

## د روغتیا پاملرنې لپاره د اوریگون پرمختللی لارښود

دا پرمختللی لارښود فارم تاسو ته اجازه درکوي چې:

- د روغتیا پاملرنې لپاره خپل ارزښتونه، باورونه، اهداف او هیلې شریکې کړئ که تاسو پخپله د دې څرگندولو 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 استازې بلل کیري او دوي باید په دې رول کې د عمل کولو موافقه وکړي.
- دا 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 هیلی منعکس کوي. دا سپارښتنه کیري چې تاسو دا ټوله فورمه ډکه کړئ.

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

▪ په 1، 2، 5، 6 او 7 برخو کې تاسو د روغتیا پاملرنې استازې 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 توپونه څرگند کړئ. دا د ژوند دوامداره درملنې (POLST) لپاره د وړلو وړ با پورټ اېبل امرنو په څیر ندي لکه څنگه چې په ORS 127.663 کې تعریف شوي. تاسو کولی شئ د POLST په اړه نور معلومات د اوریگون پرمختللی لارښود ته ستاسو په لارښود کې ومومئ.

دا فورمه کیدای شي په اوریگون 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 خپلې روغتیا پریکړې وکړي. هغه شخص ته د روغتیا پاملرنې استازې ویل کیري. که تاسو د روغتیا پاملرنې اغیزمن استازې ټاکنه نلرئ او تاسو دومره ډیر ناروغ شئ چې د ځان لپاره خبرې ونشئ کړئ، د (2) ORS 127.635 کې د لومړیتوب په ترتیب سره به ستاسو لپاره د روغتیا پاملرنې استازې وټاکل شي او دا شخص یوازې کولی شي پریکړه وکړي چې د ژوند پایښت درملنې مخه ونیسي یا بیرته واخلي که تاسو د (1) ORS 127.635 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 توپونو ته په پام سره خپل ارزښتونه او باورونه څرگند 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 روغتیايي پاملرني استازی ټاکل تر هغه وخته پوري اغیزمن نه دی چې د روغتیايي پاملرني استازی گمارنه ومنی. که ستاسو پرمختللی لارښوونو کې د ژوند ملاتړ لیرې کول یا تیوب تغذیه په اړه لارښوونې شاملې وي، تاسو کولی شئ خپل پرمختللی لارښوونه په هر وخت او هر ډول یا طریقه رد کړئ چې ستاسو د لغوه کولو هیله څرگندوي. په نورو ټولو قضیو کې، تاسو کولی شئ په هر وخت او هر ډول خپل پرمختللی لارښوونې لغوه کړئ تر هغه چې تاسو د روغتیايي پریکړو کولو توان لرئ.

## د پرمختللی لارښود فورمه

<b>1. زما په اړه</b>		
د زیرون نیته:	نوم (لومړی، منځنی، وروستی):	
مبایل	کار	د تلیفون شمیرې: کور
برښنالیک:	آدرس:	

<b>2. زما د روغتیا پاملرني استازی</b>		
زه لاندې شخص زما د روغتیا پاملرني نماینده په توگه غوره کوم چې زما لپاره د روغتیا پاملرني پریکړې وکړي که زه د ځان لپاره خبرې نشم کولی.		
اړیکه:	نوم (لومړی، منځنی، وروستی):	
مبایل	کار	د تلیفون شمیرې: کور
برښنالیک:	آدرس:	

زه لاندې خلک غوره کوم چې زما د روغتيا پاملرني بديل استازی وي که زما لومړی انتخاب زما لپاره د روغتيا پاملرني پريکړې کولو لپاره شتون ونلري، يا که زه د لومړي روغتيا پاملرني استازي گمارنه لغوه کړم.

