

نگہداشت صحت کیلئے پیشگی ہدایات برائے ورجینیا

میں، _____ ارادی طور پر اور رضامندی سے

نگہداشت صحت کیلئے پیشگی ہدایت دینے والے فرد کا نام جلی حروف میں (اقرار کنندہ)

(Printed Name of Individual Making This Advance Directive for Health Care (Declarant))

ایسے حالات کیلئے ذیل میں اپنی خواہشات کا اعلان کرتا ہوں جب میں اپنی نگہداشت صحت کے بارے میں باخبر طور پر فیصلہ لینے کے قابل نہ رہوں:

(آپ ذیل کے سیکشن I اور II میں کوئی یا سبھی انتظامات شامل کرسکتے ہیں۔)

سیکشن I: اپنے ایجنٹ کی تقرری اور اختیارات

(اگر آپ اپنے نگہداشت صحت کے فیصلے کرنے کے لئے کوئی ایجنٹ مقرر نہیں کرنا چاہتے ہیں تو اس پورے سیکشن I پر کراس کا نشان لگائیں۔)

A. میرے ایجنٹ کی تقرری

میں بذریعہ ہذا _____

ای میل پتہ (E mail Address)

پہلے ایجنٹ کا نام (Name of Primary Agent)

ٹیلیفون نمبر (Telephone Number)

گھر کا پتہ (Home Address)

کو اپنے ایجنٹ کی حیثیت سے، اپنی جانب سے نگہداشت صحت سے متعلق وہ فیصلے لینے کے لئے مقرر کرتا ہوں جس کی اجازت اس دستاویز میں دی گئی ہے۔

اگر میرا مذکورہ بالا پہلا ایجنٹ کسی معقول وجہ سے موجود نہیں ہے یا اہل نہیں ہے یا میرے ایجنٹ کی حیثیت سے عمل کرنے کے لئے راضی نہیں ہے، تو میں درج ذیل جانشین ایجنٹ کو اس حیثیت سے خدمت انجام دینے کیلئے مقرر کرتا ہوں:

ای میل پتہ (E mail Address)

جانشین ایجنٹ کا نام (Name of Successor Agent)

ٹیلیفون نمبر (Telephone Number)

گھر کا پتہ (Home Address)

میں اپنے ایجنٹ کو اپنی جانب سے ذیل کے مطابق اپنے نگہداشت صحت سے متعلق فیصلے لینے کا پورا اختیار دیتا/ دیتی ہوں۔ میں جب بھی اور جتنے عرصے تک باخبر طور پر فیصلہ کرنے کے ناقابل قرار دیا جاؤں تو، میرے ایجنٹ کو یہ اختیار حاصل ہوگا۔

میری خواہش ہے کہ میری جانب سے نگہداشت صحت سے متعلق فیصلہ لیتے ہوئے، میرا ایجنٹ اس دستاویز میں بیان کردہ، یا کسی دوسرے طریقے سے ایجنٹ کو معلوم ہو، میری ترجیحات اور خواہشات پر عمل کرے گا۔ اگر میرا ایجنٹ اس کا فیصلہ نہیں کرپا رہا ہے کہ نگہداشت صحت سے متعلق کون سا اختیار میں خود اپنے لئے پسند کرتا تو، میں چاہتا ہوں کہ میرا ایجنٹ اپنے خیال سے میرے لئے بہتر سے بہتر اختیار کا انتخاب کرے۔

B. میرے ایجنٹ کے اختیارات

[اگر آپ نے اوپر کوئی ایجنٹ مقرر کیا ہے تو، آپ انہیں درج ذیل اختیارات دے سکتے ہیں۔ آپ ذیل میں مذکور کسی بھی ایسے اختیار کو قلم زد کرسکتے ہیں جو آپ اپنے ایجنٹ کو نہیں دینا چاہتے اور ایسے اختیارات کا اضافہ کرسکتے ہیں جو آپ اپنے ایجنٹ کو دینا چاہتے ہیں۔]

میرے ایجنٹ کے اختیارات میں درج ذیل شامل ہوں گے:

1. کسی بھی طرح کی نگہداشت صحت، بشمول، لیکن انہیں تک محدود نہیں، مصنوعی سانس (سانس دینے کی مشین)، مصنوعی طور پر غذا دینا (نلی کے ذریعہ غذا دینا) اور پانی (رگ میں رقیق دینا) اور دل اور پھیپھڑوں کے اعمال کی بحالی (CPR)،

کے لئے اجازت دینا، انکار کرنا یا اجازت واپس لینا۔ اس اجازت میں خاص طور سے تجویز کردہ درد کش دوا کی مجوزہ خوراک سے زیادہ خوراک دینا جو درد سے راحت کے لئے کافی مقدار میں ہو۔ اس کا اطلاق ایسی صورت میں بھی ہوتا ہے اگر اس دوا کے لینے میں لت لگنے کا خطرہ ہو یا نادانستگی میں میری جلد موت کا سبب بنے۔

2. میری جسمانی یا دماغی صحت سے متعلق، زبانی یا تحریری، معلومات طلب کرنا، حاصل کرنا اور ان کا جائزہ لینا، بشمول لیکن انہیں تک محدود نہیں، طبی اور ہسپتال کے ریکارڈز اور ان معلومات کو افشاء کرنے کے لئے اجازت دینا جو میری ان ہدایات کی انجام دہی کیلئے ضروری ہوں جنہیں اس پیشگی ہدایت نامے میں بیان کیا گیا ہے۔

3. میری نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ کی خدمات حاصل کرنا اور ترک کرنا۔

4. کسی بھی ہسپتال، مریض خانے، نرسنگ ہوم، امدادی رہائشی سہولت یا کسی بھی طبی نگہداشت صحت کی سہولت میں داخل کرنے، منتقل کرنے، یا وہاں سے نکالنے کی اجازت دینا۔

5. قانون کے تحت مجاز طور پر کسی دماغی بیماری کے علاج کے لئے مجھے کسی نگہداشت صحت کی سہولت میں داخل کرنے کی اجازت دینا۔ (اگر دماغی صحت کے علاج کے سلسلے میں میرے ایجنٹ کیلئے میری دیگر ہدایات ہیں تو، وہ ایک ضمنی دستاویز میں درج ہیں۔)

6. یہ فیصلہ ہوجانے کے بعد کہ میں باخبر فیصلہ لینے کے قابل نہیں ہوں، ایجنٹ کے اختیارات پر میرے اعتراض کے باوجود میرے ایجنٹ کی حیثیت سے خدمات انجام دیتا رہے گا۔

7. موزوں وفاقی یا ریاستی قانون کے مطابق کسی انسٹی ٹیوشنل ریویو بورڈ یا ریسرچ ریویو کمیٹی کی جانب سے منظور شدہ نگہداشت صحت سے متعلق مطالعہ میں میری شرکت کے لئے اجازت، اگر اس مطالعہ میں میرے لئے براہ راست معالجاتی فوائد کا امکان موجود ہو۔

8. موزوں وفاقی یا ریاستی قانون کے مطابق کسی انسٹی ٹیوشنل ریویو بورڈ یا ریسرچ ریویو کمیٹی کی جانب سے منظور شدہ نگہداشت صحت سے متعلق مطالعہ میں میری شرکت کے لئے اجازت، جس کا مقصد میری جیسی حالت کے لئے سائنسی معلومات میں اضافہ کرنا یا انسان کی بہبود و تندرستی کو فروغ دینا ہو، اگرچہ اس میں میرے لئے کوئی بلاواسطہ فائدہ کا امکان نہ ہو۔

9. نگہداشت صحت کی سہولت میں میرے داخلہ کے دوران کسی بھی وقت مجھ سے ملاقات کے متعلق فیصلہ لینا، جو کہ مندرجہ ذیل ہدایات سے مطابقت رکھتا ہو:

10. ان فیصلوں کو انجام دینے کے لئے قانونی طور سے جائز کوئی بھی ضروری اقدام کرنا، بشمول طبی خدمات کے فراہم کنندگان کو ذمہ داری سے بری کرنا۔

11. میرا پورا جسم یا اس کے کچھ حصے کو پیوند کاری، علاج، تحقیق یا تعلیم کیلئے عطیہ کرنا۔

اضافی اختیارات، اگر کوئی ہوں:

سیکشن II: میری نگہداشت صحت کیلئے ہدایات

[آپ کسی ایجنٹ کے نہ ہونے کے صورت میں بھی اپنی نگہداشت صحت سے متعلق ہدایات دینے کیلئے اس حصے کے کسی یا سبھی 1، 2 یا 3 حصوں کا استعمال کرسکتے ہیں۔ اگر آپ تحریری ہدایات نہیں دینا چاہتے تو، فیصلے آپ کے اقدار اور خواہشات، اگر معلوم ہوں، اور بصورت دیگر آپ کے بہتر مفاد پر مبنی ہوں گے۔]

1. اگر میرا معالج ڈاکٹر یہ تعین کرتا ہے کہ میری موت قریب (بہت نزدیک) ہے اور طبی معالجے سے میری بحالی صحت میں مدد نہیں ملے گی تو میں ایسی صورتحال کیلئے درج ذیل ہدایت دیتا/ دیتی ہوں۔

[اس حصہ 1 میں صرف ایک خانے پر نشان لگائیں۔]

میں اپنی زندگی میں اضافہ کرنے والا کوئی معالجہ نہیں چاہتا/ چاہتی۔ اس میں نلی کے ذریعہ غذا دینا، رگوں میں دیے جانے والے سیال، دل اور پھیپھڑوں کے اعمال کی بحالی (CPR)، وینٹیلیٹر / ریسپائرٹر (سانس دینے کی مشین)، گردے کا ڈیالائسس یا انٹی بائیوٹکس شامل ہیں۔ میں سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ اس کے باوجود بھی مجھے درد کو کم کرنے یا آرام دینے والا علاج دیا جائے گا۔ (یا)

میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ جب تک ممکن ہو مجھے نگہداشت صحت کے عام طور پر قابل قبول معیارات کی حد تک زندگی میں اضافہ کرنے والے تمام معالجے فراہم کیے جائیں۔ میں سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ مجھے درد کو کم کرنے یا آرام دینے والا علاج دیا جائے گا۔ (یا)

[آپ یہاں قریب المرگ ہونے کی صورت میں اپنی نگہداشت کے بارے میں اپنی ہدایات ساتھ ہی ان معالجوں کے بارے میں لکھ سکتے ہیں جو آپ، طبی طور پر موزوں ہونے کی صورت میں، چاہتے ہیں، یا نہیں چاہتے ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ آپ کی یہاں پر دی گئی ہدایات ان دیگر ہدایات سے متصادم نہ ہوں جو آپ نے اس پیشگی ہدایت نامے میں دی ہیں۔]

2. اگر اپنی کیفیت کے سبب میں اپنے آپ یا اپنے ماحول سے بے خبر ہوجاؤں یا دوسروں کے ساتھ رابطہ نہ کرسکوں، اور یہ بات معقول حد تک یقینی ہو کہ میں طبی علاج کے باوجود کبھی بھی ہوش میں نہیں آسکوں گا/ گی، یا یہ صلاحیت حاصل نہیں کرسکوں گا/ گی تو میں اس کیلئے درج ذیل ہدایات دیتا/ دیتی ہوں:

[اس حصہ 2 میں صرف 1 خانے پر نشان لگائیں۔]

میں اپنی زندگی میں اضافہ کرنے والا کوئی معالجہ نہیں چاہتا/ چاہتی۔ اس میں نلی کے ذریعہ غذا دینا، رگوں میں دیے جانے والے سیال، دل اور پھیپھڑوں کے اعمال کی بحالی (CPR)، وینٹیلیٹر / ریسپائرٹر (سانس دینے کی مشین)، گردے کا ڈیالائسس یا انٹی بائیوٹکس شامل ہیں۔ میں سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ اس کے باوجود بھی مجھے درد کو کم کرنے یا آرام دینے والا علاج دیا جائے گا۔ (یا)

میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ جب تک ممکن ہو مجھے نگہداشت صحت کے عام طور پر قابل قبول معیارات کی حد تک زندگی میں اضافہ کرنے والے تمام معالجے فراہم کیے جائیں۔ میں سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ مجھے درد کو کم کرنے یا آرام دینے والا علاج دیا جائے گا۔ (یا)

