EMORY HEALTHCARE

GEORGIA ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE
AMHARIC TRANSLATIONS
የጤና ክብካቤ ቅድመ መመሪያ

By/በ፡-: _____ Date of Birth/የትውልድ ዘመን፡-: _____
(Print Name/በአብይ ፊደል የተጻፈ ስም) (Month/Day/Year/ወር/ቀን/ዓመት)

This advance directive for health care has four parts/ይህ የጤና ክብካቤ ቅድመ መመሪያ አራት ክፍሎች አሉት፡-:

PART ONE/ ክፍል አንድ

HEALTH CARE AGENT/የጤና ክብካቤ ወኪል። *ይህ ክፍል እርስዎ ለራስዎ የጤና ክብካቤ ውሳኔዎችን መስጠት ሳይችሉ ሲቀሩ (ወይም መወሰን ካልፈለጉ) የእርስዎን የጤና ክብካቤ ውሳኔዎችን እንዲወስን ሌላ ሰው እንዲመርጡ ያስችልዎታል። የሚመርጡት ሰው የጤና ክብካቤ ወኪል ይባላል። የጤና ክብካቤ ወኪልዎ እርስዎ ሕይወትዎ ካለፈም በኋላ የእስክሬን ምርመራ፣ የሰውነት ክፍል ልገሳ፣ የሰውነት ልገሳ፣ እንዲሁም በመጨረሻም የአስክሬንዎን አወጋገድ በተመለከተ ውሳኔ እንዲሰጥ ማድረግ ስለዚህ ጠቃሚ ሚና ከጤና ክብካቤ ወኪልዎ ጋር መነጋገር አለብዎት።*

PART TWO /ክፍል ሁለት

TREATMENT PREFERENCES/የሕክምና ምርጫዎች። *ይህ ክፍል የማይድን በሽታ ካለብዎት ወይም ቋሚ የሆነ ራስን የመሳት ሁኔታ ውስጥ ከሆኑ የሚፈልጉትን የሕክምና ምርጫ እንዲያስቀምጡ ይረዳዎታል። ክፍል ሁለት ተፈጻሚ የሚሆነው የሕክምና ምርጫዎን በተመለከተ መነጋገር ካልቻሉ ብቻ ነው። ክፍል ሁለት ተፈጻሚ ከመሆኑ በፊት የሕክምና ምርጫዎችዎን በተመለከተ ከእርስዎ ጋር ለመነጋገር ምክንያታዊ እና ተገቢ የሆኑ ጥረቶች ይደረጋሉ። ስለ ሕክምና ምርጫዎችዎ ከቤተሰብዎ እና ለእርስዎ ቅርብ ከሆኑ ከሌሎች ሰዎች ጋር መነጋገር አለብዎት።*

PART THREE/ ክፍል ሦስት

GUARDIANSHIP/ሞግዚትነት። *ይህ ክፍል ሞግዚት የሚያስፈልግ ከሆነ አንድ ሰው እንዲመርጡ ያስችልዎታል።*

PART FOUR/ ክፍል አራት

EFFECTIVENESS AND SIGNATURES/ተፈጻሚነት እና ፊርማዎች። *ለዚህ ክፍል የእርስዎ እና የሁለት ምስክሮች ፊርማ ያስፈልጋል። የዚህን ቅጽ ማንኛውም ሌላ ክፍል ሞልተው ከሆነ ክፍል አራትን ማጠናቀቅ አለብዎት።*

ከላይ ከተዘረዘሩት የመጀመሪያዎቹ ሦስት ክፍሎች ውስጥ ማንኛውንም ወይም ሁሉንም መሙላት ይችላሉ። ይህ ቅጽ ተፈጻሚ እንዲሆን የቅጹን ክፍል አራት መሙላት አለብዎት።

የዚህን ቅጽ የተሞላ ቅጂ ለጤና ክብካቤ ወኪልዎ፣ ለቤተሰብዎ፣ እና ለሐኪምዎ ለመሰሰሉ ሊያስፈልጋቸው ለሚችሉ ሰዎች መስጠት አለብዎት። የዚህን ቅጽ የተሞላ ቅጂ ቢያስፈልግ በቀላሉ ሊገኝ በሚችልበት ቦታ በቤትዎ ያስቀምጡት። የተሞላው ቅጽ ምርጫዎችዎን መያዙን ለማረጋገጥ በየጊዜው ደግመው ይመልከቱት። ምርጫዎችዎ ከተቀየሩ አዲስ የጤና ክብካቤ ቅድመ መመሪያ ይሙሉ።

ይህንን የጤና ክብካቤ ቅድመ መመሪያ መጠቀም ሙሉ ለሙሉ በምርጫዎ ላይ የተመሠረተ ነው። በGeorgia ሌሎች የጤና ክብካቤ ቅድመ መመሪያ ቅጾች ጥቅም ላይ ሊውሉ ይችላሉ።