د روغتيا پاملرني لومړی بديل استازی		
نوم (لومړی، منځنی، وروستی):	اړیکه:	
د تليفون شميرې: کور	کار	مبايل
آدرس:	برېښنالیک:	

د روغتيا پاملرني دوهم بديل استازی		
نوم (لومړی، منځنی، وروستی):	اړیکه:	
د تليفون شميرې: کور	کار	مبايل
آدرس:	برېښنالیک:	

### 3. زما د روغتيا پاملرني لارښوونې

دا برخه ستاسو لپاره هغه ځای دی چې د پاملرني لپاره خپلې هيلې، ارزښتونه او اهداف بيان کړئ. ستاسو لارښوونې ستاسو د روغتيا پاملرني استازي او د روغتيا پاملرني چمتو کونکو لپاره لارښود چمتو کوي.

تاسو کولی شئ د لاندې انتخابونو سره ستاسو د پاملرني په اړه لارښود چمتو کړئ. پدې صورت کې حتی که تاسو د روغتيا پاملرني استازی غوره نکړئ يا که دوی د لاسرسي وړ نه وي.

#### A. زما د روغتيا پاملرني پريکړې

ستاسو د هيلو څرگندولو لپاره لاندې درې حالتونه شتون لري. دا به تاسو سره د ژوند ملاتړ د پريکړو په اړه فکر کولو کې مرسته وکړي چې ستاسو د روغتيا پاملرني استازی ورسره مخ کېدئ شي. د هر يو لپاره، يو انتخاب غوره کړئ چې ستاسو د هيلو سره خورا نږدې وي.

## a. وخیم حالت

دا هغه څه دي چې زه یې غواړم که:

- زه یوه ناروغي ولرم چې درملنه یا بیرته شاتګ پکې شونې نه وي  
او

- زما د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي په دې باور وي چې دا به په شپږو میاشتو کې دننه زما د مریني 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 ډایلیسز 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.

## b. پرمختللي مخ پر ودې ناروغي

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 مریني لامل شي.  
او

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

« خبرې وکړم

« په خوندي توګه خواره او اوبه تیري کړم

« د خپل ځان ساتنه وکړم

« زما کورنۍ او نور خلک وپیژنم

يوازې يو اختيار وټاکئ

_____	زه غواړم د خپل ژوند د دوام لپاره ټولو موجودو درملنو هڅه وکړم، لکه مصنوعي تغذيه او د تغذيي ټيوبونو سره هايډريشن، IV مايعات، د پښتورگو ډايليسز او د تنفس ماشينونه.
_____	زه غواړم هڅه وکړم چې خپل ژوند د مصنوعي تغذيي او د تغذيي ټيوبونو او IV مايعاتو سره هايډريشن سره تامين کړم. زه نورې درملنې نه غواړم چې زما ژوند ته دوام ورکړي، لکه د پښتورگو ډايليسز او د تنفس ماشين.
_____	زه نه غواړم چې درملنې زما ژوند ته دوام ورکړي، لکه مصنوعي تغذيه او د تغذيي ټيوبونو سره هايډريشن، IV مايعات، د پښتورگو ډايليسز يا د تنفس ماشينونه. زه غواړم آرام اوسم او پرېښودل شم چې په طبيعي توگه مړ شم.
_____	زه غواړم زما د روغتيا پاملرنې استازي زما لپاره پريکړه وکړي، وروسته له دې چې زما د روغتيا پاملرنې چمتو کونکو سره خبرې وکړي او هغه شيان په پام کې ونيسي چې زما لپاره مهم دي. ما په لاندې B برخه کې زما لپاره څه اهميت لري څرگند کړي.

c. د تل لپاره بې هوښه

دا هغه څه دي چې زه بې غواړم که:

- زه په هوش کې نه يم.
- او

- که زما د روغتيا پاملرنې چمتو کونکي پدې باور وي چې دا خورا امکان نلري چې زه به بيا هم په هوش کې شم.

