

Advance Directive

Durable Power of Attorney for Healthcare (Patient Advocate Designation)

ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရေရှည်ထမ်းဆောင်နိုင်သော
အကျိုးဆောင်ရွေးနေ (လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေး နေခန့်အပ်ခြင်း)

Introduction

မိတ်ဆက်ကဏ္ဍ

This document provides a way for an individual to create a Durable Power of Attorney for Healthcare (Patient Advocate Designation) and other documentation that will meet the basic requirements for this state.

ဤစာရွက်စာတမ်းသည် လူတစ်ဦးတစ်ယောက်အား ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရေရှည်ထမ်းဆောင်နိုင်သော အကျိုးဆောင်ရွေးနေ (လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေးနေ ခန့်အပ်ခြင်း) နှင့် ထိုအနေအထားအတွက် အခြေခံ လိုအပ်ချက်များနှင့် ကိုက်ညီမည့် အခြားသောစာရွက်စာတမ်းများ ဖန်တီးနိုင်မည့် နည်းလမ်းကို ထောက်ပံ့ပေးပါသည်။

This **Advance Directive** allows you to appoint a person (and alternates) to make your health care decisions if you become unable to make these decisions for yourself. The person you appoint is called your **Patient Advocate**. This document gives your Patient Advocate authority to make your decisions *only when you have been determined unable to make your own decisions by two physicians, or a physician and a licensed psychologist.*

ဤ **ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်** သည် သင့်အနေနှင့် ကိုယ်ပိုင်ဆုံးဖြတ်ချက် ချနိုင်စွမ်း မရှိတော့လျှင် သင့်အတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များချနိုင်ရန်အတွက် လူတစ်ဦးတစ်ယောက် အား (နှင့် ကိုယ်စားလှယ်များ) ခန့်အပ်ရန် ခွင့်ပြုပေးသည်။ သင် ခန့်အပ်သောသူကို သင်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေးနေ ဟု ခေါ်သည်။ ဤစာရွက်စာတမ်းသည် သင့်အား သမားတော် နှစ်ယောက် သို့မဟုတ် သမားတော် တစ်ယောက်နှင့် လိုင်စင်ရ ဗိတ်ပညာရှင်တို့မှ သင်ကိုယ်တိုင် ကိုယ်ပိုင်ဆုံးဖြတ်ချက် ချနိုင်စွမ်းမရှိတော့ဟု သတ်မှတ်လိုက်သောအခါ မှသာလျှင် သင်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေးနေအား သင့်အတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ချရန်အတွက် အခွင့်အာဏာကိုပေးလေသည်။

It *does not* give your Patient Advocate any authority to make your financial or other business decisions.

၎င်းသည် သင်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေး နေအား သင်၏ငွေကြေး သို့မဟုတ် အခြားသော စီးပွားရေးဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များ ပြုလုပ်ရန်အတွက် မည်သို့သော အခွင့်အာဏာမျိုးကိုမှ မပေးပါ။

Before completing this document, take time to read it carefully. **It also is very important that you discuss your views, your values, and this document with your Patient Advocate.** If you do not closely involve your Patient Advocate, and you do not make a clear plan together, your views and values may not be fully respected because they will not be understood. ဤစာရွက်စာတမ်းအား ဖြည့်စွက်ခြင်းမပြုမီ အချိန်ယူပြီး သေချာ ဖတ်ပါ။ သင့်အနေနှင့် သင့်ထင်မြင်ချက်များ၊ သင်ခံယူထားသော တန်ဖိုးများနှင့် ဤစာရွက်စာတမ်းအား သင်၏ လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေးနေနှင့် ဆွေးနွေးရန် အတွက် အလွန်ပင် အရေးကြီးပါသည်။ သင့်အနေနှင့် သင်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင် ရွေးနေနှင့် ရင်းရင်းနှီးနှီး ပတ်သက်ခြင်းမရှိသေးလျှင်နှင့် ရှင်းလင်းသော အစီအစဉ်တစ်ခုကို အတူတကွ ချမှတ်ထားခြင်း မရှိသေးလျှင် သင်၏ထင်မြင်ချက်များနှင့် ခံယူထားသော တန်ဖိုးများကိုလည်း နားလည်ခြင်းမရှိသောကြောင့် ပြည့်ပြည့်ဝဝ လေးစားမည်မဟုတ်ပါ။

This document was developed to meet the legal requirements of Michigan. It is not designed to replace the counsel of your attorney. ဤစာရွက်စာတမ်းသည် Michigan ပြည်နယ်၏ ဥပဒေပြဌာန်းချက်များနှင့် ကိုက်ညီမှုရှိစေရန် ရေးဆွဲထားခြင်းဖြစ်သည်။ ၎င်းသည် သင့်အကျိုးဆောင်ရွေး နေ၏ တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှုအား အစားထိုးရန် အတွက် ဖန်တီးထားခြင်းမဟုတ်ပါ။

This is an Advance Directive for *(print legibly)*:

၎င်းသည် ဖော်ပြပါပုဂ္ဂိုလ်အတွက် ကြိုတင်လမ်းညွှန်ချက်ဖြစ်သည် (ရှင်းလင်းစွာ ပရင့်ထုတ်ပါ)

Name (အမည်): _____ Date of Birth (မွေးသက္ကရာဇ်): _____

Last 4 digits of SSN (SSNနောက်ကိန်းလေးလုံး)- _____ Telephone (Day) (နံပါတ်): _____

(Evening) (ညနေ): _____ (Cell) (ဆဲလ်ဖုန်း) - _____

Address (လိပ်စာ): _____

City/State/Zip Code (မြို့/ပြည်နယ်/ စာတိုက်အမှတ်): _____

Where I would like to receive hospital care (whenever possible) - _____

ကျွန်ုပ်ဆေးကုသမှု ခံယူလိုသော ဆေးရုံ (မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို)

Advance Directive: My Patient Advocate

ကျွန်ုပ်တို့အတွက် ကျွန်ုပ်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေးနေ

If I am no longer able to make my own health care decisions, this document names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Patient Advocate. This person will make my health care decisions when I am determined, by either two physicians or a physician and licensed psychologist, to be incapable of making health care decisions. I understand that it is important to have ongoing discussions with my Patient Advocate about my health and health care choices.