ይህንን የተሞላ ቅጽ በማንኛውም ሰዓት መሻር ይችላሉ። ይህ የተሞላ ቅጽ ይህንን ከመሙላትዎ በፊት የሞሉትን ማንኛውንም የጤና ክብካቤ ቅድመ መመሪያ፣ የጤና ክብካቤ ጽኑ የውክልና ሥልጣን፣ የጤና ክብካቤ ወኪል፣ ወይም የሕክምና ምርጫ ኑዛዜን ይተካል።

PART ONE: HEALTH CARE AGENT/ክፍል አንድ፦ የጤና ክብካቤ ወኪል

[ምንም እንኳ ክፍል ሁለት ባይሞላ ክፍል አንድ ተፈጻሚ ይሆናል። በጤና ክብካቤዎ ላይ በቀጥታ ተሳታፊ የሆነ ሐኪም ወይም የጤና ክብካቤ አቅራቢ የጤና ክብካቤ ወኪልዎ መሆን አይችልም። ባለትዳር ከሆኑ፣ ወደፊት የሚኖር ፍቺ ወይም የትዳር መሻር አሁን ላይ የትዳር አጋርዎ የሆኑትን ሰው እንደ ጤና ክብካቤ ወኪልዎ መረጠው ከሆነ ያንን ይሽረዋል። ባለትዳር ካልሆኑ እና ወደፊት ጋብቻ ከፈጸሙ የመረጡት የጤና ክብካቤ ወኪል አዲሱ የትዳር አጋርዎ ካልሆኑ በስተቀር ጋብቻው የወኪል ምርጫውን ይሽረዋል።]

(1) HEALTH CARE AGENT/የጤና ክብካቤ ወኪል

እኔ ቀጥሎ የተገለጸውን ግለሰብ የጤና ክብካቤ ውሳኔዎችን ለእኔ እንዲወስንልኝ እንደ ጤና ክብካቤ ወኪሌ መርጫለሁ፦

Name/ስም፦: _____

Address/አድራሻ፦: _____

Telephone Numbers/የስልክ ቁጥሮች፦: _____
(Home, Work, and Mobile/የቤት፣ የሥራ፣ እና ተንቀሳቃሽ ስልክ)

(2) BACK-UP HEALTH CARE AGENT/መጠባበቂያ የጤና ክብካቤ ወኪል

*[**ይህን ክፍል መሙላት ግዴታ አይደለም።** ይህን ክፍል ባዶ ቢተዉትም ክፍል አንድ ተፈጻሚ ይሆናል።]*

የጤና ክብካቤ ወኪሌን ምክንያታዊ በሆነ ጊዜ ማግኘት ካልተቻለ እና ምክንያታዊ በሆነ ጥረት ያለበት ቦታ ካልታወቀ ወይም በማንኛውም ምክንያት የጤና ክብካቤ ወኪሌ የማይገኝ ከሆነ ወይም መገኘት ካልቻለ ወይም የጤና ክብካቤ ወኪሌ ሆኖ ለመንቀሳቀስ ፈቃደኛ ካልሆነ፣ ያን ጊዜ ከታች የተዘረዘሩት ሰዎች ስማቸው በተቀመጠበት ቅደም ተከተል መሠረት የመጠባበቂያ የጤና ክብካቤ ወኪሌ(ሎቼ) እንዲሆኑ መርጫለሁ፦

Name/ስም፦:_____

Address/አድራሻ፦: _____

Telephone Numbers/የስልክ ቁጥሮች፦:_____
(Home, Work, and Mobile/የቤት፣ የሥራ፣ እና ተንቀሳቃሽ ስልክ)

Name/ስም፦:_____

Address/አድራሻ፦: _____

Telephone Numbers/የስልክ ቁጥሮች፦: _____
(Home, Work, and Mobile/የቤት፣ የሥራ፣ እና ተንቀሳቃሽ ስልክ)

(3) GENERAL POWERS OF HEALTH CARE AGENT/የጤና ክብካቤ ወኪል አጠቃላይ ሥልጣኖች

የጤና ክብካቤ ውሳኔዎቼን ማሳወቅ በማልችልበት ወይም የጤና ክብካቤ ወኪሌ የጤና ክብካቤ ውሳኔዎቼን እንዲያሳውቅ በምመርጥበት ጊዜ የጤና ክብካቤ ወኪሌ የጤና ክብካቤ ውሳኔዎችን ለእኔ ይወስናል።

የጤና ክብካቤ ወኪሌ እኔ ልወስን የምችለውን ማንኛውንም የጤና ክብካቤ ውሳኔ የመወሰን ተመሳሳይ ሥልጣን ይኖረዋል። የጤና ክብካቤ ወኪሌ ሥልጣን የሚከተሉትን ምሳሌዎች ያካትታል፡-

