

ओहायो राज्य घोषणा गर्ने व्यक्तिलाई लिभिड विल डिकलेरेशन

यस लिभिड विल डिकलेरेशनको उद्देश्य तपाईं सूचित चिकित्सा निर्णयहरू लिन सक्नुहुँदैन र अन्तिम स्थितिमा वा सधैंका लागि अचेत अवस्थामा हुनुहुन्छ भने कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा आपूर्ति गरिएको पोषण र हाइड्रेसन लगायतका तपाईंको इच्छालाई जीवन---जीवित राख्ने उपचारको कागजात पत्र गर्नु, रोक्नु वा फिर्ता लिनु हो। यो लिभिड विल डिकलेरेशनले तपाईंलाई आरामदायी हेरचाह प्रदान गर्ने स्वास्थ्य सेवा कर्मचारीहरूको जिम्मेवारीलाई प्रभाव पार्दैन। आराम हेरचाह भन्नाले बिरामीको पीडा वा बेचैनी कम गर्नका लागि गरिएको उपाय हो तर मृत्युलाई रोक्न होइन।

तपाईं CPR लगायतका कुनै पनि वा सबै किसिमका जीवन-जीवित राख्ने उपचारलाई सीमित गर्न रोज्नु हुँदैन भने तपाईंको रोज्ने कानूनी अधिकार छ र तपाईं आफ्नो चिकित्सा उपचार प्राथमिकताहरूलाई भिन्न कागजातमा लिखित रूपमा बताउन चाहन सक्नुहुन।छ।

ओहायो कानून अन्तर्गत, लिभिड विल डिकलेरेशन अन्तिम स्थिति वा सधैंका लागि अचेत अवस्थामा भएका व्यक्तिहरूका लागि मात्र लागू हुन्छ। तपाईं अन्य परिस्थितिहरूमा चिकित्सा उपचार निर्देशित गर्न चाहनुहुन्छ भने तपाईंले हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी तयार पार्नुपर्छ। तपाईं अन्तिम स्थितिमा हुनुहुन्छ वा सधैंका लागि अचेत अवस्थामा हुनुहुन्छ भने यो लिभिड विल डिकलेरेशनले हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा प्राथमिकता लिन्छ।

[तपाईंको चिकित्सा स्थिति परिवर्तन भएमा वा तपाईंले पछि हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी पूरा गर्ने निर्णय लिएमा तपाईंले नयाँ लिभिड विल डिकलेरेशन पूरा गर्ने बारेमा विचार गर्नुपर्छ। तपाईंसँग लिभिड विल डिकलेरेशन र हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी दुवै छ भने तपाईंले यी कागजातहरूको प्रतिलिपिहरू सँगै राख्नु पर्छ। तपाईं स्वास्थ्य सेवा केन्द्रमा बिरामी हुनुहुन्छ वा तपाईंले आफ्नो चिकित्सकसँग आफ्नो मेडिकल रेकर्डहरू अपडेट गर्दा आफ्नो कागजात(हरू) साथमा ल्याउनुहोस्।]



ओहायो लिभिड विल डिकलेरेशन

[R.C. §2133]

(पुरा नाम प्रिन्ट गर्नुहोस्)

(जन्म मिति)

यो मेरो लिभिड विल डिकलेरेशन हो। मैले हस्ताक्षर गरेको सबै पूर्व लिभिड विल डिकलेरेशनलाई रद्द गर्दछु। म यस कागजातको प्रकृति र उद्देश्य बुझ्छु। कुनै प्रावधान अमान्य वा अप्रवर्तनीय पाइन्छ भने यसले यस कागजातको बाँकी भागलाई प्रभाव पार्दैन।

म स्वस्थ दिमागको हुँ र दबाब, जालसाजी वा अनुचित प्रभावमा परेको छैन। म एक सक्षम वयस्क हुँ जसले यो कार्यको परिणामलाई बुझ्छ र स्वीकार गर्दछ। म स्वेच्छाले मेरो निर्देशनको घोषणा गर्दछु कि मेरो मृत्यु कृत्रिम रूपमा लामो समयसम्म नगरियोस्। [R.C. §2133.02 (A)(1)]