ကျွန်ုပ်အနေနှင့် မိမိကိုယ်တိုင်အတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များ မချနိုင်တော့ပါလျှင် ဤစာရွက်စာတမ်းသည် ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား ထိုဆုံးဖြတ်ချက်များကို ချမှတ်ပေးရန် ကျွန်ုပ်ရွေးချယ်သည့် သူကို အမည်တပ်၍ ခန့်အပ်သွားမည်ဖြစ်သည်။ ထိုသူသည် ကျွန်ုပ်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေး နေ ဖြစ်သည်။ ဤသူသည် ကျွန်ုပ်အား သမားတော်နှစ်ယောက် သို့မဟုတ် သမားတော် တစ်ယောက်နှင့် လိုင်စင်ရ စိတ်ပညာရှင်တစ်ယောက်မှ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချမှတ်နိုင်စွမ်းမရှိတော့ဟု ဆုံးဖြတ်လိုက်သောအခါ ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချမှတ်မည်ဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ကျွန်ုပ်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေး နေနှင့် ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ရွေးချယ်မှုများကို အစဉ်မပြတ် ဆွေးနွေးမှုပြုနေရန်အတွက် အရေးကြီးသည်ကို သိနားလည်ပါသည်။

I hereby give my Patient Advocate permission to send a copy of this document to other doctors, hospitals and health care providers that provide my medical care.

ထို့ကြောင့် ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ကျွန်ုပ်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေး နေအား ဤစာရွက်စာတမ်း မိတ္တူတစ်စောင်ကို ကျွန်ုပ်အား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုပေးသော အခြားသော ဆရာတန်များ၊ ဆေးရုံများနှင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသူများထံသို့ ပို့ခွင့်ပေးပါသည်။

(NOTE: If your wishes change, you may revoke your Patient Advocate Designation at any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke. It is recommended that you complete a new Advance Directive and give it to everyone who has a previous copy.)

(သတိပြုရန် - သင်၏ဆန္ဒများအား ပြောင်းလဲလိုပါက သင်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေး နေ ခန့်အပ်ချက်အား မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ရုပ်သိမ်းနိုင်ပြီး ရုပ်သိမ်းရန် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရန် လုံလောက်သော မည်သည့်နည်းလမ်းဖြင့်မဆို ပြုလုပ်နိုင်သည်။ သင့်အား ကြိုတင်လမ်းညွှန်ချက် အသစ်ကို ဖြည့်စွက်ပြီးနောက် မိတ္တူဟောင်းတစ်စောင်ရှိပြီးဖြစ်သော လူတိုင်းထံသို့ ပေးရန်အတွက် အကြံပြုအပ်ပါသည်။

The person I choose as my Patient Advocate is

ကျွန်ုပ်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေး နေအဖြစ် ရွေးချယ်ခြင်းခံရသူမှာ

Name (အမည်): _____ Relationship (if any) [တော်စပ်ပုံ (တစ်စုံတစ်ရာ ရှိခဲ့လျှင်)]: _____

Telephone (Day) ဝယ်ပိုင်း (နံဘက်): _____ (Evening) (ညနေ): _____ (Cell) (ဆဲလ်ဖုန်း) - _____

Address (လိပ်စာ): _____

City/State/Zip Code (မြို့/ပြည်နယ်/စာတိုက်အမှတ်): _____

First Alternate (Successor) Patient Advocate (strongly advised)

ပထမဦးစားပေးအဖြစ် အခြားရွေးချယ်လိုသူ (နောက်ထပ် နေရာယူမည့်သူ) လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရှေ့နေ (အထူးအလေးအနက် တိုက်တွန်းအပ်ပါသည်)

If Patient Advocate above is not capable or willing to make these choices for me, **OR** is divorced or legally separated from me, then I designate the following person to serve as my Patient Advocate.

အထက်ဖော်ပြပါလူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရှေ့နေမှာ ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား ထိုဆုံးဖြတ်ချက်များကို ချမှတ်နိုင်စွမ်း သို့မဟုတ် ချမှတ်ရန်ဆန္ဒမရှိပါက သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်နှင့် ကွာရှင်းပြီး သို့မဟုတ် တရားဝင်ခွဲခွာပြီးပါက ကျွန်ုပ်အနေနှင့် အောက်ပါသူအား ကျွန်ုပ်၏ လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရှေ့နေအဖြစ် ဆောင်ရွက်ရန်အတွက် ခန့်အပ်ပါသည်။

Name (အမည်): _____ Relationship (if any) (တော်စပ်ပုံ (တစ်စုံတစ်ရာ ရှိခဲ့လျှင်)):

Telephone (Day) တယ်လီဖုန်း(နံပါတ်): _____ (Evening) (ညနေ): _____ (Cell) (ဆဲလ်ဖုန်း) - _____

Address (လိပ်စာ): _____

City/State/Zip Code (မြို့/ပြည်နယ်/စာတိုက်အမှတ်): _____

Second Alternate (Successor) Patient Advocate (strongly advised)

ဒုတိယဦးစားပေးအဖြစ် အခြားရွေးချယ်လိုသူ (နောက်ထပ် နေရာယူမည့်သူ) လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရှေ့နေ (အထူးအလေးအနက် တိုက်တွန်းအပ်ပါသည်)

If the Patient Advocates named above are not capable or willing to make these choices for me, **OR** is divorced or legally separated from me, then I designate the following person to serve as my Patient Advocate.

အထက်ဖော်ပြပါလူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရှေ့နေမှာ ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား ထိုဆုံးဖြတ်ချက်များကို ချမှတ်နိုင်စွမ်း သို့မဟုတ် ချမှတ်ရန်ဆန္ဒမရှိပါက သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်နှင့် ကွာရှင်းပြီး သို့မဟုတ် တရားဝင်ခွဲခွာပြီးပါက ကျွန်ုပ်အနေနှင့် အောက်ပါသူအား ကျွန်ုပ်၏ လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရှေ့နေအဖြစ် ဆောင်ရွက်ရန်အတွက် ခန့်အပ်ပါသည်။

Name (အမည်): _____ Relationship (if any) [တော်စပ်ပုံ (တစ်စုံတစ်ရာ ရှိခဲ့လျှင်)]: _____

Telephone (Day) တယ်လီဖုန်း(နံပါတ်): _____ (Evening) (ညနေ): _____ (Cell) (ဆဲလ်ဖုန်း) - _____

Address (လိပ်စာ): _____

City/State/Zip Code (မြို့/ပြည်နယ်/စာတိုက်အမှတ်): _____

Advance Directive Signature Page

ကျွန်ုပ်တို့၏လူနာကြားချက် လက်မှတ်ထိုးရန် စာမျက်နှာ

I have instructed my Patient Advocate(s) concerning my wishes and goals in the use of life-sustaining treatment - such as, but not limited to: ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), nutritional tube feedings, intravenous hydration, kidney dialysis, blood pressure or antibiotic medications—and here by give my Patient

Advocate(s) express permission to withhold or withdraw any treatment that would not help me achieve my goals of care. I understand that such decisions could or would allow my death. Medications and treatment intended to provide comfort or pain relief shall not be withheld or withdrawn.

