

# Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակ (Advance Health Care Directive)

Կալիֆոռնիա նահանգ

**Կյանքի խնամքի պլանավորում՝**  
Արժեքներ, ընտրություններ, խնամք

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)

Համոզվեք, որ լրացրել եք այս փաստաթուղթը մինչև՝

1. Անհրաժեշտության դեպքում ստորագրելով և նշելով ամսաթիվը:
2. Այն վավերացնելով կամ նոտարական կարգով վավերացնելով:  
Ձեր առողջապահական գործակալը (որոշում կայացնողը)  
**չի կարող** ստորագրել որպես վկա:
3. Հիշեք **պատճենը** վերադարձնել Kaiser Permanente-ին, ինչպես նաև **պատճենը** տալ ձեր առողջապահական գործակալին: Ձեզ մոտ մնում է **բնօրինակ** ձևաթուղթը:

# Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակ (Advance Health Care Directive)

Ի՞նչ է  
Առողջապահական  
խնամքի բժշկական  
կտակը:

Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակը (Advance Health Care Directive, AHCD) իրավական փաստաթուղթ է, որը ձեր առողջապահական թիմերին ուղղորդում է այն մասին, թե ինչ պետք է անեն, եթե չկարողանաք առողջապահական խնամքի վերաբերյալ ինքներդ որոշումներ կայացնել:

AHCD-ն թույլ է տալիս ձեզ.

- ընտրել առողջապահական գործակալ (որոշում կայացնող)՝ ձեր անունից առողջապահական խնամքի վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու համար, եթե չեք կարողանում ինքներդ կայացնել ԵՎ/ԿԱՄ
- արտահայտել ձեր արժեքները, համոզմունքները և առողջապահական նախասիրությունները

AHCD-ն ուղղորդում է տրամադրում և՛ ձեր առողջապահական գործակալին (որոշում կայացնողին), և՛ առողջապահական թիմին՝ ձեզ համար բուժման ծրագիր մշակելու համար: **Այն ՉԻ ասում շտապօգնության անձնակազմին, թե ինչ բուժում եք ուզում բժշկական շտապ օգնության ժամանակ:**

**Դուք ցանկացած պահի կարող եք թարմացնել ձեր նախապատվություններից ՈՐԵՎԷ մեկը ձեր AHCD-ում՝ լրացնելով նոր փաստաթուղթ:** Այս նոր AHCD-ն կփոխարինի ձեր նախկինում լրացրած որևէ այլ AHCD:

Ինչո՞ւ է  
AHCD-ն կարևոր:

**Դուք իրավունք ունեք կիսելու ձեր նախասիրությունները ձեր սեփական առողջության պահպանման վերաբերյալ:** Այս փաստաթուղթը ուղեցույցներ է տրամադրում ձեր առողջապահական գործակալին (որոշում կայացնողին) և բժիշկներին՝ ձեզ համար ճիշտ խնամք տրամադրելու հարցում:

Այն նաև հնարավորություն է, որպեսզի խորհեք, թե ձեզ համար ինչ է նշանակում կյանքի որակը և ինչպես կարող են ձեր նախընտրություններն ազդել ձեր սիրելիների վրա: **Լրացնելով այս փաստաթուղթը, քանի դեռ կարող եք, և խոսելով ձեր հարազատների հետ դրա մասին՝ կարող եք նվազեցնել շփոթությունն ու տարաձայնություններն այն մասին, թե ինչ կարող եք ցանկանալ և ինչ ոչ:**

Ո՞ւմ համար է  
AHCD-ն:

**18 տարեկանից բարձր առողջ մտածողությամբ ցանկացած չափահաս** պետք է մտածի Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակի լրացման մասին՝ անկախ իր առողջական վիճակից:

Այլ հղումներ՝

**Կյանքի խնամքի պլանավորում՝**  
Արժեքներ, ընտրություններ, խնամք  
[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)

Ինչի մասին է այս փաստաթուղթը:

Դուք կարող եք **լրացնել** այս փաստաթուղթն այնքան, որքան ցանկանաք:

**Եթե որոշեք չլրացնել որևէ բաժին, պարզապես գիծ քաշեք էջի միջով և** գրեք ձեր անուն-ազգանվան սկզբնատառերը: Սա մեզ կտեղեկացնի, որ էջը միտումնավոր դատարկ է մնացել:

**5-րդ մասը պահանջվում է,** որպեսզի այս փաստաթուղթն օրինական լինի Կալիֆոռնիա նահանգում:

**Kaiser Permanente-ի Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակը (AHCD) պարունակում է հինգ մաս, ներառյալ՝ ինչպես այն դարձնել իրավական փաստաթուղթ.**

**Մաս 1. Իմ առողջապահական գործակալ(ներ)ի (որոշում կայացնողների) ընտրությունը**

Թույլ է տալիս ձեզ նշանակել մեկին, ով ձեր անունից առողջապահական հարցերով որոշումներ կկայացնի, եթե ինքներդ չեք կարող դրանք կայացնել:

**Մաս 2. Իմ արժեքներն ու համոզմունքները**

Ձեզ հնարավորություն է տալիս խորհելու այն մասին, թե ինչ է նշանակում ձեզ համար կյանքի որակը և բարեկեցությունը: Մենք խրախուսում ենք ձեզ լրացնել այս բաժինը, քանի որ այն կօգնի ձեզ մտածել փաստաթղթի մնացած մասի վերաբերյալ:

**Մաս 3. Իմ առողջապահական նախապատվությունների ընտրությունը**

Թույլ է տալիս փաստաթղթավորել ձեր նախասիրություններն առողջապահական խնամքի համար, եթե վնասվածքի կամ հիվանդության պատճառով չեք կարողանում ինքնուրույն որոշումներ կայացնել առողջապահական խնամքի վերաբերյալ:

**Մաս 4. Հետմահու նախապատվություններ**

Թույլ է տալիս ձեզ փոխանցել ցանկացած հետմահու ցանկություն, ներառյալ օրգանների նվիրատվությունը, հուղարկավորության ցանկությունները և այլն:

**Մաս 5. Օրինական դարձնելը**

Այս բաժինը լրացնելով սույն փաստաթուղթն օրինական է դառնում Կալիֆոռնիա նահանգում:

Այս փաստաթուղթը ներառում է նաև ստուգաթերթ, որը կօգնի ձեզ կիսել ձեր նախապատվությունները Kaiser Permanente-ի և այլոց հետ:

Լրիվ անունը` (Full Name:) \_\_\_\_\_

Բժշկական քարտի համարը` (Medical Record #:) \_\_\_\_\_

Առողջապահական  
խնամքի այս  
բժշկական կտակը  
պատկանում է`

Լրիվ անունը (Full name)

Բժշկական քարտի համարը  
(Medical Record number)

Ծննդյան ամսաթիվ  
(Date of birth)

Փոստային հասցե (Mailing address)

Քաղաք (City)

Նահանգ (State)

Փոստային դասիչ  
(Zip code)

Առաջնային հեռախոս  
(Primary phone)