म यो लिभिड विल डिकलेरेशनलाई मेरो परिवार र चिकित्सकहरूले निश्चित स्वास्थ्य सेवा अस्वीकार गर्ने मेरो कानूनी अधिकारको अन्तिम अभिव्यक्तिको रूपमा सम्मान गर्नेछु भन्ने चाहन्छु। [R.C. §2133.03(B)(2)]

परिभाषा

वयस्क भन्नाले 18 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरको व्यक्ति हो।

एजेन्ट वा अटर्नी-इन-फ्याक्ट भन्नाले एक सक्षम वयस्क हो जसलाई एक व्यक्ति ("प्रिन्सिपल") ले प्रिन्सिपलका लागि स्वास्थ्य सेवा निर्णयहरू लिन हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा नाम दिन सक्छ।

कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा आपूर्ति गरिएको पोषण वा हाइड्रेसन भन्नाले इन्ट्राभेनस वा ट्युब फिडिङ मार्फत उपलब्ध गराइने खाना र तरल पदार्थलाई बुझाउँछ। [तपाईंले फिडिङ ट्युबलाई अस्वीकार वा बन्द गर्न सक्नुहुन्छ वा आफ्नो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी एजेन्टलाई कृत्रिम पोषण वा हाइड्रेसन अस्वीकार वा बन्द गर्न अधिकार दिन सक्नुहुन्छ।]

कम्फर्ट केयर भन्नाले पोषण र-वा हाइड्रेसन सहितको कुनै पनि उपाय, चिकित्सा वा नर्सिङ प्रक्रिया, उपचार वा हस्तक्षेपलाई बुझिन्छ जुन बिरामीको पीडा वा बेचैनी कम गर्नका लागि गरिन्छ तर मृत्युलाई रोक्न होइन।

CPR भन्नाले कार्डियोपल्मोनरी रिस्पिटेशन बुझिन्छ जुन कुनै पनि व्यक्तिको सास फेर्न वा मुटुको धड्कन एक पटक रोकिएपछि सुरु गर्ने धेरै तरिकाहरू मध्ये एउटा हो। यसले रिस्पिटेशन बाहेक कुनै अन्य कारणले गर्दा कुनै व्यक्तिको वायुमार्ग सफा गर्ने समावेश गर्दैन।

घोषणा गर्ने व्यक्ति भन्नाले लिभिड विल डिकलेरेशनमा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्ति हो।

रिसुसिटेशन नगर्नुहोस् वा DNR आदेश भन्नाले बिरामीले कार्डियोपल्मोनरी रिसुसिटेशन प्राप्त गर्नु हुँदैन भनेर संकेत गर्न बिरामीको रेकर्डमा लेखिएको चिकित्सकको मेडिकल अर्डर हो।

स्वास्थ्य सेवा भन्नाले कुनै व्यक्तिको शारीरिक वा मानसिक स्वास्थ्य कायम राख्न, निदान वा उपचार गर्नका लागि कुनै पनि हेरचाह, उपचार, सेवा वा प्रक्रियालाई बुझाउँछ।

स्वास्थ्य सेवाको निर्णय भन्नाले सूचित सहमति दिनु, सूचित सहमति दिन अस्वीकार गर्नु वा स्वास्थ्य सेवाका लागि सूचित सहमति फिर्ता लिनु हो।

हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी भन्नाले कानूनी कागजात हो जसले प्रिन्सिपलले अब त्यस्ता निर्णयहरू लिन नसक्दा प्रिन्सिपलले एजेन्टलाई धेरैजसो स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिन अधिकार दिन्छ। साथै, प्रिन्सिपलले एजेन्टलाई प्रिन्सिपलको तर्फबाट र तुरुन्तै वा अन्य कुनै पनि समयमा सुरक्षित स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी सङ्कलन गर्न अधिकार दिन सक्छ। हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी भन्नाले आर्थिक शक्तिको अधिकार होइन। हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी कागजातलाई व्यक्ति(हरू) लाई प्रिन्सिपलका व्यक्ति वा सम्पत्तिको संरक्षकको रूपमा काम गर्न मनोनीत गर्न पनि प्रयोग गर्न सकिन्छ। अदालतले प्रिन्सिपलका लागि संरक्षक नियुक्त गरेता पनि अदालतले अन्यथा निर्णय नलिएसम्म हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी प्रभावमा रहन्छ।