ကျွန်ုပ်တို့၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေး နေ(များ)အား အသက်ရှုစက်၊ နှလုံးနှင့် အဆုတ်ပြန်လည် အလုပ်လုပ်စေရန် နှိုးဆွခြင်း (CPR)၊ အာဟာရ အား ပိုက်ဖြင့် ကိုယ်တွင်းသွင်းခြင်း၊ အကြောဆေးသွင်းခြင်း၊ ကျောက်ကပ်ဆေးခြင်း၊ သွေးဖိအား သို့မဟုတ် ပဋိဇီဝဆေးများ အပါအဝင် အခြားအရာများပါ ပါဝင်သော အသက်ဆက်လက်ရှင်သန်ရေး ကုသမှုများ အသုံးပြုရာတွင် ကျွန်ုပ်တို့၏ဆန္ဒနှင့် ရည်မှန်းချက်များနှင့် သက်ဆိုင်သည်တို့ကို ညွှန်ကြားပြီးဖြစ်ကာ ကျွန်ုပ်တို့၏ လူနာရေးရာ

အကျိုးဆောင်ရွေး နေ(များ) အား ကျွန်ုပ်တို့၏ပြုစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ရည်မှန်းချက်များကို မရရှိနိုင်စေမည့် မည်သည့်ကုသမှုကိုမဆို ဆိုင်းငံ့ရန် သို့မဟုတ် ရုပ်သိမ်းရန်အတွက် ခွင့်ပြုမိန့် ပေးပိုင်ခွင့်ကိုပေးပါသည်။ ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ထိုဆုံးဖြတ်ချက်များသည် ကျွန်ုပ်အား သေစေနိုင်၊ သေစေမည်ကို သိပါသည်။ သက်သာစေရန် သို့မဟုတ် နာကျင်မှုလျော့ပါးစေရန် ပေးသောဆေးဝါးများ နှင့် ကုသမှုများကို ဆိုင်းငံ့မည်မဟုတ်သလို ရုပ်သိမ်းသွားမည်လည်း မဟုတ်ပါ။

Signature of the Individual in the Presence of the Following Witnesses

အောက်ပါ မျက်မြင်သက်သေများရှေ့တွင် ထိုးသော သက်ဆိုင်ရာ ပုဂ္ဂိုလ်၏ လက်မှတ်

I am providing these instructions of my own free will. I have not been required to give them in order to receive care or have care withheld or withdrawn. I am at least eighteen (18) years old and of sound mind.

ကျွန်ုပ်အနေနှင့် မိမိ၏လွတ်လပ်သောဆန္ဒအရ အောက်ပါ ညွှန်ကြားချက်များကို ပေးခြင်းဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ပြုစောင့်ရှောက်မှု ရရှိရန် သို့မဟုတ် ပြုစောင့်ရှောက်မှု ဆိုင်းငံ့ခြင်း ခံရရန် သို့မဟုတ် ရုပ်သိမ်းခြင်းခံရရန်အတွက် ၎င်းတို့အား အစိုးအခပေးရန် မလိုပါ။ ကျွန်ုပ်သည် အနည်းဆုံး အသက်တစ်ဆယ့်ရှစ် (၁၈) နှစ် ရှိပြီဖြစ်ပြီး စိတ်ကျန်းမာရေး ကောင်းမွန်ပါသည်။

Signature (လက်မှတ်): _____ Date (ရက်စွဲ): _____

Address (လိပ်စာ): _____

City/State/Zip Code (မြို့/ပြည်နယ်/စာတိုက်အမှတ်): _____

Signatures of Witnesses

သက်သေတို့၏ လက်မှတ်များ

I know this person to be the individual identified as the "Individual" signing this form. I believe him or her to be of sound mind and at least eighteen (18) years of age. I personally saw him or her sign this form, and I believe that he or she did so voluntarily and without duress, fraud, or undue influence. By signing this document as a witness, I certify that I am:

ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ဤလူသည် ဤပုံစံကို လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်အခါ "လူတစ်ဦးတစ်ယောက်" အနေဖြင့်သာ ခံယူထားသော လူတစ်ဦးဖြစ်ကြောင်း သိပါသည်။ ကျွန်ုပ်အနေနှင့် သူ့အား စိတ်ကျန်းမာရေးကောင်းမွန်ပြီး အနည်းဆုံး အသက် တစ်ဆယ့်ရှစ် (၁၈) နှစ် ရှိကြောင်း ယုံကြည်ထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်အနေနှင့် သူသည် ဤပုံစံတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးကြောင်း ကိုယ်တိုင်ကိုယ်ကျ မြင်တွေ့ပါသည်။ ထို့အပြင် ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ထိုသူသည် မိမိဆန္ဒသဘောအရ လုပ်ခြင်းဖြစ်ပြီး ဖိအားပေးခြင်း၊ လိမ်လည်လှည့်ဖျားခံရခြင်း သို့မဟုတ် မတော်မတရား ဩဇာသုံးခံရခြင်းတို့ မရှိကြောင်း ယုံကြည်ပါသည်။ ဤစာချုပ်တွင် သက်သေအဖြစ် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်သည် -

