លិខិតបណ្តាំនៃរដ្ឋ Oregon សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព

# បែបបទលិខិតបណ្តាំនេះអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកដើម្បី៖

* ចែកចាយគុណតម្លៃ គោលជំនឿ គោលដៅ និងបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នក​សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពប្រសិនបើអ្នកមិនអាចសំដែងវាចេញដោយខ្លួនឯងបាន។
* ដាក់ឈ្មោះបុគ្គលណាម្នាក់​ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាព​របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងបាន។ បុគ្គលនេះត្រូវបានហៅថា អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ហើយពួកគេត្រូវយល់ព្រមធ្វើតាមតួនាទីនេះ។

**ត្រូវប្រាកដក្នុងការពិភាក្សាលិខិតបណ្តាំរបស់អ្នកនិង​បំណង​ប្រាថ្នារបស់អ្នកជាមួយនឹងអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។** ករណីនេះនឹងអនុញ្ញាតឲ្យពួកគេធ្វើការសម្រេចចិត្តដែលឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នក។ មានការណែនាំថា អ្នកត្រូវបំពេញបែបបទនេះទាំងស្រុង

# លិខិតបណ្តាំនៃរដ្ឋ Oregon សម្រាប់បែបបទការថែទាំសុខភាព និងមគ្គទេសក៍របស់អ្នកចំពោះលិខិតបណ្តាំគឺមាននៅលើគេហទំព័ររបស់អាជ្ញាធរសុខភាពនៃរដ្ឋ Oregon។

* + នៅក្នុងផ្នែក១ ២ ៥ ៦ និង៧ អ្នកត្រូវតែងតាំងអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពម្នាក់។
  + នៅក្នុងផ្នែក៣ និង៤ អ្នកត្រូវផ្តល់ការណែនាំអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។

**បែបបទលិខិតបណ្តាំអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកសំដែងចេញនូវចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។** វាមិនមែនដូចគ្នានឹង Portable Orders សម្រាប់ Life Sustaining Treatment (POLST) ដែលបានកំណត់នៅក្នុង ORS 127.663នោះទេ។ អ្នកអាចរកព័ត៌មានបន្ថែមទៀតអំពី POLST នៅក្នុងមគ្គទេសក៍របស់​អ្នក​ចំពោះខាងផ្នែកលិខិតបណ្តាំនៃរដ្ឋ Oregon។

**បែបបទនេះអាចត្រូវបានប្រើនៅក្នុងរដ្ឋ Oregon ដើម្បីជ្រើសរើស​បុគ្គលម្នាក់ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកសុខភាពល្អសម្រាប់អ្នកប្រសិនបើប្រែជាមិនសូវពូកែនិយាយដោយខ្លួនឯង** ឬមិនអាច​សម្រេចចិត្តលើផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់របស់អ្នកបាន។ បុគ្គលនេះត្រូវបានហៅថា អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការណាត់ចួបអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពដ៏មានប្រសិទ្ធភាពមួយទេ ហើយអ្នកប្រែជាឈឺមិនអាចនិយាយឲ្យខ្លួនឯងបាន អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពម្នាក់នឹងត្រូវបានតែងតាំងសម្រាប់អ្នកដើម្បីអាទិភាពដែលកំណត់ទុកក្នុង ORS 127.635 (2) ហើយបុគ្គលនេះអាច​ត្រឹមតែសម្រេចចិត្តថាផ្អាក ឬដកចេញនូវការព្យាបាលបន្តអាយុជីវិត​ប្រសិនបើអ្នកជួបករណីណាមួយក្នុងលក្ខខណ្ឌដែលបានកំណត់នៅក្នុង ORS 127.635 (1)។

# បែបបទនេះក៏អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកសំដែងចេញនូវគុណតម្លៃ និង​គោលជំនឿរបស់អ្នកជាមួយនឹងការគោរពការសម្រេចចិត្តការថែទាំសុខភាព និងចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពផងដែរ។