- ማንኛውም ሆስፒታል፣ የተካነ የነርሲንግ ተቋም፣ የቤት ውስጥ ክብካቤ(ሀስፐስ)፣ ወይም ሌላ የጤና ክብካቤ ተቋም ወይም አገልግሎት እንድገባ ወይም ከዚያ እንድወጣ ማድረግ፤
- ማንኛውንም ዓይነት የጤና ክብካቤ መጠየቅ፣ መፍቀድ፣ ማቆየት፣ ወይም ማስወጣት፤ እና
- ከማንኛውም የጤና ክብካቤ ተቋም ወይም አገልግሎት ጋር ለእኔ መዋዋል እና ለእነዚህ አገልግሎቶች እንድከፍል እኔን ማስገደድ (ለእኔ ወይም በእኔ ቦታ በመሆን ለተዋዋለባቸው ማናቸውም አገልግሎቶች የጤና ክብካቤ ወኪሌ ገንዘብ የመክፈል ኃላፊነት የለበትም)።

የጤና ክብካቤ ወኪሌ ለሁሉም ከሕክምና መዛግብት ግላዊነት ጋር (የ1996 የጤና መድኅን ተንቀሳቃሽነት እና ተጠያቂነት ድንጋጌን ጨምሮ) ተያያዥ ለሆኑ የፌዴራል ወይም የግዛት ሕግ ዓላማዎች ግላዊ ተወካዬ የሚሆን ሲሆን እንደ እኔ ሁሉ የሕክምና መዛግብቶቼን የማግኘት መብት ያለው ሲሆን ቀጣይነት ላለው ለጤና ክብካቤዬ ዓላማ ሲባል የሕክምና መዛግብቶቼ ላይ ያሉትን ይዘቶች ለሌሎች መግለጽ ይችላል።

በአምቡላንስ ሠራተኞች አስተያየት መሠረት ፕሮቶኮሉ ተሳፋሪ እንዲኖር የሚፈቅድ ከሆነ የጤና ክብካቤ ወኪሌ በአምቡላንስ ወይም በአየር አምቡላንስ አብሮኝ ሊሄድ ይችላል እንዲሁም የጤና ክብካቤ ወኪሌ በሆስፒታል፣ በሰለጠነ የነርሲንግ ተቋም፣ በቤት ውስጥ ክብካቤ (ሆስፐስ)፣ ወይም በሌላ የጤና ክብካቤ ተቋም ወይም አገልግሎት ውስጥ ሆኜ ፕሮቶኮሉ ለመጎብኘት የሚፈቅድ ከሆነ በአካል መጥቶ ሊያማክረኝ ወይም ሊጎበኘኝ ይችላል።

የጤና ክብካቤ ወኪሌ በዋናው ምትክ የዚህን የጤና ክብካቤ ቅድመ መመሪያ ቅጂ ሊያቀርብ ይችላል እንዲሁም ቅጂው ከዋናው ጋር ተመሳሳይ ትርጉም እና ውጤት ይኖረዋል።

በGeorgia ሕግ መሠረት የሚከተሉት እንደሚሆኑ ተረድቻለሁ፡-

- የጤና ክብካቤ ወኪሌ እንደ ጤና ክብካቤ ወኪሌ ሆኖ ለመስራት ፈቃደኛ ላይሆን ይችላል፤
- የጤና ክብካቤ ወኪሌ በትክክል እየሠራ እንዳልሆነ ካወቀ ፍርድ ቤት የጤና ክብካቤ ወኪሌን ሥልጣን ሊያነሳ ይችላል፤ እንዲሁም
- የጤና ክብካቤ ወኪሌ የሳይኮ ሰርጀሪ፣ ከጀርም ማንጻትን፣ ወይም ሕክምናን ወይም ለአእምሮ ወይም ሥነ-ልቦናዊ ሕመም፣ የአእምሮ መዘግየት ወይም የሱስ በሽታን በተመለከተ ያለፍላጎት ሆስፒታል መተኛትን በተመለከተ ለእኔ የጤና ክብካቤ ውሳኔዎችን የማድረግ ስልጣን የለውም።

(4) GUIDANCE FOR HEALTH CARE AGENT/የጤና ክብካቤ ወኪል መመሪያ

የጤና ክብካቤ ወኪሌ ለኔ የጤና ክብካቤ ውሳኔዎችን በሚሰጥበት ጊዜ ከእኔ ጋር ከነበሩት ያለፉት ንግግሮች ጋር ምን ዓይነት እርምጃዎች ተስማሚ እንደሚሆኑ፣ በክፍል ሁለት (ክፍል ሁለትን ሞልቼ ከሆነ) የተገለጹት የሕክምና ምርጫዎቼ፣ የእኔ ኃይማኖታዊ እና ሌሎች እምነቶች እና እሴቶች፣ እንዲሁም ከዚህ በፊት የሕክምና እና ሌሎች አስፈላጊ ጉዳዮችን እንዴት እንዳስተናገድኩ ማሰብ አለበት። የምወስነው ነገር አሁንም ግልጽ ካልሆነ፣