- At least 18 years of age.
- အနည်းဆုံး အသက် ၁၈ နှစ် ပြည့်ကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။
- Not the Patient Advocate or alternate Patient Advocate appointed by the person signing this document.
- ဤစာချုပ်အားလက်မှတ်ထိုးသောသူမှ ခန့်အပ်ထားသော လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရှေ့နေ မဟုတ်သကဲ့သို့ အခြားရွေးချယ်ထားသော လူနာရေးရာအကျိုးဆောင်ရှေ့နေလည်း မဟုတ်ပါ။
- Not the patient's spouse, parent, child, grandchild, sibling or presumptive heir.
- လူနာ၏အိမ်ထောင်ဖက်၊ မိဘ၊ သားသမီး၊ မြေး၊ မွေးချင်း သို့မဟုတ် အမွေဆက်ခံခြင်း ခံရနိုင်ချေရှိသူလည်း မဟုတ်ပါ။
- Not listed to be a beneficiary of, or entitled to, any gift from the patient's estate.
- လူနာ၏အမွေဥစ္စာမှ ပည်သည့်တစ်စီးလက်ဆောင်ကို အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ သို့မဟုတ် အမွေဆက်ခံပိုင်ခွင့်ရှိသူလည်း မဟုတ်ပါ။
- Not directly financially responsible for the patient's health care.
- လူနာ၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေကြေးအားဖြင့် တိုက်ရိုက်တာဝန်ရှိသူလည်း မဟုတ်ပါ။
- Not a health care provider directly serving the patient at this time.
- လူနာအား လက်ရှိတွင် တိုက်ရိုက်စောင့်ရှောက်နေသော ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု ပေးသူလည်း မဟုတ်ပါ။
- Not an employee of a health care or insurance provider directly serving the patient at this time.
- လူနာအား လက်ရှိအချိန်တွင် တိုက်ရိုက်ဝန်ဆောင်မှုပေးနေသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဌာနမှ ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် အာမခံပေးသူလည်း မဟုတ်ပါ။

Witness Number 1:

သက်သေ အမှတ် ၁ -

Signature (လက်မှတ်)- _____ Date (ရက်စွဲ)- _____

Print Name (ပရင့်ထုတ်ထားသော နာမည်)- _____

Address (လိပ်စာ) - _____

City/State/Zip Code (မြို့/ပြည်နယ်/စာတိုက်အမှတ်)- _____

Witness Number 2 -

သက်သေ အမှတ် ၂ -

Signature (လက်မှတ်)- _____ Date (ရက်စွဲ)- _____

Print Name (ပရင့်ထုတ်ထားသော နာမည်)- _____

Address (လိပ်စာ) - _____

City/State/Zip Code (မြို့/ပြည်နယ်/စာတိုက်အမှတ်) - _____

Accepting the Role of Patient Advocate

လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့အစည်းအား လက်ခံခြင်း

Acceptance

သဘောတူလက်ခံခြင်း

9004808-B

The person named above has asked you to serve as his or her Patient Advocate (or as an alternate Patient Advocate). Before agreeing to accept the Patient Advocate responsibility and signing this form, please:

အထက်ပါသူသည် သင့်အား သူ၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့အစည်းအား လက်ခံပေးရန် (သို့မဟုတ် အခြားရွေးချယ်ထားသော လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့အစည်းအား လက်ခံပေးရန်) ကမ်းလှမ်းလာခြင်း ဖြစ်သည်။ လူနာရေးရာအကျိုးဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့အစည်းအား သဘောတူပြီး လက်ခံနှင့် ဤပုံစံအား လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းမပြုမီ ကျေးဇူးပြု၍ -

1. Carefully read the **Introduction (1A), Overview and this completed Patient Advocate Designation Form, (including any optional Preferences listed on pages 6A-9A).** Also, take note of any **Treatment Preferences (Goals of Care, pages 1B-2B) and/or Statement of Treatment Preferences** that may be attached. These documents will provide important information that you will use in discussing the person's preferences and in potentially acting as this person's Patient Advocate.

1. **စိတ်ဆက်ကဏ္ဍ (ဝက)** သုံးသပ်ချက်နှင့် ဤအပြည့်အစုံဖော်ပြပြီးဖြစ်သော လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွက်ရေး အခွင့်အလမ်းပုံစံ (စာမျက်နှာ ၆က-၉က တွင် ဖော်ပြထားသော ရွေးချယ်နိုင်သော ပိုမိုလုံလောက်မှုများ အပါအဝင်) အား ဂရုတစိုက်ဖတ်ပါ။ ထို့အပြင် ပိုမိုလုံလောက်သော မည်သည့် ကုသမှုမျိုးကိုမဆို (ပြုစောင့်ရှောက် ရေး ဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များ၊ စာမျက်နှာ ၁၈-၂၈) နှင့်/သို့မဟုတ် ပူးတွဲလျက် ပါနိုင်သော ပိုမိုလုံလောက်သည့် ကုသမှုဆိုင်ရာ သဘောထားထုတ်ပြန်ချက် တို့အား သတိပြုမှတ်သားပါ။ ထိုစာရွက်စာတမ်းများသည် သင့်အနေနှင့် လူတစ်ဦးတစ်ယောက်၏ ပိုမိုလုံလောက်မှုများအကြောင်း ဆွေးနွေးရာတွင်နှင့် လူတစ်ဦး၏ လူနာရေးရာအကျိုးဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့အစည်း လုပ်ဆောင်ရန် ဖြစ်နိုင်ချေရှိသော အနေအထားတွင် သင့်အနေနှင့် အသုံးပြုရမည့် အရေးပါသော သတင်းအချက်အလက်များကို ပေးမည်ဖြစ်သည်။

2. Discuss, in detail, the person's values and wishes, so that you can gain the knowledge you need to allow you to make the medical treatment decisions he or she would make, if able.

2. ထိုသူ၏ ခံထားသော တန်ဖိုးများနှင့် ဆန္ဒများကို အသေးစိတ်ဆွေးနွေးပါ ထိုသူသာလျှင် ထိုသူအနေနှင့် သူ့စွမ်းဆောင်နိုင်သော အချိန်တွင် ချမှတ်မည့် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များကို သင့်အနေနှင့် လုပ်ဆောင်နိုင်ရန်အတွက် လိုအပ်သော အသိပညာများကို သင့်အနေနှင့် ရရှိနိုင်မည်ဖြစ်သည်။

3. If you are at least 18 years of age and are willing to accept the role of Patient Advocate, read, sign and date the following statement.