**ប្រសិនបើអ្នកបានបំពេញបែបបទលិខិតបណ្តាំកាលពីអតីតកាល បែបបទលិខិតបណ្តាំថ្មីនេះនឹងជំនួសលិខិតបណ្តាំពីមុនទាំងនោះ។**

**អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះទើបវាមានប្រសិទ្ធភាព។** អ្នកត្រូវតែមានសាក្សីពីនាក់ ឬសារការីម្នាក់សម្រាប់បែបបទនេះ​ផងដែរ។ ការណាត់ជួបអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកមិនមានប្រសិទ្ធភាពឡើយរហូតទាល់តែអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពយល់ព្រមទទួលការណាត់ជួបជាមុនសិន។

**ប្រសិនបើលិខិតបណ្តាំរបស់អ្នករាប់បញ្ចូលនូវការណែនាំទាក់ទងនឹងការដកចេញនូវការគាំទ្រជីវិត ឬការចិញ្ចឹមដោយប្រើបំពង់** អ្នក​អាច​ដកហូតនូវលិខិតបណ្តាំនៅពេលណាក៏បាន និងក្នុងលក្ខខណ្ឌណាមួយ​ក៏​បានដែលសំដែងចេញនូវបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នកក្នុងដកហូតវាវិញ។

**ក្នុងករណីទាំងអស់ផ្សេងទៀត** អ្នកអាចដកហូតលិខិតបណ្តាំ​របស់អ្នកមកវិញនៅពេលណាក៏បាននិងក្នុងលក្ខខណ្ឌណាមួយក៏បានឲ្យតែអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តខាងវេជ្ជសាស្ត្របាន។

**បែបបទលិខិតបណ្តាំ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **១. អំពីខ្ញុំ** | | |
| ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)៖ | | ថ្ងៃខែ​ឆ្នាំ​កំណើត៖ |
| លេខ​ទូរសព្ទ៖ ទំព័រដើម | ការងារ | ទូរសព្ទដៃ |
| អាសយដ្ឋាន៖ | | អ៊ីមែល៖ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **២. អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ** | | |
| ខ្ញុំជ្រើសរើសយកបុគ្គលនេះជាអ្នកតំណាងការថែទាំងសុខភាពរបស់ខ្ញុំដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តជួសខ្ញុំប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចនិយាយដោយខ្លួនឯងបាន។ | | |
| ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)៖ | | ត្រូវជាអ្វី៖ |
| លេខ​ទូរសព្ទ៖ ទំព័រដើម | ការងារ | ទូរសព្ទដៃ |
| អាសយដ្ឋាន៖ | | អ៊ីមែល៖ |

ខ្ញុំជ្រើសរើសមនុស្សដូចតទៅនេះធ្វើជាអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពបម្រុងរបស់ខ្ញុំប្រសិនបើជម្រើសទីមួយរបស់ខ្ញុំមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តខាងការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្ញុំបាន ឬប្រសិនបើខ្ញុំលុបចោលនូវការតែងតាំងរបស់​អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពដំបូងវិញ។

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពបម្រុងទីមួយ** | | |
| ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)៖ | | ត្រូវជាអ្វី៖ |
| លេខ​ទូរសព្ទ៖ ទំព័រដើម | ការងារ | ទូរសព្ទដៃ |
| អាសយដ្ឋាន៖ | | អ៊ីមែល៖ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពបម្រុងទីពីរ** | | |
| ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)៖ | | ត្រូវជាអ្វី៖ |
| លេខ​ទូរសព្ទ៖ ទំព័រដើម | ការងារ | ទូរសព្ទដៃ |
| អាសយដ្ឋាន៖ | | អ៊ីមែល៖ |