Երկրորդական հեռախոս  
(Secondary phone)

Էլ.փոստ (Email)

# Իմ առողջապահական գործակալ(ներ)ի (որոշում կայացնողի) ընտրությունը

## (Choosing My Health Care Agent[s] [Decision Maker])

Այս բաժնում նշվում է մեկի անունը, ում վստահում եմ, որ առողջապահական խնամքի վերաբերյալ որոշումներ կայացնի իմ փոխարեն, եթե ես չկարողանամ դրանք ինքս կայացնել:

### Մաս 1

**Առողջապահական գործակալի ընտրությունը** նաև նշանակում է, որ դուք կիսում եք ձեր արժեքներն ու համոզմունքները նրանց հետ և նրանց տեղեկացնում, թե ինչպիսի խնամքի կարիք կունենաք, եթե չեք կարող ինքնուրույն որոշումներ կայացնել:

**Եթե իմ առողջապահական ծառայությունների մատակարարը որոշել է, որ ես ի վիճակի չեմ ինքնուրույն որոշումներ կայացնել առողջապահական խնամքի վերաբերյալ, այս ձևաթուղթում նշվում են այն անձինք, որոնց ես ընտրում եմ՝ իմ փոխարեն առողջապահական խնամքի վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու համար:**

Իմ առողջապահական գործակալը (որոշում կայացնողը) կիսուսի իմ անունից՝ առողջական խնամքի վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու համար՝ հիմնվելով իմ նախասիրությունների վրա, որոնք ես փոխանցել եմ նրանց, կամ այն բանի հիման վրա, ինչ նրանք կարծում են, որ բխում է իմ լավագույն շահերից՝ հաշվի առնելով, թե ինչ գիտեն իմ անձնական արժեքների և համոզմունքների մասին:

**Նշում.** Խոսեք ձեր գործակալի հետ այն մասին, թե ինչն է ձեզ համար ամենակարևորը և համոզվեք, որ նա կարող է կատարել այդ դերը: Տեղեկացրեք ձեր ամենահարազատներին, թե ում եք ընտրել որպես ձեր գործակալ:

Ո՞րն պետք է  
ընտրեմ որպես իմ  
առողջապահական  
խնամքի  
գործակալ:

**Ձեր առողջապահական խնամքի գործակալը ընտրելիս հաշվի առեք ընտրել այնպիսի անձի, ով կարևոր է ձեզ համար և ունի դժվարին պահին դժվար որոշումներ կայացնելու կարողություն:**

Իրավական տեսանկյունից, ձեր գործակալը չի կարող լինել ձեր բժիշկը կամ առողջապահական խնամքի մեկ այլ մասնագետ՝ որպես ձեր բուժման թիմի մաս:

Դուք չեք կարող կանխատեսել առողջապահական բոլոր իրավիճակները. ձեր գործակալը պետք է իրական ժամանակում որոշումներ կայացնի՝ հիմնվելով բժշկական թիմի տրամադրած տեղեկատվության վրա: Քննարկելով ձեր գործակալի հետ այն մասին, թե ինչպիսի օգնություն եք ցանկանում և ինչպիսին՝ ոչ, ձեզ և՛ ընդհանուր պատկերացում, և՛ մտքի խաղաղություն կհաղորդի:

Երբեմն, ամուսինը (կինը) կամ ընտանիքի անդամը կարող է լինել լավագույն ընտրությունը, իսկ երբեմն էլ նա լավագույն ընտրությունը չէ: Դուք ամենից լավ գիտեք:

**Լավ առողջապահական գործակալն այն անձն է, ով.**

- պատրաստ է լինել ձեր առողջապահական գործակալը և կարող է ողջամտորեն հասանելի լինել
- լավ գիտի ձեր արժեքներն ու համոզմունքները
- պատրաստ է հարգել և ներկայացնել ձեր նախասիրությունները, նույնիսկ եթե դրանք տարբերվում են իր սեփականից:
- չի վախենում հարցեր տալ և խոսել ձեր անունից, նույնիսկ եթե դա հակասում է հարազատների սովորույթներին կամ ցանկություններին
- սթրեսի պայմաններում կարողանում է որոշումներ կայացնել
- ժամանակի ընթացքում կշարունակի ստուգել ձեր նախասիրությունները

**Նշում.** Ձեր առողջապահական գործակալը *կարող է լինել* կամ *չլինել* նույն անձը, որը դուք կընտրեք որպես ձեր շտապ օգնության կոնտակտային անձ:

Այս ձևաթուղթը չի լիազորում ձեր գործակալին ֆինանսական կամ այլ բիզնես որոշումներ կայացնել ձեր փոխարեն:

Լրիվ անունը` (Full Name:) \_\_\_\_\_

Բժշկական քարտի համարը` (Medical Record #:) \_\_\_\_\_

Խոսել ձեր  
**գործակալի** հետ այն  
պարտականությունների  
մասին, որոնք նա  
կարող է ստանձնել  
այս դերում:  
Օգտագործել  
**մաս 2-ում** նշված  
հարցերը ձեր  
խոսակցությունն  
ուղղորդելու համար:

Իմ առողջապահական գործակալը կարող է իմ փոխարեն ընդունել  
ԲՈԼՈՐ առողջապահական որոշումները, եթե ես չկարողանամ դրանք  
կայացնել ինձ համար: **Եթե** ես չսահմանափակեմ **իմ գործակալի  
լիազորությունները, նա կարող է իմ փոխարեն կայացնել հետևյալ  
որոշումները.**

- Ասել **այո/ոչ** դեղերին, հետազոտություններին, բուժումներին:  
Ընտրել կամ փոխել առողջապահական ծառայությունների  
մատակարարներին և որոշել, թե որտեղ եմ ես բուժօգնություն  
ստանալու
- Սկսել, չսկսել կամ դադարեցնել կյանքի աջակցության **բոլոր  
տեսակի միջամտությունները` ինձ ողջ  
պահելու համար**
- Կազմակերպել և որոշումներ կայացնել մահից հետո իմ մարմնի  
խնամքի վերաբերյալ (ներառյալ դիահերձումը, օրգանների  
նվիրատվությունը և ինչ է տեղի ունենում իմ աճյունի հետ)

Առաջնային  
առողջապահական  
խնամքի  
գործակալի  
ընտրությունը:

Ես ընտրում եմ հետևյալ անձին որպես իմ Առաջնային (հիմնական)  
առողջապահական գործակալ, որպեսզի իմ փոխարեն  
առողջապահական խնամքի վերաբերյալ որոշումներ կայացնի, եթե ես  
չկարողանամ դրանք ինձ համար կայացնել:

**Իմ առաջնային (հիմնական) առողջապահական խնամքի  
գործակալը` (My Primary [main] health care agent:)**

Լրիվ անունը (Full name)

\_\_\_\_\_

Բարեկամական կապը (Relationship)

\_\_\_\_\_

Փոստային հասցե (Mailing address)

\_\_\_\_\_

Քաղաք (City)

Նահանգ (State)

Փոստային դասիչ  
(Zip code)

Առաջնային հեռախոս  
(Primary phone)

\_\_\_\_\_

Երկրորդական հեռախոս  
(Secondary phone)

\_\_\_\_\_

Էլ.փոստ (Email)

\_\_\_\_\_



**Իմ գործակալի լիազորությունն ուժի մեջ է մտնում, երբ իմ բժիշկը որոշում է, որ ես ի վիճակի չեմ ինքնուրույն որոշումներ կայացնել առողջապահական խնամքի վերաբերյալ:**

Խնդրում ենք նշել «X»՝ հետևյալներից մեկն ընտրելու համար.