የጤና ክብካቤ ወኪሌ አሁን ያለሁበትን ሁኔታ እና የሕክምና አማራጮች ጥቅም፣ ችግር እና አደጋዎች ከግምት ውስጥ በማስገባት የጤና ክብካቤ ወኪሌ ያመነባቸውን ውሳኔዎች ሊወስንልኝ ይገባል።

(5) POWERS OF HEALTH CARE AGENT AFTER DEATH/ከሞት በኋላ የጤና ክብካቤ ወኪል ሥልጣኖች

(A) AUTOPSY/የአስክሬን ምርመራ

ከዚህ በታች በመጻፍ የጤና ክብካቤ ወኪሌን ሥልጣን እስካልገደብኩ ድረስ የጤና ክብካቤ ወኪሌ ሕይወቴ ካለፈ በኋላ በሰውነቴ ላይ የአስክሬን ምርመራ እንዲደረግ የመፍቀድ ሥልጣን አለው።

_____ (Initials/የመጀመሪያዎቹ ፊደላት) My health care agent will not have the power to authorize an autopsy of my body (unless an autopsy is required by law)./የጤና ክብካቤ ወኪሌ ሕይወቴ ካለፈ በኋላ በሰውነቴ ላይ የአስከሬን ምርመራ እንዲደረግ የመፍቀድ ሥልጣን አይኖረውም (የአስከሬን ምርመራው በሕግ ካልተጠየቀ በስተቀር)።

(B) ORGAN DONATION AND DONATION OF BODY/የአካል ልገሳ እና የሰውነት ልገሳ/

ከዚህ በታች በምልክት በማድረግ የጤና ክብካቤ ወኪሌን ሥልጣን እስካልገደብኩ ድረስ በGeorgia የአናቶሚካል (ከሰውነት ጥናት ጋር የተያያዘ) ስጦታ ድንጋጌ መሠረት ለሕክምና ዓላማዎች ማንኛውንም የአካሌን ክፍል ወይም ሁሉንም ሰውነቴን የመለገስ ሥልጣን ይኖረዋል።

[ለማመልከት የሚፈልጉትን እያንዳንዱን መግለጫ ምልክት ያድርጉበት።]

_____ (Initials/የመጀመሪያዎቹ ፊደላት) My health care agent will not have the power to make a disposition of my body for use in a medical study program./የጤና ክብካቤ ወኪሌ ሰውነቴን ለሕክምና ጥናት ፕሮግራም ለመለገስ የሚያስችል ሥልጣን የለውም።

_____ (Initials/የመጀመሪያዎቹ ፊደላት) My health care agent will not have the power to donate any of my organs./የጤና ክብካቤ ወኪሌ ማንኛውንም የአካል ክፍሌን የመለገስ ሥልጣን የለውም።

(C) FINAL DISPOSITION OF BODY/የሰውነት የመጨረሻ መወገድ

ከዚህ በታች ምልክት ካላደረግሁ በስተቀር የጤና ክብካቤ ወኪሌ ሕይወቴ ካለፈ በኋላ ሰውነቴን ስለማስወገድ ሁኔታ ውሳኔዎችን የማድረግ ስልጣን አለው።

_____ (Initials/የመጀመሪያ ፊደላት) I want the following person to make decisions about the final disposition of my body/የሚከተለው ሰው ሕይወቴ ካለፈ በኋላ አስክሬኔ በመጨረሻ ስለሚወገድበት ሁኔታ ውሳኔ እንዲሰጥ እፈልጋለሁ፡-

Name/ስም፡- _____

Address/አድራሻ፡- _____

Telephone Numbers/የስልክ ቁጥሮች፡- _____
(Home, Work, and Mobile/የቤት፣ የሥራ፣ እና ተንቀሳቃሽ ስልክ)

