړی، منځنی، وروستی):      | د زیږون نیټه:      |
| د تلیفون شمیرې: کور      | کار      | مبایل      |
| آدرس:      | برښنالیک:      |

|  |
| --- |
| **2. زما د روغتیا پاملرنې استازی** |
| زه لاندې شخص زما د روغتیا پاملرنې نماینده په توګه غوره کوم چې زما لپاره د روغتیا پاملرنې پریکړې وکړي که زه د ځان لپاره خبرې نشم کولی. |
| نوم (لومړی، منځنی، وروستی):      | اړیکه:      |
| د تلیفون شمیرې: کور      | کار      | مبایل      |
| آدرس:      | برښنالیک:      |

زه لاندې خلک غوره کوم چې زما د روغتیا پاملرنې بدیل استازی وي که زما لومړی انتخاب زما لپاره د روغتیا پاملرنې پریکړې کولو لپاره شتون ونلري، یا که زه د لومړي روغتیا پاملرنې استازي ګمارنه لغوه کړم.

|  |
| --- |
| **د روغتیا پاملرنې لومړی بدیل استازی** |
| نوم (لومړی، منځنی، وروستی):      | اړیکه:      |
| د تلیفون شمیرې: کور      | کار      | مبایل      |
| آدرس:      | برښنالیک:      |

|  |
| --- |
| **د روغتیا پاملرنې دوهم بدیل استازی** |
| نوم (لومړی، منځنی، وروستی):      | اړیکه:      |
| د تلیفون شمیرې: کور      | کار      | مبایل      |
| آدرس:      | برښنالیک:      |

|  |
| --- |
| **3. زما د روغتیا پاملرنې لارښوونې**دا برخه ستاسو لپاره هغه ځای دی چې د پاملرنې لپاره خپلې هیلې، ارزښتونه او اهداف بیان کړئ. ستاسو لارښوونې ستاسو د روغتیا پاملرنې استازي او د روغتیا پاملرنې چمتو کونکو لپاره لارښود چمتو کوي.تاسو کولی شئ د لاندې انتخابونو سره ستاسو د پاملرنې په اړه لارښود چمتو کړئ. پدې صورت کې حتی که تاسو د روغتیا پاملرنې استازی غوره نکړئ یا که دوی د لاسرسي وړ نه وي. |

# A. زما د روغتیا پاملرنې پریکړې

ستاسو د هیلو څرګندولو لپاره لاندې درې حالتونه شتون لري. دا به تاسو سره د ژوند ملاتړ د پریکړو په اړه فکر کولو کې مرسته وکړي چې ستاسو د روغتیا پاملرنې استازی ورسره مخ کیدی شي. د هر یو لپاره، یو انتخاب غوره کړئ چې ستاسو د هیلو سره خورا نږدې وي.

# وخیم حالت

دا هغه څه دي چې زه یې غواړم که:

* زه یوه ناروغي ولرم چې درملنه یا بیرته شاتګ پکې شونی نه وي

# او

* زما د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي په دې باور وي چې دا به په شپږو میاشتو کې دننه زما د مړینې لامل شي، پرته له دې چې هر ډول درملنه وشي.

|  |
| --- |
| **یوازې یو اختیار وټاکئ** |
|  |       | زه غواړم د خپل ژوند د دوام لپاره ټولو موجودو درملنو هڅه وکړم، لکه مصنوعي تغذیه او د تغذیې ټیوبونو سره هایډریشن، IV مایعات، د پښتورګو ډایلیسز او د تنفس ماشینونه. |
|  |       | زه غواړم هڅه وکړم چې خپل ژوند د مصنوعي تغذیې او د تغذیې ټیوبونو او IV مایعاتو سره هایډریشن سره تامین کړم. زه نورې درملنې نه غواړم چې زما ژوند ته دوام ورکړي، لکه د پښتورګو ډایلیسس او د تنفس ماشین. |
|  |       | زه نه غواړم چې درملنې زما ژوند ته دوام ورکړي، لکه مصنوعي تغذیه او د تغذیې ټیوبونو سره هایډریشن، IV مایعات، د پښتورګو ډایلیسز یا د تنفس ماشینونه. زه غواړم آرام اوسم او پریښودل شم چې په طبیعي توګه مړ شم. |
|  |       | زه غواړم زما د روغتیا پاملرنې استازی زما لپاره پریکړه وکړي، وروسته له دې چې زما د روغتیا پاملرنې چمتو کونکو سره خبرې وکړي او هغه شیان په پام کې ونیسي چې زما لپاره مهم دي. ما په لاندې B برخه کې زما لپاره څه اهمیت لري څرګند کړي. |

# پرمختللې مخ پرودې ناروغۍ

دا هغه څه دي چې زه یې غواړم که:

* زه یوه ناروغي لرم چې په پرمختللي مرحله کې ده.