3. သင်သည် အနည်းဆုံးအသက် ၁၈ နှစ် ပြည့်ပြီးဖြစ်လျှင် လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့အစည်းအဖွဲ့အား လက်ခံရန်အတွက် လိုလားပါက အောက်ပါထုတ်ပြန်ချက်ကို ဖတ်ရှု၊ လက်မှတ်ထိုးပြီး ရက်စွဲတပ်ပါ။

I accept the person's selection of me as Patient Advocate. I understand and agree to take reasonable steps to follow the desires and instructions of the person as indicated within this "Advance Directive: My Patient Advocate" document or in other written or spoken instructions from the person. I also understand and agree that, according to Michigan law:

ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ထိုသူမှ ကျွန်ုပ်အား လူနာရေးရာအကျိုးဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့အစည်းအဖွဲ့အား ရွေးချယ်ခြင်းကို လက်ခံပါသည်။ ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ဤ "ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် - ကျွန်ုပ်၏လူနာဆိုင်ရာ အကျိုးဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့အစည်း" ဟူသော စာရွက်စာတမ်းတွင် ဖော်ပြထားသော သို့မဟုတ် ထိုသူမှ ညွှန်ကြားသော အခြားသော စာဖြင့်ရေးသားထားသော သို့မဟုတ် နှုတ်ဖြင့်ပြောဆိုသော ညွှန်ကြားချက်တို့ကို နားလည်ပြီး ထိုသူ၏ဆန္ဒနှင့် လမ်းညွှန်ချက်အတိုင်း လုပ်ဆောင်ရမည်ကို နားလည်ပြီး ထိုကဲ့သို့သော လုပ်ဆောင်ချက် အဆင့်ဆင့်တို့ကို လုပ်ဆောင်ရမည်ကို သဘောတူပါသည်။ Michigan ဥပဒေအရ ထိုအချက်များကို နားလည်ပြီး သဘောတူပါသည် -

a. This appointment shall not become effective unless the patient is unable to participate in medical or mental health treatment decisions, as applicable.

a. ဤခန့်အပ်မှုသည် ပြဌာန်းထားသည့်အတိုင်း လူနာအနေနှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကုသမှုဆုံးဖြတ်ချက်များကို ပါဝင်လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်း ရှိနေသေးသရွှိ အသက်မဝင်မည် မဟုတ်ပါ။

b. I will not exercise powers concerning the patient's care, custody, medical or mental health treatment that the patient – if the patient were able to participate in the decision – could not have exercised on his or her own behalf.

b. ကျွန်ုပ်အနေနှင့် လူနာအား ပြုစောင့်ရှောက်မှု၊ အုပ်ထိန်းမှု၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကုသမှုများတွင် လူနာမှ ထိုဆုံးဖြတ်ချက်များချရာတွင် ပါဝင်နိုင်ပါက ထိုအရာတို့နှင့် သက်ဆိုင်သော လုပ်ပိုင်ခွင့်ကို ဆောင်ရွက်မည်မဟုတ်ဘဲ လူနာမှ မိမိကိုယ်တိုင်အတွက် ဆောင်ရွက်နိုင်ခြင်းမရှိမီ ဆောင်ရွက်မည်ဖြစ်သည်။

- c. I cannot make a medical treatment decision to withhold or withdraw treatment from a patient who is pregnant, if that would result in the patient's death, even if these were the patient's wishes.
- C. ကျွန်ုပ်အနေနှင့် လူနာကိုယ်တိုင်မှ အလိုရှိလင့်ကစား ကိုယ်ဝန်ရှိနေသော လူနာအား ကုသနေသော ကုသမှုကို ဆိုင်းငံ့စေခြင်း သို့မဟုတ် ရုပ်သိမ်းစေခြင်းတို့ကို ပြုလုပ်ကာ လူနာကိုသေဆုံးစေမည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုသမှု ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်ခြင်းတို့ကို မပြုလုပ်နိုင်ပါ။
- d. I can make a decision to withhold or withdraw treatment which would allow the patient to die only if he or she has expressed clearly that I am permitted to make such a decision, and the patient understands that such a decision could or would allow his or her death.
- d. ကျွန်ုပ်အနေနှင့် လူနာဘက်မှ ကုသမှုတစ်ရပ်ကို ဆိုင်းငံ့စေခြင်း သို့မဟုတ် ရုပ်သိမ်းစေခြင်းတို့ပြုလုပ်ကာ လူနာကို သေစေနိုင်သော ဆုံးဖြတ်ချက်ချိုးကို လူနာဘက်မှ ကျွန်ုပ်အား ထိုကဲ့သို့ဆုံးဖြတ်ချက်ချိုးကို ချုပ်ခွင့်ပြုပါကြောင်း ရှင်းရှင်းလင်းလင်းထုတ်ဖော်ပြသမှုသာလျှင် ချုပ်ခွင့်ရှိပြီး လူနာဘက်မှ လည်း ထိုကဲ့သို့သော ဆုံးဖြတ်ချက်ချိုးသည် သူ့အား သေစေနိုင်ကြောင်းကို နားလည်ထားရမည်ဖြစ်သည်။
- e. I may not receive payment for serving as Patient Advocate, but I can be reimbursed for actual and necessary expenses which I incur in fulfilling my responsibilities.
- E. ကျွန်ုပ်အနေနှင့် လူနာရေးရာအကျိုးဆောင်ရွက်မှုအတွက် နေဆောင်ရွက်ခြင်းကြောင့် အခကြေးငွေ ရပိုင်ခွင့်မရှိသော်လည်း ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ဝတ္တရားများကို ဆောင်ရွက်ရခြင်းကြောင့် အမှန်တကယ်နှင့် လိုအပ်သော ကုန်ကျစရိတ်များ ကို ပြန်လည်ရရှိခွင့်ရှိသည်။
- f. I am required to act in accordance with the standards of care applicable to fiduciaries when acting for the patient and shall act consistent with the patient's best interests. The known desires of the patient expressed or evidenced while the patient is able to participate in medical or mental health treatment decisions are presumed to be in the patient's best interests.
- f. ကျွန်ုပ်အနေနှင့် လူနာအတွက်ဆောင်ရွက်နေစဉ်ကာလအတွင်း ယုံကြည်အပ်နှံခြင်းခံရသော သူနှင့် ဆီလျော်သော ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုမျိုးနှင့် ညီသော အဆင့်အတန်းမျိုးနှင့်အညီ ပြုမူဆောင်ရွက်ရမည်ဖြစ်ပြီး လူနာ၏ အကောင်းဆုံးသော အကျိုးအရှိဆုံးဖြစ်မည့်နည်းလမ်းနှင့် ဆီလျော်စွာ ပြုမူဆောင်ရွက်ရမည်။ လူနာအနေနှင့် ဆေးဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကုသမှုဆုံးဖြတ်ချက်များတွင် ပါဝင်နိုင်စဉ်က ထုတ်ဖော်ပြောကြားခဲ့သော သို့မဟုတ် သက်သေအထောက်အထားရှိခဲ့သော သိပြီးဖြစ်သည့် ဆန္ဒများအား လူနာအတွက် အကျိုးအရှိဆုံးဟု ယူဆမည်ဖြစ်သည်။
- g. The patient may revoke his or her appointment of me as Patient Advocate at any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke.
- g. လူနာဘက်မှ ကျွန်ုပ်အပေါ်တွင် ခန့်အပ်ထားသော လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွက်မှုအတွက် မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခိုင်းခွင့်ရှိပြီး ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းရန် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောကြားသော မည်သည့်လိုလောက်သည့် နည်းလမ်းဖြင့်မဆို ပြုလုပ်နိုင်သည်။
- h. The patient may waive the right to revoke a designation as to the power to exercise mental health treatment decisions, and if such waiver is made, the patient's ability to revoke as to certain treatment will be delayed for 30 days after the patient communicates his or her intent to revoke.
- h. လူနာအနေနှင့် စိတ်ကျန်းမာရေးကုသမှုနှင့် ပတ်သတ်သော ဆုံးဖြတ်ချက်များကို ချမှတ်ပိုင်ခွင့်အရ ခန့်အပ်ထားသော ရာထူးကို ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခိုင်းခွင့်အား ကျင့်သုံးခြင်းမရှိဘဲ နေလိုကုန်နိုင်ပြီး ထိုကဲ့သို့ ကျင့်သုံးခြင်းမရှိပါက လူနာ၏ ထိုကဲ့သို့သော ကုသမှုမျိုးအား ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခိုင်းခွင့်သည် သူ၏ ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းလိုသော ဆန္ဒကို ဆက်သွယ်ပြောကြားပြီးနောက်တွင် ရက် ၃၀ ထိ ဆိုင်းငံ့ထားခြင်းခံရမည်ဖြစ်သည်။
- i. I may revoke my acceptance of my role as Patient Advocate at any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke.
- i. ကျွန်ုပ်အနေနှင့်လည်း ကျွန်ုပ်၏ လူနာရေးရာအကျိုးဆောင်ရွက်မှုအတွက် လက်ခံထားမှုအား မည်သည့်အချိန်တွင်မဆိုရုပ်သိမ်းနိုင်ပြီး ရုပ်သိမ်းရန် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောကြားသော မည်သည့်လိုလောက်သည့် နည်းလမ်းဖြင့်မဆို ပြုလုပ်နိုင်သည်။
- j. A patient admitted to a health facility or agency has the rights enumerated in Section 20201 of the Michigan Public Health Code, (Exercise of Rights by Patient's Representative 1978 PA 368, MCL 333.20201)
- j. ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုဌာန သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်ဌာနတစ်ခုသို့ တင်ခြင်းခံရသော လူနာတစ်ယောက်စည် Michigan ပြည်နယ် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး ဥပဒေ ၃၆၈ ၂၀၂၀၁ တွင် ပြဌာန်းထားသော ရပိုင်ခွင့်များ ခံစားခိုင်းခွင့်ရှိသည် (လူနာ၏ ကိုယ်စားလှယ်မှ ရပိုင်ခွင့်များကို ကျင့်သုံးခိုင်းခွင့် ၁၉၇၈ PA 368, MCL 333.20201)