(Please mark an “X” to select one of the following).

- Ես հասկանում և ընդունում եմ, որ իմ գործակալը միջոցներ կձեռնարկի, երբ ես **այլևս** չկարողանամ ինքնուրույն որոշումներ կայացնել, ԿԱՄ  
(I understand and accept that my agent will become active when I can **no longer** make my own decisions, OR)
- Ես նախընտրում եմ, որ իմ գործակալն **անմիջապես** կայացնի որոշումներ իմ անունից, նույնիսկ եթե այս պահին ի վիճակի եմ ինքնուրույն որոշումներ կայացնել  
(I prefer that my agent make decisions on my behalf **immediately**, even though I am currently able to make my own decisions).

**Նշում.** Եթե ձեր գործակալը ամուսին (կին) կամ զուգընկեր է, գործակալի նշանակումը չեղյալ է հայտարարվում ամուսնության կամ համատեղ բնակության լուծարման, չեղյալ հայտարարման կամ դադարեցման դեպքում:

(**Note:** If your agent is a spouse or domestic partner, the agent designation is revoked in the event of a dissolution, annulment, or termination of the marriage or domestic partnership.)

Լրիվ անունը` (Full Name:) \_\_\_\_\_

Բժշկական քարտի համարը` (Medical Record #:) \_\_\_\_\_

**Առաջին և երկրորդ  
այլընտրանքային  
առողջապահական  
խնամքի  
գործակալ:**

Եթե իմ առողջության առաջնային խնամքի գործակալը չի ցանկանում,  
ի վիճակի չէ կամ ողջամտորեն հասանելի չէ իմ փոխարեն առողջական  
խնամքի վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու համար, ապա ես ընտրում  
եմ ստորև նշված անձանց՝ որպես իմ Առաջին և Երկրորդ այլընտրանքային  
գործակալներ:

Այս բաժինը  
խորհուրդ է  
տրվում, բայց  
պարտադիր չէ:  
Եթե ոչ ոք  
ձեր մտքով  
չի անցնում,  
**անցեք առաջ:**

**Առաջին այլընտրանքային առողջական խնամքի գործակալ`  
(First Alternate health care agent):**

Լրիվ անունը (Full name)

[Redacted text box]

Բարեկամական կապը (Relationship)

[Redacted text box]

Փոստային հասցե (Mailing address)

[Redacted text box]

Քաղաք (City)

Նահանգ (State)

Փոստային դասիչ (Zip code)

Առաջնային հեռախոս (Primary phone)

[Redacted text box]

Երկրորդական հեռախոս (Secondary phone)

[Redacted text box]

Էլ.փոստ (Email)

[Redacted text box]

Լրիվ անունը՝ (Full Name:) \_\_\_\_\_  
Բժշկական քարտի համարը՝ (Medical Record #:) \_\_\_\_\_

**Երկրորդ այլընտրանքային առողջական խնամքի գործակալ՝  
(Second Alternate health care agent:)**

Լրիվ անունը (Full name)

Բարեկամական կապը (Relationship)

Փոստային հասցե (Mailing address)

Քաղաք  
(City)

Նահանգ  
(State)

Փոստային դասիչ  
(Zip code)

Առաջնային հեռախոս  
(Primary phone)

Երկրորդական հեռախոս  
(Secondary phone)

Էլ.փոստ (Email)

Լրիվ անունը` (Full Name:) \_\_\_\_\_

Բժշկական քարտի համարը` (Medical Record #:) \_\_\_\_\_

Առողջապահական գործակալի գործողության սահմանափակումները:

Եթե ես ցանկանում եմ սահմանափակել իմ առողջապահական գործակալի լիազորությունները, **ես ստորև կգրեմ, թե առողջապահական խնամքի մասին ինչ որոշումներ ՉԵՄ** ցանկանում, որ իմ գործակալը կայացնի:

(If I wish to limit my health care agent's authority, I will write below what health care decisions **I DO NOT** want my agent to make)

Եթե այս հայտարարությունների վերաբերյալ ձեր մտքով ոչինչ չի անցնում, **առաջ անցեք:**

Blank light blue box for writing health care decisions to limit.

Ստորև կգրեմ նաև այն անձանց անունները, եթե կան, ովքեր **ՉԵՄ** ցանկանում, որ առողջական խնամքի որոշումներ կայացնեն իմ փոխարեն:

(I will also write below the names of any individuals, if any, who **I DO NOT** want to make health care decisions for me)

Blank light blue box for writing names of individuals to exclude.

## Իմ արժեքներն ու համոզմունքները (My Values & Beliefs)

Այս բաժինը թույլ է տալիս ինձ մտածել, թե ինչ է ինձ համար կյանքի որակը և բարեկեցությունը: Այն հիմք է ծառայում այս փաստաթղթի մնացած մասի վերաբերյալ իմ պատասխանների համար:

### Մաս 2

**Իմ արժեքները և համոզմունքները**  
բաժինը լրացնելը թույլ է տալիս գրել, թե ինչն է ամենակարևորը ձեր կյանքում: Ժամանակ տրամադրեք այս հարցերի համար, քանի որ դրանք կօգնեն ձեզ մտածել այս փաստաթղթի **3-րդ մասի** վերաբերյալ

**Կարևոր է հասկանալ և մտածել այն մասին, թե ինչն է ամենակարևորը, որպեսզի ես կարողանամ նախօրոք որոշումներ կայացնել իմ առողջական խնամքի վերաբերյալ, որը համապատասխանում է ինձ: Կարևոր է նաև, որ իմ առողջապահական գործակալը (որոշում կայացնողը) հասկանա իմ արժեքները և այն, ինչ ինձ համար ամենակարևորն է:**

Ես կկիսվեմ իմ մասին որոշ տեղեկություններով, օրինակ՝ ինչն է ամենակարևորն իմ կյանքում, ինչ է ինձ համար նշանակում լավ ապրելը և ինչ կարողություններ եմ ես կարևորում: Ես նաև կկիսվեմ, թե ինչպես կարող է իմ համոզմունքների համակարգն ազդել իմ առողջության վրա: (I will share some things about myself, such as what is most important in my life, what living well means to me, and what abilities I value. I will also share how my belief system may influence my health care.)