|  |
| --- |
| **៣. ការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ**  នេះគឺជាកន្លែងសម្រាប់អ្នកដើម្បីសំដែងចេញនូវបំណងប្រាថ្នា គុណតម្លៃ និងគោលដៅសម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។ ការណែនាំរបស់អ្នកផ្តល់នូវមគ្គទេសក៍សម្រាប់អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាព និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។  អ្នកអាចផ្តល់ការមគ្គទេសក៍ស្តីអំពីការថែទាំជាមួយរបស់អ្នកនឹងជម្រើសផ្សេងៗដែលអ្នកធ្វើដូចខាងក្រោម។ នេះជាករណីមួយទោះបីជាអ្នកមិនជ្រើសរើសអ្នកតំណាងលើការថែទាំសុខភាពណាមួយ ឬប្រសិនបើពួកគេមិនអាចទាក់ទងបានក៏ដោយ។ |

# ក. សេចក្តីសម្រេចអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ

មានស្ថានភាពចំនួនបីខាងក្រោមនេះសម្រាប់អ្នកក្នុងការសំដែងចេញនូវបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នក៖ ស្ថានភាពទាំងនេះនឹងជួយអ្នកគិតអំពីប្រភេទនៃការសម្រេចចិត្តគាំទ្រជីវិតដែលអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអាចប្រឈម។ សូមជ្រើសយកជម្រើសមួយដែលត្រូវនឹងបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នកបំផុត។

# លក្ខខណ្ឌបញ្ឈប់

នេះគឺជាអ្វីដែលខ្ញុំចង់ធ្វើប្រសិនបើ៖

* ខ្ញុំមានជំងឺដែលមិនអាចព្យាបាលជា ឬត្រឡប់មកសុខភាពល្អវិញ។

# និង

* អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំជឿថា វានឹងផ្តល់លទ្ធផលជាសេចក្តីស្លាប់​របស់ខ្ញុំក្នុងរយៈពេល៦ខែដោយមិនគិតពីការព្យាបាលណាមួយឡើយ។

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **រើសយកជម្រើសតែមួយប៉ុណ្ណោះ** | | |
|  |  | ខ្ញុំចង់សាករាល់ការព្យាបាលទាំងអស់ដែលអាចធ្វើបានដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំ ដូចជាការចិញ្ចឹមនិងការបង្គ្រប់ជាតិទឹកបែបសិប្បនិមិត្ត ជាមួយនឹងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ សារធាតុរាវអាយវី ការលាងឈាមតម្រងនោម និងម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។ |
|  |  | ខ្ញុំចង់សាកទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំជាមួយនឹងការចិញ្ចឹម និងការបង្គ្រប់ជាតិទឹក​បែបសិប្បនិមិត្តជាមួយនឹងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ និងសារធាតុរាវអាយវី។ ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលណាផ្សេងទៀតដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំឡើយ ដូចជាការលាងឈាមតម្រងនោម និងម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។ |
|  |  | ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលទាំងឡាយដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំទេ ដូចជាការ​ចិញ្ចឹមនិងការបង្គ្រប់ជាតិទឹកបែបសិប្បនិមិត្តជាមួយនឹងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ សារធាតុរាវអាយវី ការលាងឈាមតម្រងនោម ឬម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។ ខ្ញុំចង់រក្សាខ្លួនតាមសម្រួល និងបណ្តោយឲ្យស្លាប់តាមដំណើរ។ |
|  |  | ខ្ញុំចង់ឲ្យអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំសម្រេចចិត្តសម្រាប់ខ្ញុំ បន្ទាប់ពីនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងទទួលខុសត្រូវករណីទាំងឡាយដែលទាក់ទងនឹងខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានសំដែងចេញអំពីអ្វីដែលជាបញ្ហាចំពោះខ្ញុំក្នុងផ្នែក ខ ខាងក្រោមនេះ៖ |

# ជំងឺដែលវិវឌ្ឍកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ

នេះគឺជាអ្វីដែលខ្ញុំចង់ធ្វើប្រសិនបើ៖

* ខ្ញុំមានជំងឺមួយដែលស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ។

# និង

* អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំជឿថា វានឹងមិនប្រសើរឡើងទេ ហើយនឹងកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរទៅៗ រហូតដល់ស្លាប់។