ሕይወቴ ካለፈ በኋላ አስክሬኔ እንዲሆን የምፈልገው፡-

_____ (Initials/የመጀመሪያ ፊደላት) Buried/እንዲቀበር

ወይም

_____ (Initials/የመጀመሪያፊደላት) Cremated/እንዲቃጠል

PART TWO: TREATMENT PREFERENCES/ክፍል ሁለት፡- የሕክምና ምርጫዎች

[ክፍል ሁለት ተፈጻሚ የሚሆነው ስለ ሕክምና ምርጫዎችዎ ከእርስዎ ጋር ለመነጋገር ምክንያታዊ እና ተገቢ ጥረቶች ከተደረጉ በኋላ የእርስዎን የሕክምና ምርጫዎች ማሳወቅ ካልቻሉ ብቻ ነው። ክፍል አንድ ባይጠናቀቅም ክፍል ሁለት ተፈጻሚ ይሆናል። በክፍል አንድ የጤና ክብካቤ ወኪል ካልመረጡ ወይም የጤና ክብካቤ ወኪልዎ ከሌለ፣ ክፍል ሁለት ለሐኪምዎ እና ለሌሎች የጤና ክብካቤ አቅራቢዎች የእርስዎን የሕክምና ምርጫዎች ያቀርባል። በክፍል አንድ የጤና ክብካቤ ወኪል ከመረጡ፣ የጤና ክብካቤ ወኪልዎ በክፍል ሁለት የተካተቱትን ሁሉንም የጤና ክብካቤ ውሳኔዎች ለእርስዎ የመወሰን ሥልጣን ይኖረዋል። የጤና ክብካቤ ወኪልዎ በእርስዎ የሕክምና ምርጫዎች እና በክፍል አንድ ክፍል (4) በተገለጹት ሌሎች ሁኔታዎች ይመራል።]

(6) CONDITIONS/ሁኔታዎች

ከሚከተሉት ሁኔታዎች በየትኛውም ውስጥ ካለሁ ክፍል ሁለት ተፈጻሚ ይሆናል፡-

[ክፍል ሁለት ተፈጻሚ እንዲሆን የሚፈልጉበትን እያንዳንዱ ሁኔታ ላይ ምልክት ያኑሩ።]

_____ (Initials/የመጀመሪያ ፊደላት) A terminal condition, which means I have an incurable or irreversible condition that will result in my death in a relatively short period of time./የማይድን በሽታ፣ ይህም ማለት በአንጻራዊ ሁኔታ በአጭር ጊዜ ውስጥ ለሞት የሚዳርግ የማይድን ወይም የመጨረሻ ደረጃ ላይ የደረሰ በሽታ ካለብኝ።

_____ (Initials/የመጀመሪያ ፊደላት) A state of permanent unconsciousness, which means I am in an incurable or irreversible condition in which I am not aware of myself or my environment and I show no behavioral response to my environment./በቋሚነት ራስን የመሳት ሁኔታ፣ ይህም ማለት በማይድን ወይም የመጨረሻ ደረጃ ላይ የደረሰ በሽታ ውስጥ ሆኜ ስለራሴ ወይም አካባቢዬን ሳላውቅ እንዲሁም ለአካባቢዬ ምንም ዓይነት የባህርይ ምላሽ ሳላሳይ።

የእኔ ሁኔታ በአሁኑ ጊዜ ተቀባይነት ባላቸው የሕክምና ደረጃዎች መሠረት በሚክታተለኝ ሐኪም እና በሁለተኛ ሐኪም በግል ምርመራ ከተደረገ በኋላ በጽሑፍ ይወሰናል።

(7) TREATMENT PREFERENCES/የሕክምና ምርጫዎች

[(A) ፣ (B) ፣ ወይም (C) በማለት የሕክምና ምርጫዎን ይግለጹ። (C) ከመረጡ፣ ከ (C) ቀጥሎ ከተዘረዘሩት ውስጥ አንዱን ወይም ከዚያ በላይ የሚሆኑት ላይ ምልክትበማድረግ ተጨማሪ የሕክምና ምርጫዎችዎን ይግለጹ። በሚቀጥለው ክፍል ስለ ሕክምና ምርጫዎችዎ ተጨማሪ መመሪያዎችን መስጠት ይችላሉ። የሕመም

ማስታገሻን ጨምሮ የምቾት እንክብካቤ የሚሰጥዎት ሲሆን፣ ነገር ግን የሕመም ማስታገሻን በተመለከተ የእርስዎን ልዩ ምርጫዎች በሚቀጥለው ክፍል መግለጽ ሊፈልጉ ይችላሉ።]

ከላይ በክፍል (6) ምልክት ባደረግኩበት በማንኛውም ሁኔታ ውስጥ ከሆንኩ እና ስለ ሕክምና ምርጫዎቼ ከእኔ ጋር ለመነጋገር ምክንያታዊ እና ተገቢ ጥረቶች ከተደረጉ በኋላ የሕክምና ምርጫዎቼን ማሳወቅ ካልቻልኩ፡-

(A) _____ (Initials/የመጀመሪያ ፊደላት) Try to extend my life for as long as possible, using all medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive./ሁሉንም መድኃኒቶች፣ ማሽኖች፣ ወይም ምክንያታዊ በሆነ የሕክምና ውሳኔ በሕይወት እንድኖር ሊያደርጉኝ የሚችሉ ሌሎች የሕክምና ሂደቶችን በመጠቀም እስከተቻለው ጊዜ ድረስ ሕይወቴን ለማራዘም ይሞከር። ምግብ ወይም ፈሳሾችን በአፌ መውሰድ ካልቻልኩ በቱቦ ወይም በሌላ የሕክምና መንገድ ምግብ ወይም ፈሳሽ መውሰድ እፈልጋለሁ።