# او

* زما د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي پدې باور دي چې دا به ښه نشي او په ډیر احتمال به د وخت په تیریدو سره خراب شي او پایله به یې د مړینې لامل شي.

# او

* زما د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي پدې باور دي چې زه به هیڅکله ونه توانیږم چې:

» خبرې وکړم

» په خوندي توګه خواړه او اوبه تیري کړم

» د خپل ځان ساتنه وکړم

» زما کورنۍ او نور خلک وپیژنم

|  |
| --- |
| **یوازې یو اختیار وټاکئ** |
|  |       | زه غواړم د خپل ژوند د دوام لپاره ټولو موجودو درملنو هڅه وکړم، لکه مصنوعي تغذیه او د تغذیې ټیوبونو سره هایډریشن، IV مایعات، د پښتورګو ډایلیسز او د تنفس ماشینونه. |
|  |       | زه غواړم هڅه وکړم چې خپل ژوند د مصنوعي تغذیې او د تغذیې ټیوبونو او IV مایعاتو سره هایډریشن سره تامین کړم. زه نورې درملنې نه غواړم چې زما ژوند ته دوام ورکړي، لکه د پښتورګو ډایلیسس او د تنفس ماشین. |
|  |       | زه نه غواړم چې درملنې زما ژوند ته دوام ورکړي، لکه مصنوعي تغذیه او د تغذیې ټیوبونو سره هایډریشن، IV مایعات، د پښتورګو ډایلیسز یا د تنفس ماشینونه. زه غواړم آرام اوسم او پریښودل شم چې په طبیعي توګه مړ شم. |
|  |       | زه غواړم زما د روغتیا پاملرنې استازی زما لپاره پریکړه وکړي، وروسته له دې چې زما د روغتیا پاملرنې چمتو کونکو سره خبرې وکړي او هغه شیان په پام کې ونیسي چې زما لپاره مهم دي. ما په لاندې B برخه کې زما لپاره څه اهمیت لري څرګند کړي. |

# د تل لپاره بې هوښه

دا هغه څه دي چې زه یې غواړم که:

* زه په هوش کې نه یم.

# او

* که زما د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي پدې باور وي چې دا خورا امکان نلري چې زه به بیا هم په هوش کي شم.

|  |
| --- |
| **یوازې یو اختیار وټاکئ** |
|  |       | زه غواړم د خپل ژوند د دوام لپاره ټولو موجودو درملنو هڅه وکړم، لکه مصنوعي تغذیه او د تغذیې ټیوبونو سره هایډریشن، IV مایعات، د پښتورګو ډایلیسز او د تنفس ماشینونه. |
|  |       | زه غواړم هڅه وکړم چې خپل ژوند د مصنوعي تغذیې او د تغذیې ټیوبونو او IV مایعاتو سره هایډریشن سره تامین کړم. زه نورې درملنې نه غواړم چې زما ژوند ته دوام ورکړي، لکه د پښتورګو ډایلیسس او د تنفس ماشین. |
|  |       | زه نه غواړم چې درملنې زما ژوند ته دوام ورکړي، لکه مصنوعي تغذیه او د تغذیې ټیوبونو سره هایډریشن، IV مایعات، د پښتورګو ډایلیسز یا د تنفس ماشینونه. زه غواړم آرام اوسم او پریښودل شم چې په طبیعي توګه مړ شم. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |       | زه غواړم زما د روغتیا پاملرنې استازی زما لپاره پریکړه وکړي، وروسته له دې چې زما د روغتیا پاملرنې چمتو کونکو سره خبرې وکړي او هغه شیان په پام کې ونیسي چې زما لپاره مهم دي. ما په لاندې B برخه کې زما لپاره څه اهمیت لري څرګند کړي. |
| تاسو کولی شئ لاندې ځای کې ولیکئ یا پاڼې ضمیمه کړئ ترڅو د دې په اړه نور څه ووایاست چې تاسو څه ډول پاملرنه غواړئ یا نه غواړئ.      |
| B**. هغه څه چې ما ته او زما لپاره خورا مهم دي**دا برخه یوازې هغه وخت پلي کیږي کله چې تاسو په وخیم حالت کې یاست، پرمختللې ناروغۍ ولرئ یا د تل لپاره بې هوښه یاست. که تاسو غواړئ چې دا برخه وکاروئ، تاسو کولی شئ هغه شیان ولیکئ چې تاسو او ستاسو لپاره واقعیا مهم دي. دا به ستاسو د روغتیا پاملرنې استازی سره مرسته وکړي. |
| دا هغه څه دي چې تاسو باید د هغه څه په اړه پوه شئ چې زما په ژوند کې زما لپاره مهم دي:      |
| دا هغه څه دي چې زه یې د خپل ژوند په اړه ورته خورا ارزښت ورکوم:      |
| دا هغه څه دي چې زما لپاره زما په ژوند کې مهم دي:      |