Accepting the Role of Patient Advocate *(continued)*

Patient Advocate Signature and Contact Information

လူနာရေးရာအကျိုးဆောင်ရွေးနေရာထူးအားလက်ခံခြင်း (ဆက်ရှု)

လူနာရေးရာအကျိုးဆောင်ရွေးနေ လက်မှတ်နှင့် ဆက်သွယ်ရန် လိပ်စာ

This is an advance directive for:

၎င်းသည် အောက်ပါပုဂ္ဂိုလ်အတွက် ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်ဖြစ်သည်

Print Name (ပရင့်ထုတ်ထားသောနာမည်): _____ Date of Birth (မွေးသက္ကရာဇ်): _____

My Patient Advocate(s) will serve in the order listed below:

အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော စာရင်းအတိုင်း ကျွန်ုပ်၏ လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေးနေ (များ) မှ ဆောင်ရွက်သွားမည်ဖြစ်သည် -

Patient Advocate

လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေးနေ

I, _____ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above.

(PRINT)

ကျွန်ုပ်သည် _____ အထက်တွင်ဖော်ပြထားသော ပုဂ္ဂိုလ်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေးနေ အဖြစ်ဆောင်ရွက်ရန်အတွက် သဘောတူညီထားပြီးဖြစ်သည်။

Signature (လက်မှတ်ထိုးရန်) _____

Date (ရက်စွဲ): _____

Address (လိပ်စာ): _____

City/State/Zip Code (မြို့/ပြည်နယ်/စာတိုက်အမှတ်): _____

Phone (Day) နံနက် (နေ့ဘက်) _____ (Evening) (ညနေ): _____

(Cell) (ဆဲလ်ဖုန်း) - _____

First Alternate (Successor) Patient Advocate (Optional)

ပထမဦးစားပေးအဖြစ် အခြားရွေးချယ်လိုသူ (နောက်ထပ်နေရာဆက်ခံမည့်) လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေးနေ (ဆန္ဒအလျောက် ဖြည့်စွက်နိုင်သည်)

I, _____ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above.

(PRINT)

ကျွန်ုပ်သည် _____ အထက်တွင်ဖော်ပြထားသော ပုဂ္ဂိုလ်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေးနေ အဖြစ်ဆောင်ရွက်ရန်အတွက် သဘောတူညီထားပြီးဖြစ်သည်။

Signature (လက်မှတ်ထိုးရန်) _____

Date (ရက်စွဲ): _____

Address (လိပ်စာ): _____

City/State/Zip Code (မြို့/ပြည်နယ်/စာတိုက်အမှတ်): _____

Phone (Day) နံနက် (နေ့ဘက်) _____ (Evening) (ညနေ): _____

(Cell) (ဆဲလ်ဖုန်း) - _____

Second Alternate (Successor) Patient Advocate (Optional)

ဒုတိယဦးစားပေးအဖြစ် အခြားရွေးချယ်လိုသူ (နောက်ထပ်နေရာဆက်ခံမည့်) လူနာရေးရာအကျိုးဆောင်ရှေ့နေ (ဆန္ဒအလျောက် ဖြည့်စွက်နိုင်သည်)

I, _____ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above.

