

የሽርጂኒያ ቅድመ ህክምና መመሪያ

እኔ _____ የተገናዘበ ወሳኔ ለማሳለፍ የማልችልበት ክስተት ቢፈጠር ምኞቶቸን በፍላጎቴና በፈቃዴ እንደሚከተለው አሳውቃለሁ፤

ቅድመ መመሪያ (advance directive) የጤና እንክብካቤን የተመለከቱ ምርጫዎቻን ከማስቀመጥ በተጨማሪ ወኪል መምረጥም ሊያካትት እንደሚችል እንከብራለሁ። የ "ጤና እንክብካቤ" የሚለው ቃል ትርጉም፤ ለህመም፣ አደጋ ወይም አካል ጉዳት ቅደም መከላከል፤ ማስታገስና ማከም፣ የሚሰጡ አገልግሎቶችን እንዲሁም መድሃኒቶችን የሚያመላክት ሲሆን ነገር ግን በእነዚህ አይገደብም፤ ቀዶ ህክምና፣ የደም ዝውውር/መስጠት፣ ኬሞቴራፒ፣ ጨረራ ቴራፒ፣ በሆስፒታል ተኝቶ መታከም፣ የተከታታይ ነርስ እንክብካቤ ተቋማት፣ እገዛ የሚደረግለት የመኖሪያ ወይም ሌሎች የጤና እንክብካቤ ተቋማት፣ የስነ አዕምሮ ወይም ሌሎች የአዕምሮ ጤና ህክምና፣ እንዲሁም የአድሜ ማራዘሚያ ሂደቶችን የማስታገሻ ህክምናዎችንም ያመለክታል።

"የተገናዘበ ወሳኔ ማሳለፍ አለማቻል" ማለት፤ የታቀደው የጤና እንክብካቤ ወሳኔ ሁኔታ፣ ይዘትና፣ ሊያስከትል የሚችለውን ወጤት አለመረዳት፤ የታቀደው የጤና እንክብካቤ ወሳኔ ከሌሎች አማራጮች ጋር ሲነፃፀር ያሉትን ጥቅሞችና አደጋዎች በምክንያታዊነት ለመመዘን አለመቻል፤ ወይም እነዚህን መሰል ነገሮችን መረዳትን ለመግለጽ አለመቻል ማለት ነው።

ይህ ቅድመ መመሪያ የአካል ጉዳት ቢያጋጥመኝ እንኳን የማይቋረጥ ይሆናል።

(ከዚህ በታች ከቀረቡት ክፍሎች 1 እስከ 5 ድረስ ማንኛውንም ወይም ሁሉንም በዚህ ቅድመ መመሪያ ማካተት ይችላሉ።)

ክፍል 1፤ የወኪል ቀጠሮ መያዝ

(የጤና እንክብካቤን የተመለከቱ ወሳኔዎችን ስለ እርስዎ እንዲያሳልፍ ወኪል መሾም ካልፈለጉ፣ ክፍል 1 እና ክፍል 2ን አላያቸው ላይ ስረዝ ያድርጉባቸው።)

እኔን በመወከል የጤና እንክብካቤ ወሳኔዎችን እንዲያሳልፍ ተከታታይ ሞገኛ ወኪል እንዲሆን ሾሜዋለሁኝ፤

የዋና ወኪል ስም (Name of Primary Agent) _____ ስልክ ቁጥር (Telephone) _____ ፋክስ (ካለ) (Fax if any) _____

አድራሻ (Address) _____ ኢሜይል (ካለ) (E-mail if any) _____

ከላይ የተጠቀሰው ዋና ወኪል እንደሚፈለግ ባይገኝ ወይም ወኪሉ ሁኖ ለመስራት ካልቻለ ወይም ካልፈለገ የሚከተለውን ተተኪ ወኪል እንዲሆን ሾሜዋለሁኝ፤

የተተኪ ወኪል ስም (Name of Successor Agent) _____ ስልክ ቁጥር (Telephone) _____ ፋክስ (ካለ) (Fax if any) _____

አድራሻ (Address) _____ ኢሜይል (ካለ) (E-mail if any) _____

የተገናዘበ ወሳኔ ማሳለፍ እንደማልችል በተወሰነ ጊዜ ሁሉ የጤና እንክብካቤ ወሳኔዎችን ስለ እኔ እንዲያሳልፍ ከላይ በስም ለተጠቀሰው ወኪል ሙሉ ሃይልና ስልጣን ሰጥቻለሁ። የወኪሉ ስልጣን የተገናዘበ ወሳኔ ማሳለፍ እስካልቻልኩ ድረስ ፀንቶ ይቆያል።