|  |
| --- |
| زه د ژوند دوامدارې کړنلارې نه غواړم که زما ملاتړ ونه شي او په لاندې لارو کې ښکیل شم:**ټول هغه څه چې پلي کیږي په نښه کړئ** |
|  |       | زما اړتیاوې بیان کړم |
|       | د اوږدمهاله سخت درد او کړاو څخه خلاص اوسم |
|       | پوهیږم چې زه څوک یم او له چا سره یم |
|       | پرته له دې چې د میخانیکي ژوند ملاتړ پورې تړلی اوسم ژوند وکړم |
|       | په هغو فعالیتونو کې برخه واخلم چې زما لپاره معنی لري، لکه:       |
|  |
|  | که تاسو غواړئ نور څه ووایاست ترڅو ستاسو د روغتیا پاملرنې استازي سره مرسته وکړي پوهه شي چې تاسو ته څه مهم دي، دلته یې ولیکئ. (د مثال په توګه: زه پاملرنه نه غواړم که پایله یې دا وي ...)      |
|  |

|  |
| --- |
| **C. زما روحاني عقیدې**ایا تاسو روحاني یا مذهبي عقیدې لرئ تاسو غواړئ ستاسو د روغتیا پاملرنې استازی او هغه څوک چې ستاسو پاملرنه کوي په اړه یې پوهه شي؟ دا کیدی شي رسمونه، مقدسات، د وینې د محصول لیږد څخه انکار او نور ډیر څه وي. |
| تاسو کولی شئ لاندې ځای کې ولیکئ یا پاڼې ضمیمه کړئ ترڅو ستاسو د روحاني یا مذهبي عقیدې په اړه نور معلومات ووایی.      |
| **4. نور معلومات**د دې برخې څخه کار واخلئ که تاسو غواړئ چې ستاسو د روغتیا پاملرنې استازی او د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي ستاسو په اړه نور معلومات ولري. |
| **A. ژوند او ارزښتونه**لاندې تاسو د خپل ژوند او ارزښتونو په اړه شریکولی شئ. دا کولی شي ستاسو د روغتیا پاملرنې استازي او د روغتیا پاملرنې چمتو کونکو سره ستاسو د روغتیا پاملرنې په اړه پریکړې کولو کې مرسته وکړي. پدې کې کیدای شي د کورنۍ تاریخ، د روغتیا پاملرنې تجربې، کلتوري شالید، مسلک، د ټولنیز ملاتړ سیسټم او نور ډیر څه شامل وي.تاسو کولی شئ لاندې ځای کې ولیکئ یا پاڼې ضمیمه کړئ ترڅو ستاسو د ژوند، باورونو او ارزښتونو په اړه نور څه ووایی.      |
| **B. د پاملرنې ځای**که چیرې پدې اړه انتخاب وي چې تاسو چیرته پاملرنه ترلاسه کوئ، تاسو څه ته ترجیح ورکوئ؟ ایا داسې ځایونه شته چې تاسو یې غواړئ یا نه غواړئ چې پاملرنه پکې ترلاسه کړئ؟ (د مثال په توګه، یو روغتون، د نرسنګ کور، د رواني روغتیا مرکز، د بالغ پالنې کور، د ژوند کولو سره مرسته، ستاسو کور.)تاسو کولی شئ لاندې ځای کې ولیکئ یا پاڼې ضمیمه کړئ ترڅو د دې په اړه نور څه ووایاست چې تاسو چیرته د پاملرنې ترلاسه کولو یا د پاملرنې نه ترلاسه کولو ته ترجیح ورکوئ. |
| **C. نور**تاسو کولی شئ د دې فورمې سره نور اسناد ضمیمه کړئ چې تاسو فکر کوئ ستاسو د روغتیا پاملرنې استازي او د روغتیا پاملرنې چمتو کونکو لپاره به ګټور وي. هغه څه چې تاسو یې ضمیمه کوئ ستاسو د پرمختللي لارښود برخه به وي.تاسو کولی شئ هغه اسناد لیست کړئ چې تاسو په لاندې ځای کې ضمیمه کړي دي.      |
| **D. نورو ته خبر ورکړئ**تاسو کولی شئ خپل د روغتیا پاملرنې استازي ته اجازه ورکړئ چې ستاسو د روغتیا پاملرنې چمتو کونکو ته اجازه ورکړي تر هغه حده چې د ایالت او فدرالي محرمیت قانون لخوا اجازه ورکړل شوې ترڅو ستاسو د روغتیا وضعیت او پاملرنې په اړه د خلکو سره خبرې وکړي چې تاسو یې لاندې لیکئ. یوازې ستاسو د روغتیا پاملرنې استازی کولی شي ستاسو د پاملرنې په اړه پریکړې وکړي. |
| نوم (لومړی، منځنی، وروستی):      | اړیکه:      |
| د تلیفون شمیرې: کور      | کار      | مبایل      |
| آدرس:      | برښنالیک:      |