يوازې يو اختيار وټاکئ

_____	زه غواړم د خپل ژوند د دوام لپاره ټولو موجودو درملنو هڅه وکړم، لکه مصنوعي تغذيه او د تغذيي ټيوبونو سره هايډريشن، IV مايعات، د پښتورگو ډايليسز او د تنفس ماشينونه.
_____	زه غواړم هڅه وکړم چې خپل ژوند د مصنوعي تغذيي او د تغذيي ټيوبونو او IV مايعاتو سره هايډريشن سره تامين کړم. زه نورې درملنې نه غواړم چې زما ژوند ته دوام ورکړي، لکه د پښتورگو ډايليسز او د تنفس ماشين.
_____	زه نه غواړم چې درملنې زما ژوند ته دوام ورکړي، لکه مصنوعي تغذيه او د تغذيي ټيوبونو سره هايډريشن، IV مايعات، د پښتورگو ډايليسز يا د تنفس ماشينونه. زه غواړم آرام اوسم او پرېښودل شم چې په طبيعي توگه مړ شم.

\_\_\_\_\_ زه غواړم زما د روغتيا پاملرني استازى زما لپاره پريكړه وكړي، وروسته له دې چې زما د روغتيا پاملرني چمتو كونكو سره خبرې وكړي او هغه شيان په پام كې ونيسي چې زما لپاره مهم دي. ما په لاندې B برخه كې زما لپاره څه اهميت لري څرگند كړي.

تاسو كولى شئ لاندې ځاى كې وليكئ يا پاني ضميمه كړئ ترڅو د دې په اړه نور څه وواياست چې تاسو څه ډول پاملرنه غواړئ يا نه غواړئ.

### **B. هغه څه چې ما ته او زما لپاره خورا مهم دي**

دا برخه يوازې هغه وخت پلي كيږي كله چې تاسو په وخيم حالت كې ياست، پرمختللي ناروغى ولرئ يا د تل لپاره بې هوښه ياست. كه تاسو غواړئ چې دا برخه وكاروئ، تاسو كولى شئ هغه شيان وليكئ چې تاسو او ستاسو لپاره واقعي مهم دي. دا به ستاسو د روغتيا پاملرني استازى سره مرسته وكړي.

دا هغه څه دي چې تاسو بايد د هغه څه په اړه پوه شئ چې زما په ژوند كې زما لپاره مهم دي:

دا هغه څه دي چې زه يې د خپل ژوند په اړه ورته خورا ارزښت وركوم:

دا هغه څه دي چې زما لپاره زما په ژوند كې مهم دي:

زه د ژوند دوامدارې کړنلارې نه غواړم که زما ملاتړ ونه شي او په لاندې لارو کې بشکيل شم:  
ټول هغه څه چې پلي کېږي په نښه کړئ

\_\_\_\_\_ زما اړتياوې بيان کړم

\_\_\_\_\_ د اوږدمهاله سخت درد او کړاو څخه خلاص اوسم

\_\_\_\_\_ پوهېږم چې زه څوک يم او له چا سره يم

\_\_\_\_\_ پرته له دې چې د ميخانيکي ژوند ملاتړ پورې تړلی اوسم ژوند وکړم

\_\_\_\_\_ په هغو فعاليتونو کې برخه واخلم چې زما لپاره معنی لري، لکه:

که تاسو غواړئ نور څه ووايست ترڅو ستاسو د روغتيا پاملرني استازي سره مرسته وکړي پوهه شي چې تاسو ته څه مهم دي، دلته يې وليکئ. (د مثال په توګه: زه پاملرنه نه غواړم که پايله يې دا وي ...)

### C. زما روحاني عقيدې

ايا تاسو روحاني يا مذهبي عقيدې لري تاسو غواړئ ستاسو د روغتيا پاملرنې استازي او هغه څوك چې ستاسو پاملرنه كوي په اړه يې پوهه شي؟ دا كيدى شي رسمونه، مقدسات، د ويني د محصول ليرد څخه انكار او نور ډير څه وي.

تاسو كولى شئ لاندې ځاى كې وليكئ يا پانې ضميمه كړئ ترڅو ستاسو د روحاني يا مذهبي عقيدې په اړه نور معلومات ووايي.

### 4. نور معلومات

د دې برخې څخه كار واخلي كه تاسو غواړئ چې ستاسو د روغتيا پاملرنې استازي او د روغتيا پاملرنې چمتو كونكي ستاسو په اړه نور معلومات ولري.