(PRINT)

ကျွန်ုပ်သည် _____ အထက်တွင်ဖော်ပြထားသော ပုဂ္ဂိုလ်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရှေ့နေ အဖြစ်ဆောင်ရွက်ရန်အတွက် သဘောတူညီထားပြီးဖြစ်သည်။
(ပရင့် ထုတ်ရန်)

Signature (လက်မှတ်ထိုးရန်) _____ **Date** (ရက်စွဲ): _____

Address (လိပ်စာ): _____

City/State/Zip Code (မြို့/ပြည်နယ်/စာတိုက်အမှတ်): _____

Phone (Day) နံနက် (နေ့ဘက်) _____ (Evening) (ညနေ): _____

(Cell) (ဆဲလ်ဖုန်း) - _____

Making Changes

အပြောင်းအလဲပြုလုပ်ခြင်း

If only the contact information for your advocate(s) changes, it may be revised on the original and on the photocopies without replacing the entire form.

Photocopies of this form are acceptable as originals.

သင်၏အကျိုးဆောင်ရှေ့နေ(များ)၏ ဆက်သွယ်ရမည့် လိပ်စာအချက်အလက်များသာလျှင် ပြောင်းလဲသွားပါက ပုံစံတစ်ခုလုံးကို အစားထိုးခြင်း မရှိဘဲ မူရင်းနှင့် မိတ္တူများအား ပြန်လည်စိစစ် ပြင်ဆင်ကောင်း ပြင်ဆင်ခြင်း ပြုနိုင်သည်။

ဤပုံစံ၏ မိတ္တူများသည်လည်း မူရင်းကဲ့သို့ပင် လက်ခံနိုင်ဖွယ်ရာ အခြေအနေရှိသည်။



Treatment Preferences (Goals of Care)

ပိုမိုလိုလားသော ကုသမှုများ (ပြုစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များ)

Print Name (ပရင်ထုတ်ထားသော နာမည်): _____ Date of Birth (မွေးသက္ကရာဇ်): _____

Specific Instructions to my Patient Advocate – ကျွန်ုပ်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရှေ့နေထံသို့ တိတိကျကျ ညွှန်ကြားလိုသည်မှာ -

When I am not able to decide or speak for myself, the following are my specific preferences and values concerning my health care:

ကျွန်ုပ်အနေနှင့် မိမိကိုယ်တိုင် ဆုံးဖြတ်ချက်ချခြင်း သို့မဟုတ် ပြောဆိုခြင်းမပြုနိုင်သောအခါ အောက်ပါတို့သည် ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့်ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်၏တိတိကျကျ ဦးစားပေးအချက်များနှင့် ခံယူထားသောတန်ဖိုးများဖြစ်သည် -

Instructions:
ညွှန်ကြားချက်များ -

Put your initials next to the choice you prefer for each situation below.
အောက်ပါအခြေအနေ တစ်ခုစီအတွက် သင်ပိုမိုလိုလားသော ရွေးချယ်မှုသေးတွင် သင့်နာမည်စာလုံး အတိုကောက်ကို ရေးသားပါ



9004808-B

TREATMENTS TO PROLONG MY LIFE

ကျွန်ုပ်အား အသက်ဆက်လက်ရှင်သန်စေရန်ဆောင်ရွက်သော ကုသမှုများ

If I reach a point where there is reasonable medical certainty that I will not recover my ability to know who I am, where I am, and I am unable to meaningfully interact with others:

ကျွန်ုပ်အနေနှင့် မိမိမည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း၊ မည်သည့်အနေရာတွင် ရောက်နေကြောင်းနှင့် အခြားသူများနှင့် အဓိပ္ပာယ်ရှိရှိ ဆက်သွယ်နိုင်စွမ်းအား ပြန်လည်မရရှိနိုင်တော့ကြောင်း ဆေးပညာအရ ကျိန်းသေပေါက် ကျိုးကြောင်းဆီလျော်စွာ တပ်အပ်ပြောနိုင်သော အခြေအနေသို့ ရောက်ရှိလာပါက -

___ I want all possible efforts to prolong life made on my behalf, even if it means I may remain on life-sustaining equipment, such as a breathing machine or kidney dialysis, for the rest of my life.

___ ကျွန်ုပ်အနေနှင့် အသက်ဆက် ကိရိယာဖြစ်သော အသက်ရှူစက် သို့မဟုတ် ကျောက်ကပ်ဆေးခြင်းတို့ဖြင့် တစ်ဘဝလုံး ဆက်တိုက်နေရမည်ဟု သဘောသက်ရောက်လျှင်ပင် ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား အသက်ဆက်လက် ရှင်သန်နိုင်ရန်အတွက် ရှိရှိသမျှသော ဖြစ်နိုင်သမျှ အားထုတ်မှုတို့ ဆောင်ရွက်သည်ကို လိုချင်ပါသည်။

OR
သို့မဟုတ်

___ I want my health care providers to try treatments to prolong my life for a period of time. However, I want to stop these treatments if they do not help, or if they cause me pain and suffering.

___ ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ကျွန်ုပ်အား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးသူများကို ကျွန်ုပ်၏အသက်အား ကာလတစ်ခုထိ ဆက်လက်ရှင်သန်နိုင်စေရန်အတွက် ကုသမှုများကို စမ်းသပ်စေလိုပါသည်။ သို့သော်လည်း ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ထိုကုသမှုများ ထိရောက်မှုမရှိလျှင် သို့မဟုတ် ၎င်းတို့အနေနှင့် ကျွန်ုပ်အား နာကျင်မှုနှင့် ဝေဒနာခံစားရမှုများ ဖြစ်စေမည်ဆိုလျှင် ရပ်တန့်စေလိုပါသည်။

OR
သို့မဟုတ်

___ I want to stop or withhold all treatments to prolong my life.

___ ကျွန်ုပ်အား အသက်ဆက်နေသော အလုံးစုံသော ကုသမှုများအား ရပ်တန့်ခြင်း သို့မဟုတ် ဆိုင်းငံ့ခြင်းပြုလုပ်စေလိုပါသည်။

In all situations, I want to receive treatment and care to keep me comfortable.