ወኪሉ የጤና እንክብካቤ ወሳኔዎች ስለ እኔ እንዲያሳልፍ የተሰጠውን ስልጣን ስራ ላይ ሲያውል በዚህ ማስረጃ የተገለፁ ወይም ለወኪሉ የታወቁ ፍላጎቶችን ምርጫዎችን ይከተላል። ወኪሉ በህክምና ምርመራ ውጤቱና የበሽታ ምንነት የህክምና ግምትን እንዲሁም ከመታከም ወይም አለመታከም ጋር ተያይዞ ሊመጣ ስለሚችል ጣልቃ ገብነት፣ ህመም/ስቃይ፣ አደጋዎችና ያልተፈለጉ ውጤቶች በሃኪሜ በተሰጡ መረጃዎች የሚመራ ይሆናል። ወኪሉ፣ የጤና እንክብካቤን አስመልክቶ፣ በቃል ወይም በጽሁፍ የተገለፁ ሃይማኖታዊ እምነቶቹን ወይም መሰረታዊ እሴቶቹን እንደሚጻፈሩ እያወቀ ወይም ከበቂ ምርምር አድርጎ ካወቀ በኋላ፣ ያሆነ ውሳኔ እያደርግም። ወኪሉ እኔ በእራሴ ላሳልፍ እችል ይሆናል ብሎ የጤና እንክብካቤ ምርጫ ለመወሰን ካልቻለ ለእኔ ጠቃሚ ነው ብሎ ያመነበትን ምርጫ ሊያሳልፍ ይችላል።

በዚህ በተሰጠው ስልጣን ተመስርቶ ላስተላለፈው የጤና እንክብካቤ ወሳኔ ሳብያ ለሚኖሩ ወጭዎች ወኪሉ ተጠያቂ አይሆንም።

ክፍል 2፣ የወኪሌ የውክልና ስልጣኖች

(በዚህ ክፍል ውስጥ ለወኪል ለስጥዎቸው የሚያፈልጉ ስልጣኖች ካሉ ስረዝ ያድርጉባቸው እንዲሁም ለወኪል ለስጥዎቸው የሚፈልጉት ሌሎች ስልጣኖች ወይም መመሪያዎች ካሉ ይጨምሩ።)

የወኪሌ ስልጣኖች የሚከተሉትን ያካትታሉ፦

- A. ማንኛውንም አይነት የጤና እንክብካቤ፣ ህክምና፣ የቀድሞ ህክምና ሂደት፣ የምርመራ ሂደት፣ የመድሃኒት ክትትልና የሚካኔካዊ ወይም ሌሎች በአካል አሰራር ላይ ተፅእኖ ሊያዳድሩ የሚችሉ ሂደቶችን እንዲሁም የሚከተሉትን የሚያካትት ግን ያለተወሰነ፣ በአርቴፊሻል መንገድ ማስተንፈስ፣ በአርቴፊሻል መንገድ ምግብና ፈሳሽን መስጠትና የደም ዝውውርና አተነፋፊ ስምለሻ ህክምና (cardiopulmonary resuscitation) ለመቀበል መስማማት ወይም አለመስማማት ወይም ስምምነትን መሰረዝ። ይህ ስልጣን፣ ህመምን ለማስታገስ በቂ የሆነውን ያህል ማለትም ከሚገባው በላይ፣ ማለትም በሱስ የመጠቃት አደጋ ሊያመጡ ወይም ሞትን ባልታሰበ መንገድ ሊያፋጥኑ በሚችሉበት መጠን ጭምር የሆነ የህመም ማስታገሻ መድሃኒቶችን ለማስተዳደር መስማማትን ያካትታል።

በዚህ ንዑስ ክፍል A ለወኪሌ የሰጠውት ስልጣን በክፍል 4 በምሰጠው የማይደኑ ደረጃ ላይ ከመድረስ ጋር የተያያዘ ማንኛውም ልዩ የጤና እንክብካቤ መመሪያ የሚገደብ ይሆናል።