# និង

* អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំជឿថា ខ្ញុំនឹងមិនអាច៖

» ទាក់ទង

» លេបអាហារនិងផឹកទឹកតាមសម្រួលបាន

» ថែទាំខ្លួនឯង

»​ ចំណាំមនុស្សក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ និងអ្នកដទៃ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **រើសយកជម្រើសតែមួយប៉ុណ្ណោះ** | | |
|  |  | ខ្ញុំចង់សាករាល់ការព្យាបាលទាំងអស់ដែលអាចធ្វើបានដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំ ដូចជាការចិញ្ចឹមនិងការបង្គ្រប់ជាតិទឹកបែបសិប្បនិមិត្ត ជាមួយនឹងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ សារធាតុរាវអាយវី ការលាងឈាមតម្រងនោម និងម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។ |
|  |  | ខ្ញុំចង់សាកទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំជាមួយនឹងការចិញ្ចឹម និងការបង្គ្រប់ជាតិទឹក​បែបសិប្បនិមិត្តជាមួយនឹងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ និងសារធាតុរាវអាយវី។ ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលណាផ្សេងទៀតដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំឡើយ ដូចជាការលាងឈាមតម្រងនោម និងម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។ |
|  |  | ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលទាំងឡាយដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំទេ ដូចជាការ​ចិញ្ចឹមនិងការបង្គ្រប់ជាតិទឹកបែបសិប្បនិមិត្តជាមួយនឹងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ សារធាតុរាវអាយវី ការលាងឈាមតម្រងនោម ឬម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។ ខ្ញុំចង់រក្សាខ្លួនតាមសម្រួល និងបណ្តោយឲ្យស្លាប់តាមដំណើរ។ |
|  |  | ខ្ញុំចង់ឲ្យអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំសម្រេចចិត្តសម្រាប់ខ្ញុំ បន្ទាប់ពីនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងទទួលខុសត្រូវករណីទាំងឡាយដែលទាក់ទងនឹងខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានសំដែងចេញអំពីអ្វីដែលជាបញ្ហាចំពោះខ្ញុំក្នុងផ្នែក ខ ខាងក្រោមនេះ៖ |

# សន្លប់មិនដឹងខ្លួនអចិន្ត្រៃយ៍

នេះគឺជាអ្វីដែលខ្ញុំចង់ធ្វើប្រសិនបើ៖

* ខ្ញុំមិនសន្លប់ទេ។

# និង

* ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំជឿថា ខ្ញុំនឹងសន្លប់ម្តងទៀតនោះគឺមិនទំនងឡើយ។