ወይም

(B) _____ (Initials/የመጀመሪያ ፊደላት) Allow my natural death to occur./በተፈጥሮ መንገድ ሕይወቴ እንዲያልፍ ይፈቀድ። በሕይወት ሊያቆዩኝ የሚችሉ ነገር ግን የማያድኑኝ ማናቸውንም መድኃኒቶች፣ ማሽኖች፣ ወይም ምክንያታዊ በሆነ የሕክምና ውሳኔ በሕይወት እንድኖር ሊያደርጉኝ የሚችሉ ሌሎች የሕክምና ሂደቶችን አልፈልግም። የሕመም ማስታገሻ መድኃኒት ለመስጠት ካልሆነ በስተቀር ምግብ ወይም ፈሳሽ በቱቦ ወይም በሌላ የሕክምና መንገድ መቀበል አልፈልግም።

ወይም

(C) _____ (Initials/የመጀመሪያ ፊደላት) I do not want any medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive but cannot cure me, except as follows:/ከሚከተሉት በስተቀር በሕይወት ሊያቆዩኝ የሚችሉ ነገር ግን የማያድኑኝ ማናቸውንም መድኃኒቶች፣ ማሽኖች፣ ወይም ምክንያታዊ በሆነ የሕክምና ውሳኔ በሕይወት እንድኖር ሊያደርጉኝ የሚችሉ ሌሎች የሕክምና ሂደቶችን አልፈልግም፡-/

[ለአማራጭ (C) ተፈጻሚ እንዲሆን የሚፈልጉት እያንዳንዱ መግለጫ ላይ ምልክት ያኑሩ።]

_____ (Initials/የመጀመሪያ ፊደላት) If I am unable to take nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube or other medical means./ምግብ በአፌ መውሰድ ካልቻልኩ፣ በቱቦ ወይም በሌላ የሕክምና መንገድ ምግብ መውሰድ እፈልጋለሁ።

_____ (Initials/የመጀመሪያ ፊደላት) If I am unable to take fluids by mouth, I want to receive fluids by tube or other medical means./ፈሳሾችን በአፌ መውሰድ ካልቻልኩ፣ ፈሳሾችን በቱቦ ወይም በሌላ የሕክምና መንገድ መውሰድ እፈልጋለሁ።

_____ (Initials/የመጀመሪያ ፊደላት) If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator used./ለመተንፈስ እርዳታ ካስፈለገኝ፣ ሰው ሠራሽ የመተንፈሻ መሣሪያ መጠቀም እፈልጋለሁ።

_____ (Initials/የመጀመሪያ ፊደላት/) If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used./ልቤ ወይም የልብ ምቴ ከቆመ፣ በሰው ሠራሽ መንገድ የልብ ምቴን የመመለስ (CPR) ሥራ እንዲከናወን እፈልጋለሁ።

(8) ADDITIONAL STATEMENTS/ ተጨማሪ መግለጫዎች

[ይህን ክፍል መሙላት ግዴታ አይደለም። *ይህ ክፍል ባዶ ሆኖ ቢተውም ክፍል ሁለት ተፈጻሚ ይሆናል። ይህ ክፍል ተጨማሪ የሕክምና ምርጫዎችን እንዲገልጹ፣ ለጤና ክብካቤ ወኪልዎ ተጨማሪ መመሪያ ለመስጠት (በክፍል አንድ ውስጥ የጤና ክብካቤ ወኪል ከመረጡ) ወይም ሕክምናዎን በተመለከተ ስለ ግላዊ እና ኃይማኖታዊ እሴቶችዎ መረጃ ለመስጠት ያስችልዎታል። ለምሳሌ፣ ኢንፌክሽ መከላከልን፣ ቀዶ ጥገናን፣ መቆረጥን፣ ደም መውሰድን ወይም የኩላሊት እጥበትን የተመለከቱ መድኃኒቶችን በተመለከተ የእርስዎን የሕክምና ምርጫዎች መግለጽ ይፈልጉ ይሆናል። የሕክምና ምርጫዎችዎን ማሳወቅ ካልቻሉ በኋላ ሊደርስብዎ የሚችሉትን ሁሉ አስቀድሞ ማየት እንደማይችሉ በመረዳት፣ የሕክምና ምርጫዎችዎን ስለመከተል ለጤና ክብካቤ ወኪልዎ (በክፍል አንድ ውስጥ የጤና ክብካቤ ወኪል ከመረጡ) መመሪያ መስጠት ይፈልጉ ይሆናል። የሕመም ማስታገሻን በተመለከተ የእርስዎን ልዩ ምርጫዎች መግለጽ ይፈልጉ ይሆናል።]***