- B. የአካላዊ ወይም አፅንኖት ጤናዬን የተመለከተ የቃል ወይም የፅሁፍ መረጃን መጠየቅ፣ መቀበልና መክለስ እንዲሁም መረጃውን ለማሳወቅ መስማማት። ይህ መረጃ የህክምና የሆስፒታል መዝገቦችን ያካትታል ነገር ግን በዚህ አይወሰንም።
- C. የጤና እንክብካቤ አገልግሎት ሰጭዎቼን መቅጠርና ማሳሰብ።
- D. ወደ ሆስፒታል፣ ሆስፒታል፣ ነርሲንግ ሆም፣ እየተረዱ የሚኖርበት የመኖርያ ተቋም ወይም ሌሎች የጤና እንክብካቤ ተቋማት መግባትን ወይም መውጣትን (ወደ ሌላ ተቋማት መዘዋወርን ጨምሮ) መፍቀድ። የአዕምሮ ህመም ህክምናን ለማግኘት ወደ የጤና እንክብካቤ ተቋም ለመግባት አስመልክቶ ስልጣን ካለ በንዑስ ክፍል E እና/ወይም ንዑስ ክፍል F ተጠቅሷል።
- E. ለአዕምሮ ህክምና ወደ ተቋሙ ለመግባት ህክምና ለማግኘት የሚፈቃወም ከሆነ ህክምናውን በሚሰጠው ተቋም የጤና ባለሙያ ወይም ወኪሉ ምርመራ ተደርጎልኝ የአዕምሮ ህመም እንዳለብኝ፣ በተቋሙ ውስጥ በመቆየት መታከም እንዳለብኝ፣ በተቋሙ ህክምና እንደሚያስፈልገኝና ከተቋሙ ስለ መውጣት (ወደ ሌላ ተቋም መዘዋወርን ጨምሮ) የተገናዘበ ወላጅ ማሳለፍ እንደሚገባኝ በጽሁፍ ከተገለፀ፣ ከ10 የካላንደር ቀናት ላልበለጠ ጊዜ ለአዕምሮ ህመም ህክምና ወደ ጤና እንክብካቤ ተቋም እንድንገባ ፈቃድ መስጠት።
- F. የአዕምሮ ህክምናውን በሚሰጠው ተቋም የጤና ባለሙያ ወይም ወኪሉ ምርመራ ተደርጎልኝ የአዕምሮ ህመም እንዳለብኝ፣ በተቋሙ ውስጥ ቆይቼ እንድታከም፣ በተቋሙ ህክምና እንደሚያስፈልገኝና ከተቋሙ ስለ መውጣት (ወደ ሌላ ተቋም መዘዋወርን ጨምሮ) የተገናዘበ ወላጅ ማሳለፍ እንደሚገባኝ በጽሁፍ ከተገለፀ ብቃዎ እንኳን ከ10 የካላንደር ቀናት ላልበለጠ ጊዜ ለአዕምሮ ህመም ህክምና ወደ ጤና እንክብካቤ ተቋም እንድንገባ ፈቃድ መስጠት።

(ለወኪልዎ በክፍል F የተገለጹትን ስልጣኖች ከሰጡ ሐኪምዎ ከዚህ በታች ያለውን ማረጋገጫ መሙላት አለበት።)

የሐኪም ማረጋገጫ፤ ይህን ቅድመ መመሪያ የሰጠው ግለሰብ ሐኪም ወይም ፈቃድ ያለው ክሊኒካል የሰነልቦና ባለሙያ ነኝ። በእኔ እምነት ግለሰቡ የተገናዘበ ወላጅ ለማሳለፍ ብቁና የዚህን ቅድመ መመሪያ አላማና የሚያስከትለውን ዉጤት እንደተገነዘብ አረጋግጣለሁ።

የሐኪም ፊርማ (Physician Signature) ቀን (Date)

የሐኪም ስም የታተመ (Physician Name Printed)

- G. ሰ. እኔ ብቃዎ እንኳን በዚህ ቅድመ መመሪያ የተጠቀሱትን የሚከተሉትን ልዩ አይነት የጤና እንክብካቤ ማዘዝ።
(በዚህ ቅድመ መመሪያ የሚገኙ አስፈላጊ ክፍሎችን በዋናነት ያጣቅሱ።)

(ለወኪልዎ በንዑስ ክፍል ሰ የተገለፀውን ስልጣን ከሰጡ ሐኪምዎ ከዚህ በታች ያለውን ማረጋገጫ መሙላት አለበት።)