Նշեք այն ամենը, ինչ կիրառելի է և օգտագործեք ստորև տարածքը՝ ավելին նկարագրելու համար:

(Check all that apply and use the space below to describe more)

### 1. Լավ ապրելու համար ինձ համար ամենակարևորը հետևյալն է. (For me to live well, the following matter most to me:)

- Հարազատների հետ ժամանակ անցկացնելը և շփվելը (Spending time and connecting with loved ones)
- Իմ սեփական որոշումներ կայացնելը (Making my own decisions)
- Իմաստալից հաղորդակցվելը (Communicating meaningfully)
- Ֆիզիկապես ակտիվ լինելը (Being physically active)
- Ընկերներին և ընտանիքին ճանաչելը (Recognizing friends and family)
- Սոցիալապես ակտիվ լինելը (Being socially active)
- Անկախ ապրելը (Living independently)
- Ինքս ինձ կերակրելը՝ առանց օգնության (Feeding myself without assistance)
- Իմ անձնական հիգիենայի մասին (լողանալ, հագնվել) հոգ տանելը (Taking care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])

Լրիվ անունը՝ (Full Name:) \_\_\_\_\_

Բժշկական քարտի համարը՝ (Medical Record #:) \_\_\_\_\_

- Իմ տանն ապրելը (Living in my home)
- Աշխատելը և (կամ) կամավորությամբ զբաղվելը (Working and/or volunteering)
- Հոբբիով կամ նախասիրություններով զբաղվելը (Participating in hobbies or interests)
- Իմ հոգևոր համոզմունքները և/կամ կրոնը պատվելը (Honoring my spiritual beliefs and/or religion)
- Այլ (ավելին ասեք ստորև) (Other [say more below])

*Ինձ համար նաև կարևոր է, որ... (It also matters to me that...)*

**2. Ահա թե ԻՆՉՈՐԻ ինձ համար նշանակություն ունեն 1-ին հարցում իմ կատարած ընտրությունները: Ես նաև լրացուցիչ մտքերով կկիսվեմ այն մասին, թե ինչն է իմաստավորում իմ կյանքը:**  
**(This is WHY the choices I made in Question 1 matter to me. I will also share additional thoughts about what brings meaning to my life.)**

Մտածեք այն մասին, թե ինչն էք ամենաշատը գնահատում: Ի՞նչ է նշանակում ձեզ համար կյանքի որակ: Սրանք կարող են թվալ մեծ հարցեր, բայց դուք արդեն գիտեք ավելին, քան կարծում եք:

*Ինչո՞ւ են դրանք կարևոր ձեզ համար: (Why are these important to you?)*

Պատասխանեք միայն այն դեպքում, եթե դա վերաբերում է ձեզ:

**3. Ինչպե՞ս է իմ մշակույթը, հոգևորը, կրոնը և/կամ համոզմունքների համակարգն ազդում իմ առողջապահական որոշումների վրա: Որքանո՞վ է սա ինձ համար կարևոր:**  
**(How does my culture, spirituality, religion, and/or belief system influence my health care decisions? How important is this to me?)**

*Ինձ համար կարևոր է, որ... (It is important to me that...)*

## Իմ առողջապահական խնամքի նախապատվությունների ընտրությունը (Choosing My Health Care Preferences)

Այս բաժինը **2-րդ մասի հետ միասին՝ Իմ արժեքներն ու համոզմունքները**, նկարագրում է իմ նախապատվությունները՝ առաջնորդելու իմ բժիշկներին և առողջապահական գործակալին իմ փոխարեն բժշկական որոշումներ կայացնելու համար, եթե ես չկարողանամ իմ սեփական առողջապահական որոշումները կայացնել, **ԵՎ** ինձ ողջ պահելու համար անհրաժեշտ լինեն կյանքի պահպանման միջամտություններ:

### Մաս 3

**Առողջապահական խնամքի նախապատվությունների ընտրությունը** կարող է անհարմար լինել, բայց այն ընտրելը, երբ առողջ եք, ձեզ ձայն է տալիս այն ժամանակ, երբ միզուցե այն չունենաք:

Այս փաստաթուղթը ներկայացնում է իմ առողջապահական նախապատվությունները՝

**Եթե ես ի վիճակի չեմ ինքնուրույն որոշումներ կայացնել առողջապահական խնամքի վերաբերյալ, և ինձ ողջ պահելու համար անհրաժեշտ են կյանքի պահպանման միջամտություններ, ես խնդրում եմ, որ իմ առողջապահական գործակալը ներկայացնի իմ առողջապահական նախապատվությունները, ինչպես նկարագրված է ստորև:**

**Ես գիտեմ, որ որոշումները կկայացվեն՝ իմ բժիշկների և խնամքի թիմի հետ համագործակցելով, և նրանք հաշվի կառնեն իմ արժեքներն ու համոզմունքները, իմ առողջապահական նախասիրությունները և իմ առողջական վիճակն այն պահին, երբ անհրաժեշտ է որոշումներ կայացնել:**

**Նշում.** այս բժշկական կտակում փաստաթղթավորելով ձեր առողջապահական նախապատվությունները՝ ձեր առողջապահական գործակալը և բժիշկները կարող են որոշումներ կայացնել՝ հիմնվելով ձեր գրածի վրա, այլ ոչ թե գուշակելու, ենթադրելու կամ հիշելու փորձի վրա: Քննարկեք ձեր նախապատվությունները և արժեքներն ու համոզմունքները ձեր գործակալի և բժիշկների հետ:



Որո՞նք են կյանքի պահպանման միջամտությունները:

**Կյանքի պահպանման միջամտությունները ներառում են ցանկացած բուժգործողություն, սարք կամ դեղամիջոց, որը կարող է օգտագործվել ինձ ողջ պահելու համար:**

Այս միջամտությունները կարող են գործել կամ չգործել, և դրանք չեն բուժում հիվանդության հիմքում ընկած վիճակը կամ պատճառը:

Կյանքը պահպանող միջամտությունները ներառում են հետևյալը.

- **Սիրտ-թոքային վերակենդանացում (Cardiopulmonary resuscitation, CPR).** սրտի աշխատանքը վերսկսելու փորձ կրծքավանդակի սեղմումներով, եթե ձեզ մոտ արձանագրվել է սրտի և շնչառության կանգ:
- **Օդափոխիչ.** սարք, որը շնչում է ձեզ համար, երբ ձեր թոքերը չեն աշխատում: Խողովակը մտցվում է կամ ձեր բերանով, կամ պարանոցի կտրվածքով ձեր շնչուղիների մեջ: Խողովակը միանում է սարքին:
- **Խողովակային սնուցում.** կոչվում է նաև արհեստական սնուցում, բժշկական բուժում է, որն օրգանիզմին ապահովում է հեղուկ սնունդ (սնուցում): Դա արվում է, երբ մարդը չի կարողանում բավականաչափ ուտել բերանով կամ կուլ տալու հետ կապված խնդիրներ ունի:
- **Դիալիզ.** սարք, որը հեռացնում է թափոնները ձեր արյունից, եթե ձեր երիկամները չեն աշխատում:
- **Արյան փոխներարկում կամ արյան արգասիքների օգտագործում բուժման նպատակով.** արյունը կամ արյան արգասիքները ձեր մարմին տեղափոխելու գործընթաց ձեր ձեռքի երակի մեջ տեղադրված նեղ խողովակի միջոցով:

Կիսվել ձեր արժեքներով և առողջապահական նախապատվություններով ձեր գործակալի հետ: Ինչու են ձեր ընտրությունները կարևոր ձեզ համար: **Համոզվեք, որ նրանք կհարգեն ձեր ցանկությունները, նույնիսկ եթե դրանք կարող են տարբերվել իրենց ցանկություններից:**

Այժմ, երբ դուք սովորել եք կյանքը պահպանող միջամտությունների մասին, մտածեք հետևյալի մասին (ներքևում ընտրեք այնքան կարողություններ, որքան կցանկանաք):

**A. Ես կհրաժարվեի կամ կդադարեցնեի կյանքը պահպանող միջամտությունները, եթե ի վիճակի չլինեի. (I would decline or stop life sustaining interventions if I was not able to:)**

- Ինքս կայացնել որոշումներ (Make my own decisions)
- Իմաստալից հաղորդակցվել (Communicate meaningfully)
- Ճանաչել ընկերներին և ընտանիքին (Recognize friends and family)
- Կերակրել ինքս ինձ՝ առանց օգնության կամ խողովակով կերակրման (Feed myself without assistance or tube feeding)
- Հոգ տանել իմ անձնական հիգիենայի մասին (լողանալ, հագնվել) (Take care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- Հաղորդակվել համայնքի հետ (Engage with the community)

Ելնելով վերը նշված ձեր պատասխաններից՝ հաշվի առեք հետևյալը, երբ ընտրում եք ձեր առողջապահական նախապատվությունները ստորև.

**Իմ առողջապահական գործակալին խնդրում են ինձ համար բժշկական որոշումներ կայացնել, քանի որ լուրջ բժշկական իրադարձության, հիվանդության կամ վնասվածքի պատճառով ես չեմ կարողանում ինքնուրույն որոշումներ կայացնել, և ինձ ողջ պահելու համար անհրաժեշտ են կյանքը պահպանող միջամտություններ:** Կյանքը պահպանող միջամտությունները ներառում են՝ CPR, օդափոխիչ, խողովակային սնուցում, դիալիզ, արյան փոխներարկում կամ արյան արգասիք և այլն:

**(My health care agent is being asked to make medical decisions for me because a serious medical event, illness, or injury has left me unable to make my own decisions and life sustaining interventions are needed to keep me alive. Life sustaining interventions include: CPR, ventilator, tube feeding, dialysis, blood transfusions or blood products, etc.)**

Նկարագրված  
իրավիճակում դուք  
չեք կարող ճանաչել  
ինքներդ ձեզ կամ  
մտերիմներին:  
Բժիշկներն  
ասել են ձեր  
գործակալին և/կամ  
ընտանիքին, որ չի  
ակնկալվում, որ  
կվերականգնեք  
այս  
կարողությունները:

**B. Ես տառապում եմ ծանր թուլամտությամբ կամ ուղեղի ծանր վնասից, որի բարելավում չի ակնկալվում:** Ես ի վիճակի չեմ գործել ինձ համար ընդունելի ձևով:

**(I have advanced dementia or severe brain damage that is not expected to get better.** I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

Իմ արժեքների և համոզմունքների հիման վրա.

(Based on my **values and beliefs**.)

..... **Ես չեմ ցանկանում որևէ կյանքը պահպանող միջամտություն:**

Ես կամ կդադարեցնեի, կամ չեի սկսի կյանքը պահպանող միջամտությունները:

**(I do not want any life-sustaining interventions.** I would either stop or not start life sustaining interventions.)

..... **Ես կցանկանայի, որ կյանքը պահպանող միջամտությունները սկսվեին կամ շարունակվեին,**

քանի դեռ դրանք անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

**(I would want life-sustaining interventions to start or continue,** as long as medically appropriate.)

..... **Ցանկանում եմ կյանքը պահպանող միջամտությունների սահմանափակ փորձարկում,**

այնքան ժամանակ, որքան այն անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից: Սովորաբար, փորձարկումը երկու շաբաթից պակաս է տևում:

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

*Փորձարկման համար իմ նախապատվություններն են ... քանի որ ...  
(My preferences for a trial period are...because...)*

Լուրջ, զարգացող հիվանդության օրինակները կարող են ներառել սրտի, երիկամի և թոքերի հիվանդություն:

**C. Ունեմ ծանր, զարգացող հիվանդություն, որը մոտենում է իր վերջին փուլին:**

Ես ի վիճակի չեմ գործել ինձ համար ընդունելի ձևով:

**(I have a serious, progressing illness that is nearing its final stage.**

I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

Իմ **արժեքների և համոզմունքների հիման վրա.**

(Based on **my values and beliefs:**)

..... **Ես չեմ ցանկանում որևէ կյանքը պահպանող միջամտություն:**

Ես կա՛մ կդադարեցնեի, կա՛մ չէի սկսի կյանքը պահպանող միջամտությունները:

**(I do not want any life-sustaining interventions.** I would either stop or not start life sustaining interventions.)

..... **Ես կցանկանայի, որ կյանքը պահպանող միջամտությունները սկսվեին կամ շարունակվեին,** քանի դեռ դրանք անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

**(I would want life-sustaining interventions to start or continue,** as long as medically appropriate.)

**(I would want life-sustaining interventions to start or continue,** as long as medically appropriate.)

..... **Ցանկանում եմ կյանքը պահպանող միջամտությունների սահմանափակ փորձարկում,** այնքան ժամանակ, որքան այն անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից: Սովորաբար, փորձարկումը երկու շաբաթից պակաս է տևում:

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

Պատասխանեք միայն այն դեպքում, եթե դա վերաբերում է ձեզ:

**Եթե ես ցանկանում եմ ավելացնել որևէ լրացուցիչ առողջապահական նախապատվություն, կամ եթե ցանկանում եմ սահմանափակել կյանքը պահպանող որևէ միջամտություն՝ ելնելով իմ մշակութային, կրոնական, կամ անձնական համոզմունքներից, ես կգրեմ այս սահմանափակում(ներ)ը ստորև հատվածում:  
(If I want add any additional health care preferences, or if I wish to limit any life sustaining interventions because of my cultural, religious, or personal beliefs, I will write these limitation[s] in the space below.)**

*Ես ցանկանում եմ..., որովհետև...(I want...because...)*

[Ոչ պարտադիր] Նշված բժշկական բուժումը մերժելու մասին որոշում:

**Ստորև գրեք** անուն-ազգանվան սկզբնատառերը, եթե ցանկանում եք հրաժարվել արյան փոխներարկումից կամ արյան արգասիքներից բուժման համար (ընտրեք այն տարբերակը, որը գործում է ձեզ համար):

(Initial below if you want to decline blood transfusions or blood products for treatment [select the option that is true for you].)