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **រើសយកជម្រើសតែមួយប៉ុណ្ណោះ** | | | |
|  |  | | ខ្ញុំចង់សាករាល់ការព្យាបាលទាំងអស់ដែលអាចធ្វើបានដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំ ដូចជាការចិញ្ចឹមនិងការបង្គ្រប់ជាតិទឹកបែបសិប្បនិមិត្ត ជាមួយនឹងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ សារធាតុរាវអាយវី ការលាងឈាមតម្រងនោម និងម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។ |
|  |  | | ខ្ញុំចង់សាកទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំជាមួយនឹងការចិញ្ចឹម និងការបង្គ្រប់ជាតិទឹក​បែបសិប្បនិមិត្តជាមួយនឹងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ និងសារធាតុរាវអាយវី។ ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលណាផ្សេងទៀតដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំឡើយ ដូចជាការលាងឈាមតម្រងនោម និងម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។ |
|  |  | | ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលទាំងឡាយដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតរបស់ខ្ញុំទេ ដូចជាការ​ចិញ្ចឹមនិងការបង្គ្រប់ជាតិទឹកបែបសិប្បនិមិត្តជាមួយនឹងបំពង់ផ្គត់ផ្គង់អាហារ សារធាតុរាវអាយវី ការលាងឈាមតម្រងនោម ឬម៉ាស៊ីនជំនួយដង្ហើម។ ខ្ញុំចង់រក្សាខ្លួនតាមសម្រួល និងបណ្តោយឲ្យស្លាប់តាមដំណើរ។ |
|  | |  | ខ្ញុំចង់ឲ្យអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំសម្រេចចិត្តសម្រាប់ខ្ញុំ បន្ទាប់ពីនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងទទួលខុសត្រូវករណីទាំងឡាយដែលទាក់ទងនឹងខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានសំដែងចេញអំពីអ្វីដែលជាបញ្ហាចំពោះខ្ញុំក្នុងផ្នែក ខ ខាងក្រោមនេះ៖ |
| អ្នកអាចសរសេរនៅក្នុងប្រឡោះខាងក្រោម ឬភ្ជាប់ទំព័រផ្សេងៗដើម្បី​និយាយ​អំពី​ប្រភេទនៃការថែទាំអ្វីដែលអ្នកចង់បាន ឬមិនចង់បាន។ | | | |
| **ខ. អ្វីដែលជាបញ្ហាបំផុតចំពោះខ្ញុំ និងសម្រាប់ខ្ញុំ**  ផ្នែកនេះត្រូវអនុវត្តនៅពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងលក្ខខណ្ឌបញ្ឈប់ មានជំងឺកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ឬសន្លប់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើមានបំណងចង់ប្រើផ្នែកនេះ អ្នកអាចប្រគល់កិច្ចការទាំងឡាយ​ដែលពិតជាសំខាន់ចំពោះអ្នកនិងសម្រាប់អ្នក។ នេះនឹងជួយដល់អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ | | | |
| នេះគឺជាអ្វីដែលអ្នកគួរដឹងអំពីអ្វីដែលសំខាន់សម្រាប់ខ្ញុំអំពីជីវិតរបស់ខ្ញុំ៖ | | | |
| នេះគឺជាអ្វីដែលខ្ញុំឲ្យតម្លៃបំផុតអំពីជីវិតរបស់ខ្ញុំ៖ | | | |
| នេះគឺជាអ្វីដែលសំខាន់សម្រាប់ខ្ញុំអំពីជីវិតរបស់ខ្ញុំ៖ | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ខ្ញុំមិនចង់បានដំណើរការទ្រទ្រង់ជីវិតទេប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចមានលទ្ធភាពឧបត្ថម្ភ និងមិនអាចចូលរួមក្នុងរបៀបដូចតទៅនេះ៖  **រើសយកជម្រើសទាំងអស់ណាដែលអនុវត្តបាន** | | |
|  |  | សំដែងចេញនូវសេចក្តីត្រូវការរបស់ខ្ញុំ |
|  | រួចផុតពីការឈឺចាប់ និងវេទនាយូរអង្វែង |
|  | ដឹងថាខ្ញុំជាអ្នកណា និងខ្ញុំនៅជាមួយអ្នកណា |
|  | រស់នៅដោយមិនប្រើម៉ាស៊ីនគាំទ្រជីវិត |