_____

_____

_____

(9) IN CASE OF PREGNANCY/በእርግዝና ጊዜ

[ይህ ክፍል ባዶ ቢተውም ክፍል ሁለት ተፈጻሚ ይሆናል።]

በGeorgia ሕግ መሠረት፣ ነፍሰጡር ከሆንኩ ፅንሱ ከማኅጸን ከወጣ በኋላ በሕይወት የማይቆይ ካልሆነ በቀር እና ከታች ምልክት በማድረግ ክፍል ሁለት ተፈጻሚ እንዲደረግ ካልገለጽኩ በስተቀር፣ ክፍል ሁለት በአጠቃላይ ምንም ዓይነት ስልጣን እና ተፈጻሚነት እንደማይኖረው ተረድቻለሁ።

_____ (Initials/የመጀመሪያ ፊደላት) I want PART TWO to be carried out if my fetus is not viable./ፅንሴ ከማኅጸን ከወጣ በኋላ በሕይወት የማይቆይ ከሆነ ክፍል ሁለት ተፈጻሚ እንዲሆን እፈልጋለሁ።

PART THREE: GUARDIANSHIP/ክፍል ሶስት፦ ሞግዚትነት

(10) GUARDIANSHIP/ሞግዚትነት

[ክፍል ሦሥትን መሙላት ግዴታ አይደለም። *ይህ የጤና ክብካቤ ቅድመ መመሪያ ክፍል ሦሥት ባዶ ቢተውም ተፈጻሚ ይሆናል። ፍርድ ቤት ሞግዚት መሾም እንዳለበት ከወሰነ አንድን ሰው የእርስዎ ሞግዚት እንዲሆን ለመሾም ከፈለጉ ክፍል ሦሥትን ይሙሉ። ፍርድ ቤቱ የግል ድጋፍዎን፣ ደኅና መሆንዎን ወይም ደኅንነትዎን በሚመለከት ለራስዎ ጠቃሚ የሆኑ ኃላፊነት የተሞላባቸው ውሳኔዎችን ማድረግ እንደማይችሉ ካወቀ ፍርድ ቤት ሞግዚት ይሾምልዎታል። ፍርድ ቤቱ እርስዎ የመረጡት ሰው የእርስዎን ጥቅምና ደኅንነት የሚጠቅም መሆኑን ካወቀ በእርስዎ የተመረጠውን ሰው ፍርድ ቤቱ እንደ ሞግዚት ይሾምሎታል። በክፍል አንድ*

የጤና ክብካቤ ወኪል ከመረጡ፣ ያንኑ ሰው ሞግዚት እንዲሆን መሾም ይችላሉ (ነገር ግን ግዴታ አይደለም)። የጤና ክብካቤ ወኪልዎ እና ሞግዚትዎ የተለያዩ ሰዎች ከሆኑ፣ ፍርድ ቤት ሌላ ውሳኔ ካልሰጠ በስተቀር የጤና ክብካቤ ውሳኔዎችዎን ለመወሰን የጤና ክብካቤ ወኪልዎ ከሞግዚትዎ በፊት ቅድሚያ ይኖረዋል።]

[(A) ወይም (B) ላይ ምልክት በማኖር ምርጫዎን ይግለጹ። ክፍል አንድን ከሞሉ ብቻ (A) ን ይምረጡ።]

(A) _____ (Initials/የመጀመሪያ ፊደላት) I nominate the person serving as my health care agent under PART ONE to serve as my guardian./በክፍል አንድ ሥር የጤና ክብካቤ ወኪሌ ሆኖ የሚያገለግለውን ሰው ሞግዚት በመሆን እንዲያገለግል መርጫለሁ።

ወይም

(B) _____ (Initials/የመጀመሪያ ፊደላት) I nominate the following person to serve as my guardian/የሚከተለውን ሰው እንደ ሞግዚቴ እንዲያገለግል መርጫለሁ፡-

Name/ስም፡- _____

Address/አድራሻ፡- _____

Telephone Numbers/የስልክ ቁጥሮች፡- _____
(Home, Work, and Mobile/የቤት፣ የሥራ፣ እና ተንቀሳቃሽ ስልክ)

PART FOUR: EFFECTIVENESS AND SIGNATURES/ክፍል አራት፡- ተፈጻሚነት እና ፊርማዎች

ይህ የጤና ክብካቤ ቅድመ መመሪያ ውጤታማ የሚሆነው የራሴን የጤና ክብካቤ ውሳኔ ለማድረግ ወይም ውሳኔዬን ለማሳወቅ ካልቻልኩ ወይም ካልፈከግኩ ብቻ ነው።