#### A. ژوند او ارزښتونه

لاندې تاسو د خپل ژوند او ارزښتونو په اړه شريكولى شئ. دا كولى شي ستاسو د روغتيا پاملرنې استازي او د روغتيا پاملرنې چمتو كونكو سره ستاسو د روغتيا پاملرنې په اړه پريكړې كولو كې مرسته وكړي. پدې كې كيداى شي د كورنۍ تاريخ، د روغتيا پاملرنې تجربې، كلتوري شاليد، مسلك، د ټولنيز ملاتړ سيستم او نور ډير څه شامل وي.

تاسو كولى شئ لاندې ځاى كې وليكئ يا پانې ضميمه كړئ ترڅو ستاسو د ژوند، باورونو او ارزښتونو په اړه نور څه ووايي.

#### B. د پاملرنې ځاى

كه چيرې پدې اړه انتخاب وي چې تاسو چيرته پاملرنه ترلاسه كوئ، تاسو څه ته ترجيح وركوئ؟ ايا داسې ځايونه شته چې تاسو يې غواړئ يا نه غواړئ چې پاملرنه پكې ترلاسه كړئ؟ (د مثال په توگه، يو روغتون، د نرسنگ كور، د رواني روغتيا مركز، د بالغ پالنې كور، د ژوند كولو سره مرسته، ستاسو كور.)

تاسو كولى شئ لاندې ځاى كې وليكئ يا پانې ضميمه كړئ ترڅو د دې په اړه نور څه ووايست چې تاسو چيرته د پاملرنې ترلاسه كولو يا د پاملرنې نه ترلاسه كولو ته ترجيح وركوئ.



**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 کتور 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 شوی ترڅو ستاسو د روغتیا وضعیت او پاملرنې په اړه د خلکو سره خبرې وکړي چې تاسو یې لاندې لیکئ. یوازې ستاسو د روغتیا پاملرنې استازي کولی شي ستاسو د پاملرنې په اړه پریکړې وکړي.

نوم (لومړی، منځنی، وروستی):	اړیکه:
د تلیفون شمیرې: کور	کار
آدرس:	مبایل
	برښنالیک:

**5. زما لاسلیک**

زما لاسلیک

نښه

**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 اوریگون ایالت عامه محرر

**B. د شاهد اعلامیه**

هغه شخص چې دا فورمه یې ډکه کړي زه یې په شخصي توګه پیژنم یا د هويت ثبوت یې وړاندې کړی، زما په حضور کې یې په سند کې د شخص لاسلیک کړی یا یې منلی او داسې بنکاري 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 روغتیا پاملرنې بدیل استازی نه یم، او زه د هغه شخص د روغتیا پاملرنې برحاله چمتو کونکی نه یم.

د شاهد نوم (ولیکئ) \_\_\_\_\_

لاسلیک \_\_\_\_\_

نیټه \_\_\_\_\_

د شاهد نوم (ولیکئ) \_\_\_\_\_

لاسلیک \_\_\_\_\_

نیټه \_\_\_\_\_

## 7. زما د روغتيا پاملرني استازي لخوا منل

زه دا گمارنه منم او موافق یم چې د روغتيا پاملرني استازی په توگه خدمت وکړم.

د روغتيا پاملرني استازی:

لیکل شوی نوم

نیټه

لاسلیک یا د منلو نور تایید

د روغتيا پاملرني لومړی بدیل استازی:

لیکل شوی نوم

نیټه

لاسلیک یا د منلو نور تایید

د روغتيا پاملرني دوهم بدیل استازی:

لیکل شوی نوم

نیټه

لاسلیک یا د منلو نور تایید

اسنادو ته لاسرسی: د هغه افرادو لپاره چې معیوبیت لري یا هغه افراد چې د انگلیسي 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 روغتيا معلوماتو مرکز سره په 1-971-673-2411، 711 TTY یا [COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us) اړیکه ونیسئ.