|  | ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទាំងឡាយដែលមានន័យចំពោះខ្ញុំ ដូចជា៖ |
|  | |
|  | ប្រសិនបើអ្នកចង់និយាយច្រើនទៀតដើម្បីជួយដល់អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកយល់អំពីអ្វីដែលជាបញ្ហាបំផុតចំពោះអ្នក សូមសរសេរវានៅទីនេះ។ (ឧទាហរណ៍៖ ខ្ញុំមិនចង់ថែទាំទេប្រសិនបើលទ្ធផលចេញមកជា...) | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **គ. គោលជំនឿខាងឯវិញ្ញាណរបស់ខ្ញុំ**  តើអ្នកមានគោលជំនឿខាងវិញ្ញាណ ឬសាសនាដែលអ្នកចង់ឲ្យអ្នកតំណាង​ផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនិងពួកអ្នកដែលមើលថែអ្នកដឹងឬទេ? វាជាពិធីខាងសាសនា សាក្រាម៉ង់ ការបដិសេធផលិតផលដែលមានឈាម និងច្រើនទៀត។ | | |
| អ្នកអាចសរសេរនៅក្នុងប្រឡោះខាងក្រោម ឬភ្ជាប់ទំព័រផ្សេងៗដើម្បី​និយាយ​អំពី​គោលជំនឿខាងវិញ្ញាណ ឬសាសនារបស់អ្នក។ | | |
| **៤. ព័ត៌មាន​បន្ថែម**  ប្រើផ្នែកនេះប្រសិនបើអ្នកចង់ឲ្យអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាព និង​អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមទៀតអំពីអ្នក។ | | |
| **ក. ជីវិត និងគុណតម្លៃ**  អ្នកអាចចែកចាយអំពីជីវិត និងគុណតម្លៃរបស់អ្នកនៅខាងក្រោមនេះ។ ករណីនេះអាចជួយឲ្យអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពនិងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបាន។ ករណីនេះអាចរាប់បញ្ចូលនូវប្រវត្តិគ្រួសារ បទពិសោធន៍ និងការថែទាំ​សុខភាព ប្រវត្តិវប្បធម៌ ការងារ ប្រព័ន្ធគាំទ្រសង្គម និងច្រើនទៀត។  អ្នកអាចសរសេរនៅក្នុងប្រឡោះខាងក្រោម ឬភ្ជាប់ទំព័រផ្សេងទៀតដើម្បី​និយាយច្រើនទៀតអំពីជីវិត គោលជំនឿ និងគុណតម្លៃរបស់អ្នក។ | | |
| **ខ. កន្លែងថែទាំ**  ប្រសិនបើមានជម្រើសមួយអំពីកន្លែងដែលអ្នកទទួលការថែទាំ តើអ្នកចូលចិត្តមួយណា? តើមានចំណុចណាខ្លះដែលអ្នកចង់ ឬមិនចង់ទទួលការថែទាំឬទេ? (ឧទាហរណ៍ មន្ទីរពេទ្យ គិលានដ្ឋាន សម្ភារៈសុខភាពផ្លូវចិត្ត មណ្ឌលចាស់ជរា ការរស់នៅដែលមានជំនួយ ផ្ទះរបស់អ្នក ជាដើម)  អ្នកអាចសរសេរនៅក្នុងប្រឡោះខាងក្រោម ឬភ្ជាប់ទំព័រផ្សេងៗដើម្បីនិយាយច្រើនទៀតអំពីកន្លែងដែលអ្នកចូលចិត្តទទួលការថែទាំ ឬមិនទទួលការថែទាំ។ | | |
| **គ. ករណីផ្សេងទៀត**  អ្នកអាចភ្ជាប់ឯកសាផ្សេងទៀតរជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីជួយណែនាំអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។ អ្វីដែលអ្នកបានភ្ជាប់នឹងក្លាយជាផ្នែកនៃលិខិតបណ្តាំរបស់អ្នក។  អ្នកអាចរៀបរាប់ឯកសារទាំងឡាយដែលអ្នកបានភ្ជាប់នៅក្នុងប្រឡោះខាងក្រោមនេះ។ | | |
| **ឃ. ជូនដំណឹងដល់អ្នកដទៃទៀត**  អ្នកអាចអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកផ្តល់សិទ្ធិដល់អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបន្តការថែទាំដោយបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ឯកជនរដ្ឋនិងសហព័ន្ធដើម្បីពិភាក្សាស្ថានភាពសុខភាពនិងការថែទាំរបស់អ្នកជាមួយនឹងមនុស្សដែលអ្នកបានសរសេរនៅខាងក្រោម។ មានតែអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះទើបអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំរបស់អ្នកបាន។ | | |
| ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)៖ | | ត្រូវជាអ្វី៖ |