میں اپنی حالت میں کچھ بہتری کی امید میں کچھ عرصے تک علاج آزمانا چاہتا / چاہتی ہوں۔ میری خواہش ہے کہ ___ عرصے کے بعد اگر میری حالت میں بہتری نہیں آتی ہے تو یہ علاج روک دیا جائے۔ حتمی عرصہ کا تعین میرے ایجنٹ یا قائم مقام کی صوابدید کے مطابق میرے معالج کی صلاح سے کیا جائے۔ میں سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ اس کے باوجود بھی مجھے درد کو کم کرنے یا آرام دینے والا علاج دیا جائے گا۔ (یا)

[آپ یہاں ایسی صورتحال میں اپنی نگہداشت سے متعلق ہدایات لکھ سکتے ہیں جب آپ دوسروں کے ساتھ رابطے کے اہل نہیں رہتے اور آپ کی اس صلاحیت کی بحالی کی امید باقی نہیں رہتی۔ اس میں ایسے معالجوں کے بارے میں خصوصی ہدایات شامل ہیں جو آپ، طبی طور پر موزوں ہونے کی صورت میں، چاہتے ہیں، یا نہیں چاہتے ہیں۔ یہ

ضروری ہے کہ آپ کی یہاں پر دی گئی ہدایات ان دیگر ہدایات سے متصادم نہ ہوں جو آپ نے اس پیشگی ہدایت نامے میں دی ہیں۔]

3. میں اپنی نگہداشت صحت کے بارے میں درج ذیل دیگر ہدایات دیتا/ دیتی ہوں:

[آپ یہاں پر ایسے علاجوں کے بارے میں ایسے بیانات یا ہدایات تحریر کرسکتے / سکتی ہیں جنہیں آپ خصوصی حالات یا کسی بھی حالات میں، طبی طور پر موزوں ہونے کی صورت میں چاہتے ہیں، یا نہیں چاہتے ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ آپ کی یہاں پر دی گئی ہدایات ان دیگر ہدایات سے متصادم نہ ہوں جو آپ نے اس پیشگی ہدایت نامے میں دی ہیں۔]

تصدیق اور حق تنسیخ: ذیل میں دستخط کر کے میں یہ ظاہر کرتا/ کرتی ہوں کہ میں اس دستاویز کو سمجھتا/ سمجھتی ہوں اور یہ کہ میں اسے اپنی خواہش سے اور رضاکارانہ طور پر مکمل رہا/ رہی ہوں۔ میں یہ بھی سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ میں قانونی طریق کار کے مطابق کسی بھی وقت اس دستاویز کو مکمل یا جزوی طور سے منسوخ کرسکتا / سکتی ہوں۔

تاریخ (Date) اقرار کنندہ کے دستخط (Signature of Declarant)

تاریخ (Date)

اقرار کنندہ نے مندرجہ بالا پیشگی ہدایت پر میری موجودگی میں دستخط کیا۔ [دو بالغ گواہان کی ضرورت ہے]

گواہ کا نام جلی حروف میں (Witness Printed)

گواہ کے دستخط (Witness Signature)

گواہ کا نام جلی حروف میں (Witness Printed)

گواہ کے دستخط (Witness Signature)

یہ فارم ورجینیا کے نگہداشت صحت سے متعلق فیصلوں کے قانونی تقاضوں (Virginia's Health Care Decisions Act) کی تکمیل کرتا ہے۔ اگر اس فارم کے بارے میں آپ کے قانونی سوالات ہیں یا آپ اپنی مخصوص ضروریات کیلئے کوئی نیا فارم تیار کرنا چاہتے ہیں تو، آپ کو کسی وکیل سے بات کرنی چاہئے۔ اپنے معالج ڈاکٹر کو اپنی پیشگی طبی ہدایات کی ایک نقل فراہم کرنا آپ کی ذمہ داری ہے۔ آپ کو اپنے ایجنٹ، قریبی رشتے داروں اور / یا دوستوں کو اس کی نقول فراہم کرنا چاہئے۔ یہ فارم ورجینیا ہاسپٹل اینڈ ہیلتھ کیئر ایسوسی ایشن کے ذریعہ اپنے ممبران اور عوام الناس کیلئے بطور خدمت فراہم کیا گیا ہے۔ (مارچ 2010، www.vhha.com)