..... ԵՍ ՀՐԱԺԱՐՎՈՒՄ ԵՄ արյան փոխներարկումից կամ արյան արգասիքներից և լրացնելու եմ Kaiser Permanente-ի արյան մասին հայտարարագրի ձևաթուղթը:  
(I DECLINE blood transfusions or blood products and will fill out the Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

..... ԵՍ ՀՐԱԺԱՐՎՈՒՄ ԵՄ արյան փոխներարկումից կամ արյան արգասիքներից և լրացրել եմ Kaiser Permanente-ի արյան մասին հայտարարագրի ձևաթուղթը:  
(I DECLINE blood transfusions or blood products and I have completed a Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

Արդյոք ինձ պետք է այլ ձևաթուղթ:

**Եթե ներկայումս ունեք լուրջ, զարգացող հիվանդություն, որը մոտենում է իր վերջնական փուլին,** խնդրում ենք քննարկել Բժշկի կողմից տրվող հրամանները կյանքը պահպանող բուժման համար (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST) նախատեսված փաստաթղթի լրացնելը ձեր բժշկի կամ առողջապահական թիմի հետ:

## Հետմահու նախապատվություններ

Այս բաժնում կարող եք գրել ձեր նախապատվություններն այն մասին, թե ինչպես եք ցանկանում, որ ձեր մարմնի հետ վարվեն մահից հետո և ինչպիսին կարող են լինել ձեր հուղարկավորության, հիշատակի կամ թաղման ցանկությունները: Դուք կարող եք նաև փաստաթղթավորել օրգանների նվիրատվության ձեր նախապատվությունները:

### Մաս 4

**Ձեր հետմահու նախապատվությունների** գրի առնելը կարող է դժվար թվալ, բայց դա կօգնի ձեր մտերիմներին հետևել ձեր ցանկություններին զգացմունքային ապրումների ընթացքում:

**Ձեր նախասիրությունների փաստաթղթավորումն այն մասին, թե ինչ է կատարվում ձեզ հետ մահվան ժամանակ և դրանից հետո, կօգնի ձեզ ամենամոտ մարդկանց հարգել այն, ինչը ձեզ համար ամենակարևորն է:** Որոշ ժամանակ տրամադրեք այս հայտարարություններին անդրադառնալու համար, և եթե դա օգնի, կարող եք վերադառնալ **մաս 2-ին` Իմ արժեքները և համոզմունքները:**

**Հիշեք.** Եթե դուք շփոթված եք կամ չգիտեք բոլոր հարցերի պատասխանները, փաստաթղթավորեք այն, ինչ գիտեք և անցեք առաջ:

**1. Եթե կյանքիս վերջին պահը մոտենում է, ես ցանկանում եմ, որ իմ մտերիմներն իմանան, որ ես կցանկանայի, որ իմ շուրջը լինեի հետևյալը (օրինակ՝ ծեսեր, հոգևոր աջակցություն, մարդիկ, երաժշտություն, սնունդ, ընտանի կենդանիներ և այլն). (If I am at the end of my life, I want my loved ones to know that I would like the following around me [for example, rituals, spiritual support, people, music, food, pets, etc.]):**

*Իմ նախապատվություններն են... (My preferences are...)*

Լրիվ անունը` (Full Name:) \_\_\_\_\_

Բժշկական քարտի համարը` (Medical Record #:) \_\_\_\_\_

Խնդրում ենք նաև ներառել ցանկացած նախնական պայմանավորվածություն (օրինակ՝ դիահերձարան, գերեզմանատուն, ձեր մարմնի նվիրատվությունը գիտությանը), որը դուք գուցե ձեռք եք բերել:

**2. Մահից հետո իմ մարմնի հետ կապված իմ նախապատվությունները (հուղարկավորություն, հիշատակի արարողություն, թաղում կամ որևէ այլ կրոնական կամ հոգևոր ավանդույթ) ներկայացված են ստորև:  
(After death, my preferences for how I want my body to be treated [funeral, memorial, burial, or any other religious or spiritual traditions] are listed below.)**

*Իմ նախապատվություններն են... (My preferences are...)*

Օրգանների,  
հյուսվածքների  
և/կամ մարմնի  
մասերի  
նվիրատվության  
նախապատվությունները:

Ընտրեք **մեկ** տարբերակ օրգանների նվիրատվության համար:

**3. Իմ մահից հետո ես ցանկանում եմ նվիրաբերել իմ օրգանները, հյուսվածքները և/կամ մարմնի մասերը: (Upon my death, I want to donate my organs, tissues, and/or body parts.)**

Այո (Yes)

Նշելով վերը նշված վանդակը, և անկախ իմ ընտրությունից, որոնք կատարել եմ **մաս 3-ում` Իմ առողջապահական նախընտրությունների ընտրությունը կյանքի ավարտի համար**, ես լիազորում եմ առողջապահական գործակալին համաձայնություն տալ ցանկացած ժամանակավոր բուժգործողությանը, որն անհրաժեշտ է բացառապես իմ օրգանները, հյուսվածքները գնահատելու և/կամ պահպանելու համար, և/կամ մարմնի մասերը` նվիրատվություն կատարելու նպատակով:

(By checking the box above, and regardless of my choice in **Part 3: Choosing My Health Care Preferences for End of Life**, I authorize my health care agent to consent to any temporary medical procedure necessary solely to evaluate and/or maintain my organs, tissues, and/or parts for purposes of donation.)

Ընտրեք **այնքան** տարբերակներ, որքան կիրառելի են.

(Choose as many options as applies:)

Ես ցանկանում եմ նվիրաբերել իմ օրգանները, հյուսվածքները և/կամ մարմնի մասերը հետևյալ նպատակների համար`

(I want to donate my organs for the following purposes:)

Փոխապատվաստում (Transplant)

Թերապիա (Therapy)

Հետազոտություն (Research)

Կրթություն (Education)

Ես ցանկանում եմ սահմանափակել իմ օրգանների, հյուսվածքների և/կամ մարմնի մասերի նվիրատվությունը, ինչպես նշված է ստորև.

(I want to restrict my donation of organs, tissues, and/or body parts as indicated below:)

*Ես ցանկանում եմ սահմանափակել... (I would like to restrict...)*

Ոչ (No)

Ես վստահ չեմ (I'm not sure)



Լրիվ անունը` (Full Name:) \_\_\_\_\_

Բժշկական քարտի համարը` (Medical Record #:) \_\_\_\_\_

**Եթե այս հատվածը դատարկ թողնեմ, ապա դա իմ օրգանները, հյուսվածքները և/կամ մարմնի մասերը նվիրաբերելու մերժում չէ:**

Պետք է հետևել իմ նահանգի կողմից լիազորված դոնորի գրանցմանը, կամ, դրա բացակայության դեպքում, Մաս 1-ում թվարկված իմ օրինական ճանաչված որոշում կայացնողը կարող է նվիրատվություն կատարել իմ մահից հետո: Եթե որևէ առողջապահական գործակալի անունը չի նշվում, ես ընդունում եմ, որ Կալիֆոռնիայի օրենքը թույլ է տալիս լիազորված անձին նման որոշում կայացնել իմ անունից:

**(If I leave this part blank, it is not a refusal to donate my organs.)**

(My state-authorized donor registration should be followed, or, if none, my legally recognized decision maker listed in Part 1 may make a donation upon my death. If no health care agent is named, I acknowledge that California law permits an authorized individual to make such a decision on my behalf.)