ይህ ቅጽ ይህንን ከመሙላትዎ በፊት የሞሉትን ማንኛውንም የጤና ክብካቤ ቅድመ መመሪያ፣ የጤና ክብካቤ ጽኑ የውክልና ሥልጣን፣ የጤና ክብካቤ ወኪልን፣ ወይም የሕክምና ምርጫ ኑዛዜን ይተካል።

ከዚህ በታች ምልክት በማኖር ካላረጋገጥኩ እና አማራጭ የወደፊት ቀኖችን ወይም ዝግጅቶችን ካላቀረብኩ በስተቀር፣ ይህ የጤና ክብካቤ ቅድመ መመሪያ በምፈርምበት ጊዜ ተፈጻሚ የሚሆን ሲሆን ሕይወቴ እስከሚያልፍ ድረስ ተፈጻሚ ሆኖ ይቆያል (እና ሕይወቴ ካለፈ በኋላ በክፍል አንድ ሥር ባለው ክፍል (5) እስከተፈቀደው መጠን ድረስ ተፈጻሚ ይሆናል)።

_____ (Initials/የመጀመሪያ ፊደላት/) ይህ የጤና ክብካቤ ቅድመ መመሪያ በቀን ወይም ከቀን _____ ጀምሮ ተፈጻሚ የሚሆን ሲሆን በቀን ወይም ከቀን _____ በኋላ ተፈጻሚነቱ ያበቃል።

ይህንን ቅጽ ሁለት ምስክሮች ባሉበት መፈረም እና ቀን መጻፍ ወይም መፈረምዎን እና ቀን መጻፍዎን እውቅና መስጠት አለብዎት። ሁለቱም ምስክሮች ጤናማ አእምሮ ያላቸው እና ቢያንስ 18 ዓመት የሆናቸው መሆን አለባቸው፣ ነገር ግን ምስክሮቹ ይህን ቅጽ ሲፈርሙ አብረው መሆን ወይም ከእርስዎ ጋር መሆን የለባቸውም።

A witness/ምስክር፡-

- *በክፍል አንድ የጤና ክብካቤ ወኪልዎ ወይም ተጠባባቂ የጤና ክብካቤ ወኪልዎ እንዲሆን የተመረጠ ሰው ሊሆን አይችልም።*
- *እያወቀ ከእርስዎ ምንም ነገር የሚወርስ ወይም በሌላ መንገድ በእርስዎ ሞት ምክንያት የገንዘብ ጥቅም የሚያገኝ ሰው መሆን አይችልም፤ ወይም*
- *በጤና ክብካቤዎ ውስጥ በቀጥታ የሚሳተፍ ሰው መሆን አይቻልም።*

ከምስክሮቹ አንዱ ብቻ የሆስፒታሉ፣ የተካነ የነርሲንግ ተቋሙ፣ ጤት ውስጥ ክብካቤ (ሆስፒሱ) ወይም ሌላ የጤና ክብካቤ እየተቀበሉ ያሉበት የጤና ክብካቤ ተቋም ሠራተኛ፣ ወኪል፣ ወይም የሕክምና ሠራተኞች አባል ሊሆን ይችላል (ነገር ግን ይህ ምስክር በጤና ክብካቤዎ ውስጥ በቀጥታ ሊሳተፍ አይችልም)።

ይህን የጤና ክብካቤ ቅድመ መመሪያ ለመሙላት የሚያስችል ስሜታዊ እና አእምሯዊ ሁኔታ ላይ እንደሆንኩ እና ዓላማውን እና ተፈጻሚነቱን መረዳቴን ከዚህ በታች በሰፈረው ፊርማዬ አረጋግጣለሁ።

_____ _____
(Signature of Declarant/መግለጫውን የሰጠው ሰው ፊርማ)
(Date/ቀን)

መግለጫ ሰጪው እኔ ፊት ለፊት ይህን ቅጽ ፈርሟል ወይም ይህን ቅጽ መፈረሙን ለእኔ አረጋግጧል። በግል ምልከታዬ መሠረት፣ መግለጫ ሰጪው ይህን የጤና ክብካቤ ቅድመ መመሪያ ለመሙላት የሚያስችል ስሜታዊ እና አእምሯዊ ሁኔታ ላይ ያለ ሆኖ የሚታይ ሲሆን ይህን ቅጽ በፈቃደኝነት እና በራሱ ፈቃድ ፈርሟል።

_____ _____
(Signature of First Witness/የመጀመሪያ ምስክር ፊርማ)
(Date/ቀን)
Print Name/በአብይ ፊደል የተጻፈ ስም፡- _____
Address/አድራሻ፡- _____

_____ _____
(Signature of Second Witness/የሁለተኛ ምስክር ፊርማ) (Date/ቀን)
Print Name/በአብይ ፊደል የተጻፈ ስም፡- _____
Address/አድራሻ፡- _____

[ይህ ቅጽ በውል አረጋጋጭ ወይም በኖተሪ መረጋገጥ አያስፈልገውም።]