जीवन - जीवित राख्ने उपचार भन्नाले कुनै पनि चिकित्सा प्रक्रिया, उपचार, हस्तक्षेप वा अन्य उपाय हो जो बिरामीलाई दिइँदा मुख्य रूपमा मृत्युको प्रक्रियालाई बढाउँछ।

जीवित रहने इच्छाको घोषणा भन्नाले कानूनी कागजात हो जसले एक सक्षम वयस्क ("घोषणा गर्ने व्यक्ति") लाई घोषणा गर्ने व्यक्तिले ऊ वा उनी गम्भीर बिरामी हुँदा वा स्थायी रूपमा अचेत हुँदा र आफ्नो इच्छाहरू अब उप्रान्त बताउन नसक्दा कुन स्वास्थ्य सेवा चाहन्छ वा चाहँदैन भनी निर्दिष्ट गर्न दिन्छ। यो इच्छापत्र होइन र इच्छालाई प्रतिस्थापित गर्दैन जसलाई मृत्यु पछि व्यक्तिको सम्पत्ति प्रबन्ध गर्नका लागि कार्यकारी नियुक्त गर्न प्रयोग गरिन्छ।

स्थायी रूपमा अचेत अवस्था भन्नाले एक अपरिवर्तनीय स्थिति हो जसमा बिरामी आफैं वा आफू र वरपरको बारेमा स्थायी रूपमा अनभिज्ञ हुन्छ। कम्तीमा दुई चिकित्सकहरूले बिरामीको परीक्षण गर्नुपर्छ र बिरामीले उच्च मस्तिष्कको कार्य पूर्ण रूपमा गुमाएको छ र पीडा सहन वा महसुस गर्न असमर्थ छ भनेर सहमत हुनुपर्छ।

प्रिन्सिपल भन्नाले हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा हस्ताक्षर गर्ने सक्षम वयस्क सम्झनु पर्छ।

टर्मिनल शर्त भन्नाले प्रिन्सिपलको उपस्थित भएका चिकित्सक र प्रिन्सिपलको परीक्षण गरेका एक अर्का चिकित्सकद्वारा उपयुक्त चिकित्सा मापदण्ड अनुसारका निर्धारित रूपमा चिकित्सा सुनिश्चितताको उचित मात्रालाई, सोबाट रोग, बिमारी वा चोटका कारण अपरिवर्तनीय, निको पार्न नसकिने तथा उपचार गर्न नसकिने स्थिति भन्ने बुझिन्छ। (1) निको हुन सक्दैन र (2) जीवन-जीवित राख्ने उपचारको प्रबन्ध गरिएन भने तुलनात्मक रूपमा छोटो समयमै मृत्यु हुन सक्छ।

कुनै म्याद सकिने मिति छैन। यो लिभिड विल डिकलेरेशनको कुनै म्याद सकिने मिति हुँदैन। यद्यपि, म यसलाई जुनसुकै बेला रद्द गर्न सकछु। [R.C. §2133.04(A)]

असली जस्तै प्रतिलिपि बनाउँछ। कुनै पनि व्यक्ति यस कागजातको प्रतिलिपिमा भर पर्न सकछ। [R.C. §2133.02(C)]

राज्य बाहिरको आवेदन। म यो कागजातलाई कानूनले अनुमति दिएको हदसम्म कुनै पनि अधिकार क्षेत्रमा सम्मान गर्न चाहन्छु। [R.C. §2133.14]

मैले यो मेरो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी पुरा गरेको छु: छु _____ छैन _____

सूचनाहरू। [ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले कसैको नाम लिनु आवश्यक छैन। कसैको नाम छैन भने कानूनले तपाईंको उपस्थित चिकित्सकलाई नामको क्रममा निम्न व्यक्तिहरू मध्ये कुनै एकलाई सूचित गर्न उचित प्रयास गर्न आवश्यक छ: तपाईंको अभिभावक, तपाईंको पति/पत्नी, उपलब्ध रहेका तपाईंका वयस्क छोराछोरीहरू, तपाईंका आमाबुवा वा तपाईंका उपलब्ध रहेका अधिकांश वयस्क दाजुभाइहरू।]