## Այս փաստաթուղթն օրինական ուժի մեջ դնել (Making This Document Legally Valid)

Այս բաժինը Կալիֆոռնիա նահանգում օրինականորեն կիրառելի է դարձնում ձեր բժշկական կտակը: Որպեսզի այն օրինական ուժ ստանա, **(1) դուք պետք է ստորագրեք ԵՎ (2) այն պետք է ստորագրված լինի երկու վկաների կողմից ԿԱՄ վավերացվի պետական նոտարի կողմից:**

**Մաս 5**  
Օրենսդրական պահանջներին հետևելը երաշխավորում է, որ AHCD-ում ձեր ներդրած ամբողջ աշխատանքը և մտածողությունը վավեր կլինեն: Հիշեք, եթե ցանկանում եք ինչ-որ բան փոխել ավելի ուշ, պարզապես լրացրեք մեկ այլ AHCD:

Ստորագրեք այս էջի ներքևում ԵՎ ընտրեք հետևյալներից ՄԵԿԸ՝ այս փաստաթուղթը Կալիֆոռնիա նահանգում օրինականորեն վավեր դարձնելու համար.

- ԵՐԿՈՒ ՎԿԱ**
- Ձեր վկաներից մեկը **չի կարող կապված լինել ձեզ հետ (արյունով, ամուսնությամբ կամ որդեգրմամբ)** և չի կարող ունենալ ձեր ունեցվածքի որևէ մասի նկատմամբ իրավունք:
  - Ձեր **առաջնային և այլընտրանքային բուժօգնության գործակալները (որոշումներ կայացնողները) ՉԵՆ կարող ստորագրել** որպես վկաներ:
  - Ձեր **բժշկական խնամքի մատակարարը կամ բժշկական խնամքի մատակարարի աշխատակիցը ՉԻ ԿԱՐՈՂ ստորագրել** որպես վկա
  - Երբ ձեր վկաների հետ եք, ստորագրեք կամ ընդունեք ձեր ստորագրությունը:
  - Վկաները կստորագրեն 28-րդ էջում:

ԿԱՄ

- ՊԵՏԱԿԱՆ ՆՈՏԱՐ**
- **ՄԻ՛** ստորագրեք այս փաստաթուղթը, եթե պետական նոտարի մոտ չեք:
  - Պետական նոտարը կստորագրի 30-րդ էջում:

Լրիվ անունը` (Full Name:) \_\_\_\_\_

Բժշկական քարտի համարը` (Medical Record #:) \_\_\_\_\_

**Ստորագրեք  
այստեղ:**

Շարունակեք:  
Որպեսզի այս  
փաստաթուղթը  
վավեր լինի  
Կալիֆոռնիա  
նահանգում,  
**դուք նույնպես  
պետք է այն  
վավերացնեք  
կամ  
վավերացնեք  
նոտարական  
կարգով:**

**Իմ ստորագրությունը (My Signature)**

*Իմ տպագիր անունը (My name printed)*

*Իմ ստորագրությունը  
(My Signature)*

*Ամսաթիվ  
(Date)*

Եթե դուք ֆիզիկապես ի վիճակի չեք ստորագրել, ապա ընդունելի է ցանկացած նշան, որ մտադիր եք դնել որպես ձեր ստորագրություն:  
(If you are physically unable to sign, any mark you make that you intend to be your signature is acceptable.)

**Անցեք հաջորդ էջ՝ վկայության և նոտարական պահանջների համար:**

Լրիվ անունը` (Full Name:) \_\_\_\_\_

Բժշկական քարտի համարը` (Medical Record #:) \_\_\_\_\_

**ԵՐԿՈՒ ՎԿԱՆԵՐԻ ընտրությունը:**

**Ես ընտրում եմ ԵՐԿՈՒ ՎԿԱ** այս փաստաթուղթը Կալիֆոռնիայում օրինական ուժի մեջ դնելու համար:

**ՎԿԱՆԵՐԻ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ. Կալիֆոռնիայի օրենքներով սուտ վկայություն տալու պատժի ներքո ես հայտարարում եմ.**

(1) որ այն անձը, ով ստորագրել կամ ընդունել է Առողջապահական խնամքի այս բժշկական կտակը, անձամբ հայտնի է ինձ, կամ որ անձի ինքնությունն ինձ ապացուցվել է համոզիչ ապացույցներով, (2) որ անձը ստորագրել կամ ընդունել է այս Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակն իմ ներկայությամբ, (3) որ անձը ողջամիտ է և ոչ մի հարկադրանքի, խարդախության կամ անտեղի ազդեցության տակ չի գտնվում, (4) որ ես որպես գործակալ նշանակված անձ չեմ սույն առողջապահական խնամքի բժշկական կտակով, և (5) որ ես չեմ հանդիսանում անձի առողջապահական խնամքի մատակարարը, անհատի առողջապահական խնամքի մատակարարի աշխատակից, համայնքային խնամքի հաստատության օպերատոր, համայնքային խնամքի հաստատության օպերատորի աշխատակից, տարեցների խնամքի հաստատության օպերատոր, ինչպես նաև տարեցների խնամքի հաստատության օպերատորի աշխատակից:

**Թիվ մեկ վկայի ստորագրությունը`**

Հիշեք, որ ձեր առողջապահական գործակալը չի կարող վկա լինել:

**Թիվ մեկ վկա` (Witness number one:)**

Անուն (Name)  
\_\_\_\_\_

Հասցե (Address)  
\_\_\_\_\_

Ստորագրություն (Signature)  
\_\_\_\_\_

Ամսաթիվ (Date)  
\_\_\_\_\_

**Թիվ երկու վկայի ստորագրություն`**

**Թիվ երկու վկա` (Witness number two:)**

Անուն (Name)  
\_\_\_\_\_

Հասցե (Address)  
\_\_\_\_\_

Ստորագրություն (Signature)  
\_\_\_\_\_

Ամսաթիվ (Date)  
\_\_\_\_\_

Լրիվ անունը` (Full Name:) \_\_\_\_\_

Բժշկական քարտի համարը` (Medical Record #:) \_\_\_\_\_

Իրավական առումով ձեր վկաներից մեկը չի կարող ձեզ հետ ազգակցական կապ ունենալ:

**Վկաների հավելյալ հայտարարություն.** Վերը նշված վկաներից առնվազն մեկը պետք է նաև ստորագրի հետևյալ հայտարարությունը. **Կալիֆոռնիայի օրենքների համաձայն՝ սուտ վկայություն տալու պատժի ներքո հայտարարում եմ,** որ ես արյունակցական կապով, ամուսնությամբ, կամ որդեգրմամբ կապված չեմ այն անհատի հետ, ով կատարում է այս Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակը, և, որքանով գիտեմ, ես իրավունք չունեմ անձի ունեցվածքի որևէ մասի նկատմամբ նրա մահից հետո՝ այժմ գոյություն ունեցող կամ օրենքով գործող կտակի համաձայն:

**(Additional Statement of Witnesses:** At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: **I further declare under penalty of perjury under the laws of California** that I am not related to the individual executing this Advance Health Care Directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.)