|  |
| --- |
| **5. زما لاسلیک** |
|  |  |       |
| زما لاسلیک | نیټه |
| **6. شاهد** |
| کله چې تاسو لاسلیک کوئ A یا B بشپړ کړئ |

|  |
| --- |
| **A. محرر** |
| ایالت د        |  |
| کاونټي د        |  |
| زما په وړاندې لاسلیک شوی یا تصدیق شوی |  | لخوا |  |
| نیټه |  |
|  |
| د اوریګون ایالت عامه محرر |
| **B. د شاهد اعلامیه** |
| هغه شخص چې دا فورمه یي ډکه کړي زه یې په شخصي توګه پیژنم یا د هویت ثبوت یې وړاندې کړی، زما په حضور کې یې په سند کې د شخص لاسلیک کړی یا یې منلی او داسې ښکاري چې د فشار لاندې نه وي او د دې فورمې په هدف او اغیز باندې پوهه دی. برسېره پردې، زه د شخص د روغتیا پاملرنې استازی یا د روغتیایی پاملرنې بدیل استازی نه یم، او زه د هغه شخص د روغتیا پاملرنې برحاله چمتو کوونکی نه یم. |
|  |  |       |
| د شاهد نوم (ولیکئ) |
| لاسلیک | نیټه |
| د شاهد نوم (ولیکئ) |       |
| لاسلیک | نیټه |

|  |
| --- |
| **7. زما د روغتیا پاملرنې استازي لخوا منل** |
| زه دا ګمارنه منم او موافق یم چې د روغتیا پاملرنې استازی په توګه خدمت وکړم. |
| **د روغتیا پاملرنې استازی:** |  |  |
|  |  |  |
| لیکل شوی نوم |
|  |  |       |
| لاسلیک یا د منلو نور تایید | نیټه |
| **د روغتیاپاملرنې لومړی بدیل استازی:** |  |  |
| لیکل شوی نوم |
|  |  |       |
| لاسلیک یا د منلو نور تایید | نیټه |
| **د روغتیا پاملرنې دوهم بدیل استازی:** |  |  |
| لیکل شوی نوم |
|  |  |       |
| لاسلیک یا د منلو نور تایید | نیټه |

**اسنادو ته لاسرسی:** د هغه افرادو لپاره چې معیوبیت لري یا هغه افراد چې د انګلیسي پرته په کومه بله ژبه غږیږي، د هغوی لپاره OHA کولی شي معلومات به بدیلو بڼو وړاندې کړي لکه نورو ژبو ته ژباړه، غټ چاپ، یا بریل. د روغتیا معلوماتو مرکز سره په 1-971-673-2411، 711 TTY یا COVID19.LanguageAccess@dhsoha.state.or.us. اړیکه ونیسئ.