မည်သို့သောအခြေအနေမျိုးတွင်မဆို ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ကျွန်ုပ်အား သက်သာစေမည့် ကုသမှုနှင့် စောင့်ရှောက်မှုကို အလိုရှိပါသည်။

___ I choose not to complete this section.

(continues on next page)

___ ဤအပိုင်းကို ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ဖြည့်စွက်လိုခြင်းမရှိပါ

(နောက်တစ်မျက်နှာတွင် ဆက်ရန်)

Instructions:

ညွှန်ကြားချက်များ -

- i. Put your initials next to the choice you prefer for each situation below.
- i. အောက်ပါအခြေအနေ တစ်ခုစီအတွက် သင်ပိုမိုလိုလားသော ရွေးချယ်မှုသေးတွင် သင့်နှာမည်စာလုံး အတိုကောက်ကို ရေးသားပါ
- ii. NOTE: This is NOT a “Do Not Resuscitate” (DNR) Order, which is a separate legal document. Talk with your personal healthcare provider if you would like a DNR Order.
- ii. သတိပြုရန် - ၎င်းသည် သီးသန့် ဥပဒေစာရွက်စာတမ်းဖြစ်သော "အသက်ပြန်ရှင်စေရန် ပြုစုခြင်း မပြု" (DNR) အမိန့် မဟုတ်ပါ။ သင့်အနေနှင့် DNR အမိန့်လိုချင်ပါက သင်၏ပုဂ္ဂလိကကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးသူနှင့် ပြောဆိုပါ။

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR)

နှလုံးနှင့်အဆုတ်ပြန်လည်နိုးထစေရန် ပြုစုခြင်း (CPR)

If my heart or breathing stops:

ကျွန်ုပ်၏နှလုံး သို့မဟုတ် အသက်ရှူခြင်း ရပ်တန့်သွားပါက -

I want CPR in all cases.
 မည်သည့်အခြေအနေမျိုးတွင်မဆို ကျွန်ုပ်အနေနှင့် CPR လုပ်ပေးခြင်းကို **အလိုရှိပါသည်။**

OR
သို့မဟုတ်

I want CPR unless my health care providers determine that I have any of the following:

ကျွန်ုပ်အနေနှင့် အောက်ပါအခြေအနေများအနက်မှ တစ်ခုခုရှိသည်ဟု ကျွန်ုပ်အား ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးသူများက ဆုံးဖြတ်သည့်အချိန်မှလွဲ၍ ကျွန်ုပ်အချိန်များတွင် ကျွန်ုပ် CPR **အလိုရှိပါသည် -**

- An injury or illness that cannot be cured and I am dying.
- ကုသ၍ မပျောက်ကင်းနိုင်သော ဒဏ်ရာ သို့မဟုတ် နာဖျားမှုဖြစ်ပေါ်နေပြီး ကျွန်ုပ် သေလုဆဲဆဲအခြေအနေ ရောက်နေသောအခါ
- No reasonable chance of surviving.
- အသက်ရှင်ရန် ဖြစ်နိုင်ချေမရှိတော့သောအခါ
- Little chance of surviving long term, and it would be hard and painful for me to recover from CPR.
- ရေရှည်အသက်ရှင်နိုင်ရန် ဖြစ်နိုင်ချေနည်းပါးပြီး ကျွန်ုပ်အား CPR လုပ်ခြင်းကြောင့် ပြန်လည်သတိရလာစေရန်အတွက် ခက်ခဲပြီး အလွန်အမင်းနာကျင်စေနိုင်သောအခါ

OR
သို့မဟုတ်

I do not want CPR but instead want to allow natural death.

ကျွန်ုပ်အနေနှင့် CPR လုပ်ခြင်းကို **အလိုမရှိဘဲ** သဘာဝအလျောက် သေဆုံးလိုသည်အခါ

Additional Specific Instructions

နောက်ဆက်တွဲ အတိအကျ ညွှန်ကြားချက်များ

I want my Patient Advocate to follow these specific instructions, which may limit the authority previously described in General Instructions to My Patient Advocate.

ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ကျွန်ုပ်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေးနေအား ရှေ့တွင်ဖော်ပြထားသော ကျွန်ုပ်၏ လူနာရေးရာအကျိုးဆောင်ရွေးနေထံသို့ အထွေထွေညွှန်ကြားချက်ထဲတွင် ဖော်ပြထားသော လုပ်ပိုင်ခွင့်အား ကန့်သတ်ထားသည့် ထို အတိအကျညွှန်ကြားချက်များကို လိုက်နာစေလိုပါသည်။

 I choose not to complete this section.

 ဤအပိုင်းကို ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ဖြည့်စွက်လိုခြင်းမရှိပါ

Signature

လက်မှတ်

(If you are satisfied with your choice of Patient Advocate and with the Treatment Preferences guidance you have provided in this section, you need to sign and date the statement below.)

(သင့်အနေနှင့် သင်၏လူနာရေးရာ အကျိုးဆောင်ရွေး နေ ရွေးချယ်မှုနှင့် ဤအပိုင်းတွင် သင်ဖော်ပြထားသော ကုသမှုဆိုင်ရာ ပိုမိုလိုလားချက် လမ်းညွှန်မှုအား ကျေနပ်မှုရှိသည်ဆိုပါက သင့်အနေနှင့် အောက်ပါ သဘောထားထုတ်ပြန်ချက်တွင် လက်မှတ်ထိုးပြီး ရက်စွဲတပ်ရန် လိုအပ်ပါသည်။)

I am providing these instructions of my own free will. I have not been required to give them in order to receive care or have care withheld or withdrawn. I am at least eighteen (18) years old and of sound mind. These are my preferences and goals expressed and affirmed on the date below:

ကျွန်ုပ်အနေနှင့် မိမိ၏လွတ်လပ်သောဆန္ဒအရ အောက်ပါ ညွှန်ကြားချက်များကို ပေးခြင်းဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု ရရှိရန် သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု ဆိုင်းငံ့ခြင်း ခံရရန် သို့မဟုတ် ရုပ်သိမ်းခြင်းခံရရန်အတွက် ၎င်းတို့အား အဖိုးအခပေးရန် မလိုပါ။ ကျွန်ုပ်သည် အနည်းဆုံး အသက်တစ်ဆယ့်ရှစ် (၁၈) နှစ် ရှိပြီဖြစ်ပြီး စိတ်ကျန်းမာရေး ကောင်းမွန်ပါသည်။ ဤသည်မှာ ကျွန်ုပ်ပိုမိုလိုလားသော အချက်များနှင့် ထုတ်ဖော်ပြောဆိုထား သော ရည်ရွယ်ချက်များဖြစ်ပြီး အောက်ပါ ရက်စွဲတွင် အတည်ပြုထားပါသည်။ -

Signature (လက်မှတ်): _____ Date (နေ့စွဲ): _____