Ստորագրություն  
(Signature)

Ամսաթիվ  
(Date)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Պատասխանեք միայն այն դեպքում, եթե դա վերաբերում է ձեզ:

**Վկայի հատուկ պահանջ (Special Witness Requirement)**

Եթե դուք մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունում գտնվող հիվանդ եք, հիվանդի պաշտպանը կամ օմբուդսմենը պետք է ստորագրի հետևյալ հայտարարությունը:

(If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement.)

**ՀԻՎԱՆԴԻ ՓԱՍՏԱԲԱՆԻ ԿԱՍ ՕՍԲՈՒԴՍՄԵՆԻ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ.**

Ես հայտարարում եմ Կալիֆոռնիայի օրենքների համաձայն սուտ վկայություն տալու պատժի ներքո, որ ես հիվանդների պաշտպան եմ կամ օմբուդսմեն, ինչպես սահմանված է Տարեցների հարցերով զբաղվող նահանգային դեպարտամենտի կողմից, և որ որպես վկա եմ ծառայում, ինչպես պահանջվում է Կալիֆոռնիայի Վավերացված կտակի մասին օրենսգրքի 4675-րդ հոդվածով:

**(STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN:** I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or an ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the California Probate Code.)

Ստորագրություն  
(Signature)

Ամսաթիվ  
(Date)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Լրիվ անունը` (Full Name:) \_\_\_\_\_

Բժշկական քարտի համարը` (Medical Record #:) \_\_\_\_\_

ՊԵՏԱԿԱՆ  
ՆՈՏԱՐԻ  
ընտրություն:

Ես ընտրում եմ ՊԵՏԱԿԱՆ ՆՈՏԱՐ երկու վկաների փոխարեն:

**ACKNOWLEDGMENT**

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of California,  
County of \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_  
(insert name and title of the officer)

personally appeared \_\_\_\_\_  
who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature \_\_\_\_\_ (Seal)

Շնորհավորում ենք: Դուք գրեթե վերջացրել եք: Ահա ևս մի քանի բան, որոնց հարցում պետք է ուշադիր լինել գործընթացն ավարտելու համար:

### Հաջորդ քայլերը (Next Steps)

Այժմ, երբ դուք լրացրել եք ձեր Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակը (AHCD), օգտագործեք այս ստուգաթերթը՝ համոզվելու համար, որ հետևում եք այս վերջին մի քանի քայլերին:

- ❑ **AHCD-ի պատճենները տվեք**
  - Ձեր **առողջապահական գործակալին** (որոշում կայացնողին) և այլընտրանքային գործակալ(ներ)ին
  - **Բերեք ձեր հաջորդ նշանակված ժամադրությանը ԿԱՄ Ուղարկեք պատճենը փոստով՝ Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805 ԿԱՄ**  
Էլ. փոստով՝ [SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org](mailto:SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org)
  - Պահեք **բնօրինակը**
- ❑ **Քննարկեք ձեր AHCD-ն**
  - **Խոսեք ձեր առողջապահական գործակալի (որոշում կայացնողի) հետ** ձեր արժեքների, համոզմունքների և ձեր առողջապահական նախապատվությունների մասին: Օգտագործեք ձեր AHCD-ն՝ վարելու զրույցը և համոզվելու, որ նրանք կարող են կատարել այս դերը:
  - **Համոզվեք, որ ձեր մտերիմներին, ընտանիքին և/կամ մտերիմ ընկերներին** տեղեկացրել եք, թե ում եք ընտրել որպես ձեր առողջապահական գործակալ և որոնք են ձեր առողջապահական նախապատվությունները և ինչու:
- ❑ **Վերցրեք ձեր AHCD-ն ձեզ հետ**
  - Եթե դուք գնում եք հիվանդանոց կամ ծերանոց, վերցրեք ձեր AHCD-ի պատճենը և խնդրեք, որ այն տեղադրվի ձեր բժշկական քարտի մեջ:
- ❑ **Պարբերաբար վերանայեք ձեր AHCD-ն**  
Վերանայեք ձեր AHCD-ն, երբ տեղի է ունենում հետևյալներից որևէ մեկը.
  - Տասնամյակ.** Երբ սկսում եք ձեր կյանքի նոր տասնամյակ
  - Մահ.** Երբ առերեսվում եք հարազատի մահվան հետ
  - Ամուսնալուծություն/Ամուսնություն.** Երբ ամուսնալուծվում, ամուսնանում կամ ընտանեկան այլ լուրջ փոփոխություններ են կատարվում ձեզ հետ
  - Ախտորոշում.** Երբ ձեզ մոտ ախտորոշվում է լուրջ առողջական վիճակ
  - Անկում.** Երբ զգում եք առկա առողջական վիճակի զգալի անկում կամ վատթարացում, հատկապես, եթե չեք կարողանում ինքնուրույն սպրել:

**Հիշեք. ձեր AHCD-ում դուք կարող եք ցանկացած պահի չեղարկել կամ փոխել ձեր նախապատվություններից ՑԱՆԿԱՑԱԾԸ:** Քանի որ ամեն ինչ փոխվում է ձեր կյանքում կամ ձեր առողջության հետ, դուք կարող եք փոխել, թե ով լինի ձեր առողջապահական գործակալը (որոշում կայացնողը), ինչպես նաև բժշկական նախապատվությունները: Դուք պետք է դա անեք գրավոր և ստորագրեք նոր փաստաթուղթը, կամ կարող եք անձամբ տեղեկացնել ձեր առողջապահական ծառայությունների մատակարարին:





Այս տեղեկատվությունը նախատեսված չէ առողջական խնդիրներ ախտորոշելու կամ փոխարինելու ձեր բժշկից կամ առողջապահական այլ մասնագետից ստացված բժշկական խորհրդատվությունը կամ խնամքը: Եթե ունեք մշտական առողջական խնդիրներ կամ լրացուցիչ հարցեր, խորհրդակցեք ձեր բժշկի հետ:

Մշակված է Spark-ի՝ KPIT Innovation թիմի կողմից՝ համագործակցելով տարածաշրջանային Կյանքի խնամքի պլանավորում -ի թիմի հետ: Հատուկ շնորհակալություն Bioethics-ին, SCPMG Legal-ին և այլ հիմնական ներդրողներին իրենց ուղղորդման համար:

© Southern California Permanente Medical Group:

Բոլոր իրավունքները վերապահված են:

Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են:

SCAL-LCP 032A (07/21)

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)