| លេខ​ទូរសព្ទ៖ ទំព័រដើម | ការងារ | ទូរសព្ទដៃ |
| អាសយដ្ឋាន៖ | | អ៊ីមែល៖ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **៥. ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ** | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | |
| ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ | | | | | | កាលបរិច្ឆេទ | |
| **៦. សាក្សី** | | | | | | | | |
| សូមបំពេញ ក. ឬ ខ. នៅពេលដែលអ្នកចុះហត្ថលេខា | | | | | | | | |
| **ក. សារការី** | | | | | | | |
| ប្រចាំរដ្ឋ | |  | | | | | |
| ប្រចាំខោនទី | |  | | | | | |
| បានចុះហត្ថលេខា ឬបញ្ជាក់នៅពីមុខខ្ញុំ |  | នៅ |  | | | | |
| កាលបរិច្ឆេទ |  | | | | |
|  | | | | | | | |
| សារការីសាធារណៈនៃរដ្ឋ Oregon | | | | | | | |
| **ខ. ការប្រកាសរបស់សាក្សី** | | | | | | | |
| បុគ្គលដែលកំពុងបំពេញបែបបទនេះខ្ញុំបានស្គាល់ដោយផ្ទាល់ ឬបានផ្តល់នូវភស្តុតាងជាអត្តសញ្ញាណបណ្ណ បានចុះហត្ថលេខា ឬបានទទួលស្គាល់ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលនៅលើឯកសារនៅចំពោះវត្តមានរបស់ខ្ញុំ និងហាក់មិនស្ថិតនៅក្រោមការបង្ខំ និងត្រូវយល់ពីគោលបំណង និងផលប៉ះពាល់នៃបែបបទនេះ។ ក្រៅពីនេះ ខ្ញុំមិនមែនជាអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំ ឬអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំបម្រុងរបស់បុគ្គលនេះ ហើយខ្ញុំក៏មិនមែនជាអ្នកផ្តល់ការថែទាំងសុខភាពរបស់បុគ្គលនេះដែរ។ | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  |
| ឈ្មោះសាក្សី | | | |
| ហត្ថលេខា | | | | កាលបរិច្ឆេទ |
| ឈ្មោះសាក្សី | | | |  |
| ហត្ថលេខា | | | | កាលបរិច្ឆេទ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **៧. ការទទួលស្គាល់ដោយអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ** | | |
| ខ្ញុំទទួលយកការតែងតាំងនេះ និងយល់ព្រមបម្រើការជាអ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាព។ | | |
| **អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ៖** |  |  |
|  |  |  |
| ឈ្មោះ |
|  |  |  |
| ហត្ថលេខា ឬឯកសារដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់ដទៃទៀត | កាលបរិច្ឆេទ |
| **អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពបម្រុងទីមួយ៖** |  |  |
| ឈ្មោះ |
|  |  |  |
| ហត្ថលេខា ឬឯកសារដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់ដទៃទៀត | កាលបរិច្ឆេទ |
| **អ្នកតំណាងផ្នែកថែទាំសុខភាពបម្រុងទីពីរ៖** |  |  |
| ឈ្មោះ |
|  |  |  |
| ហត្ថលេខា ឬឯកសារដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់ដទៃទៀត | កាលបរិច្ឆេទ |

**ការចូលទៅកាន់ឯកសារ៖** សម្រាប់បុគ្គលដែលមានពិការភាព ឬបុគ្គលដែលនិយាយភាសាផ្សេង​ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស OHA អាចផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាការបកប្រែ អក្សរពុម្ពធំៗ ឬអក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក។ ទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលព័ត៌មានសុខភាពតាមលេខ 1-971-673-2411, 711 TTY ឬ [COVID19.LanguageAccess@dhsoha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsoha.state.or.us)។