अन्ततः मेरो उपस्थित चिकित्सकले जीवन-जीवित राख्ने उपचार रोक्न वा फिर्ता लिनु पर्छ भनेर निर्धारण गर्दछ, मेरो चिकित्सकले प्राथमिकताको निम्नलिखित क्रम [कुनै पनि प्रयोग नगरिएका लाइनहरू निकाल्नुहोस्] तल नाम दिइएको व्यक्तिहरू मध्ये एकजनालाई सूचित गर्न उचित प्रयास गर्नेछ: [R.C. §2133.05(2)(a)]

प्रयोग नगरिएको खण्डमा X बाहिरी क्षेत्र

पहिलो सम्पर्कको नाम र सम्बन्ध: _____
ठेगाना: _____
टेलिफोन नम्बर(हरू): _____
दोस्रो सम्पर्कको नाम र सम्बन्ध: _____
ठेगाना: _____
टेलिफोन नम्बर(हरू): _____
तेस्रो सम्पर्कको नाम र सम्बन्ध: _____
ठेगाना: _____
टेलिफोन नम्बर(हरू): _____

म अन्तिम स्थिति मा छु र मेरो स्वास्थ्य हेरचाह निर्णयहरू आफैले लिन सकिदैन भने वा म **सधैंका लागि अचेत अवस्थामा** छु भने र मैले सूचित निर्णयहरू लिन सक्ने क्षमता पुनः प्राप्त गर्ने कुनै उचित सम्भावना छैन भने त्यसपछि म मेरो चिकित्सकलाई मलाई केवल **आरामको हेरचाह** दिँदै मलाई प्राकृतिक रूपमा मर्न दिनका लागि निर्देशन दिन्छु।

म मेरो चिकित्सकलाई आरामको हेरचाह प्रदान गर्ने उद्देश्यका लागि अधिकार प्रदान गर्छु:

1. CPR लगायतका जीवन-जीवत राख्ने उपचारको प्रबन्ध नगर्नुहोस्;
2. कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा आपूर्ति गरिएको पोषण वा हाइड्रेसन रोक्नुहोस् वा फिर्ता लिनुहोस्, म सधैंका लागि अचेत अवस्थामा छु भने मैले तलका **विशेष निर्देशनहरू** अन्तर्गत त्यस्ता रोक्ने वा फिर्ता लिने अधिकार दिएको छु र अन्य सर्तहरू पूरा भएको छ;
3. DNR आदेश जारी गर्नुहोस्;
4. मलाई आरामदायी बनाउन र पीडा कम गर्नका लागि मात्र आवश्यक हेरचाह प्रदान गर्दै मेरो मृत्यु रोक्न कुनै कदम नचाल्नुहोस्।

विशेष निर्देशनहरू



म विशेष रूपमा मेरो चिकित्सकलाई रोक्न अधिकार दिन्छु वा उपचारले कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा आपूर्ति गरिएको पोषण वा हाइड्रेसनको प्रावधानका लागि सहमति फिर्ता लिन सुरु गरेको छ भने म स्थायी रूपमा अचेत अवस्थामा छु र मेरो चिकित्सक र मेरो जाँच गरेका कम्तीमा एक अन्य चिकित्सकले उचित मात्रामा चिकित्सकीय निश्चितताका लागि कृत्रिम वा प्राविधिक रूपमा आपूर्ति गरिएको पोषण र हाइड्रेसनले मलाई आराम दिँदैन वा मेरो पीडालाई कम गर्दैन भनी निर्धारित गरेको छ। [R.C. §2133.02(A)(3) र R.C. §2133.08]

थप निर्देशन वा सीमाहरू

[तलको खाली ठाउँ पर्याप्त छैन भने तपाईंले थप पृष्ठहरू संलग्न गर्न सक्नुहुन्छ।
तपाईंका कुनै अतिरिक्त निर्देशन वा सीमाहरू छैनन् भने तल "कुनै पनि छैन" लेख्नुहोस्।]

घोषणा गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर

मैले मेरो परिवारका सदस्यहरू, मेरो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा नाम दिइएको एजेन्ट (मसँग छ भने), मेरो चिकित्सक, मेरो अधिवक्ता, मेरो धार्मिक सल्लाहकार र अन्यलाई यो लिभिड विल डिक्लेरेशनको बारेमा बताउनका लागि जिम्मेवार छु भनी बुझेको छु। मैले यो लिभिड विल डिक्लेरेशनको प्रतिलिपिहरू कुनै पनि व्यक्तिलाई दिन सक्छु भन्ने मैले बुझेको छु।

मैले यो लिभिड विल डिक्लेरेशनमा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ (वा मेरो लागि हस्ताक्षर गर्न कुनै व्यक्तिलाई निर्देशन दिनु पर्छ) र हस्ताक्षरको तारिख बताउनुपर्छ र हस्ताक्षर कि त दुई वयस्कहरूबाट साक्षी हुनुपर्छ जो हस्ताक्षर साक्षी हुन योग्य छन् वा हस्ताक्षर नोटरी पब्लिकको सामु स्वीकार गर्नुपर्छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु। [R.C. §2133.02]

म यो लिभिड विल डिक्लेरेशनको

_____ मा _____ ओहायोमा मेरो नाममा हस्ताक्षर गर्छु।

घोषणा गर्ने व्यक्ति

[साक्षीहरू वा एक नोटरी स्वीकृति रोज्नुहोस्।]

साक्षीहरू [R.C. §2133.02(B)(1)]

[निम्नलिखित व्यक्तिहरूले यस लिभिड विल डिक्लेरेशनको साक्षीको रूपमा काम गर्न सक्दैनन्:

- कुनै छ भने तपाईंको हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नीमा तपाईंको एजेन्ट;
- कुनै छ भने तपाईंको व्यक्ति वा सम्पत्तिको संरक्षक;
- कुनै छ भने कुनै पनि वैकल्पिक एजेन्ट वा संरक्षक;
- रगत, विवाह वा धर्मपुत्र (उदाहरणका लागि तपाईंको जीवनसाथी र छोराछोरीहरू) बाट तपाईंसँग सम्बन्धित जो कोही पनि;
- तपाईंको उपस्थित चिकित्सक; र
- तपाईंले हेरचाह पाउनुभइरहेको नर्सिङ होमको व्यवस्थापक।]

म प्रमाणित गर्छु कि घोषणा गर्ने व्यक्तिले मेरो उपस्थितिमा यो लिभिड विल डिक्लेरेशनमा हस्ताक्षर गरेको वा स्वीकार गरेको छ र घोषणा गर्ने व्यक्ति स्वस्थ दिमागको देखिन्छ र दबाब, जालसाजी वा अनुचित प्रभावमा नपरेको वा नभएको छ।

_____/_____/_____
साक्षी एकजनाको हस्ताक्षर साक्षी एकजनाको प्रिन्ट गरिएको नाम तारिख

साक्षी एकजनाको ठेगाना

_____/_____/_____
साक्षी दुईजनाको हस्ताक्षर साक्षी दुईजनाको प्रिन्ट गरिएको नाम तारिख

साक्षी दुईजनाको ठेगाना

वा कुनै साक्षीहरू छैनन् भने

नोटरी स्वीकृति [R.C. §2133.02(B)(2)]

ओहायो राज्य

_____ ss काउन्टी।

_____ मा मेरो अगाडि, अधोहस्ताक्षरित नोटरी पब्लिक, व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित भयो

_____, उपरोक्त लिभिड विल डिक्लेरेशनको घोषणा गर्ने व्यक्ति र उसले यसमा उल्लेख गरेका उद्देश्यहरूका लागि कार्यान्वयन गरेको छ भनी स्वीकार गरेको छ। म घोषणा गर्ने व्यक्ति स्वस्थ दिमागको र दबाब, जालसाजी वा अनुचित प्रभावमा परेको छैन जस्तो देखिन्छ भनी प्रमाणित गर्छु।

नोटरी पब्लिक

मेरो आयोगको म्याद सकिन्छ: _____

मेरो आयोग स्थायी छ: _____

© जनवरी 2022। सार्वजनिक, अधिवक्ता, चिकित्सा र ओस्टियोपैथिक चिकित्सक, अस्पताल, बार एसोसिएसन, चिकित्सा समाज र गैर-नाफामुखी संघ र संस्थाहरूबाट प्रयोगका लागि फेरि प्रिन्ट गर्न र प्रतिलिपि निकाल्न सकिन्छ। यसलाई फेरि निकाल्न नसक्ने हुन सक्छ व्यावसायिक रूपमा नाफामा बिक्रीका लागि।