የሐኪም ማረጋገጫ፤ ይህን ቅድመ መመሪያ የሰጠው ግለሰብ ሐኪም ወይም ፈቃድ ያለው ክሊኒካል የሰነልቦና ባለሙያ ነኝ። በእኔ እምነት ግለሰቡ የተገናዘበ ወላጅ ለማሳለፍ ብቁና የዚህን ቅድመ መመሪያ አላማና የሚያስከትለውን ዉጤት እንደተገነዘብ አረጋግጣለሁ።

የሐኪም ፊርማ (Physician Signature) ቀን (Date)

የሐኪም ስም የታተመ (Physician Name Printed)

- H. የተገናዘበ ወላጅ ለማሳለፍ እንደሚገባኝ ከተወሰነ በኋላ የወኪሌን ስልጣን ብቃወም እንኳን በወኪልነት ይቀጥል።
- I. ለእኔ ህክምና ቀጥተኛ የሆነ ጠቃሚ ተስፋ ባለውና በተገቢው የፌዴራልና ክልላዊ ህጎች ተገምግሞ በተቋማት ግምገማ በርድ ወይም ምርምር ግምገማ ኮሚቴ በፀደቀ የጤና እንክብካቤ ምርምር ላይ እንድሳተፍ ፈቃድ መስጠት።
- J. ለእኔ ህክምና ቀጥተኛ የሆነ ጠቃሚ ተስፋ ባይኖረውም እንኳን ሳይንሳዊ እውቀትን የሚጨምር ወይም የሰብዓዊነትን ደህንነት የሚያሻሽል በሆነና በተገቢው የፌዴራልና ክልላዊ ህጎች ተገምግሞ በተቋማት ግምገማ በርድ ወይም ምርምር ግምገማ ኮሚቴ በፀደቀ የጤና እንክብካቤ ምርምር ላይ እንድሳተፍ ፈቃድ መስጠት።
- K. ከሚከተሉት መመሪያዎች ጋር ተስማሚ በሆነ መልኩ በማንኛውም ጤና እንክብካቤ ተቋማት በተኛሁበት ማንኛውም ጊዜ የጥያቄ ወላጅዎችን ማሳለፍ፤

- L. እነዚህን ወላጅዎች ለመፈፀም አስፈላጊ የሆኑ ማንኛውንም፣ ለህክምና አገልግሎት ሰጭዎች ተጠያቂነትና ሃላፊነት መስጠትን ጨምሮ፣ ህጋዊ እርምጃዎችን መውሰድ።

(ለወኪልዎ ሊሰጡ የሚፈልጉት ተጨማሪ ስልጣን፣ ሊያስቀምጡት የሚፈልጉት ገደብ ወይም ለወኪልዎ መመሪያ የሚሆን ተጨማሪ መረጃ ካለ ከዚህ በታች ያስፍሩ።)
ለወኪሌ ተጨማሪ መመሪያዎችን እንደሚከተለው አስተላልፋለሁ፤

ክፍል 3: የጤና እንክብካቤ መመሪያዎች

(ጤና እንክብካቤን የተመለከተ ተጨማሪ ልዩ መመሪያዎች መስጠት ካልፈለጉ ከዚህ በታች ከሚገኙት ንዑስ ክፍል ሀ እና/ወይም ለ ይሰርዙ።)

A. በሚከታተለኝ የህክምና ባለሙያ የህክምና አግባብነቱ ከተረጋገጠ ተከታዮቼን የጤና እንክብካቤ እንዲደረገልኝ አጠይቃለሁ።

B. ተከታዮቼ የጤና እንክብካቤዎች በነዚህ ሁኔታዎች ምክንያት እንዳይሰጡኝ አጠይቃለሁ፤
(የተወሰኑ የጤና እንክብካቤዎች በማንኛውም ሁኔታ እንዳይሰጡ መግለጽ ይችላሉ።)

ክፍል 4: የፍፃሜ ህይወት እንክብካቤ (END-OF-LIFE CARE (“LIVING WILL”)) መመሪያዎች

(የማይደንደረጃ ላይ በደርሱ የሚደረግ የጤና እንክብካቤን የተመለከተ ልዩ መመሪያ መስጠት ካልፈለጉ ይህን ክፍል - ክፍል 4 ይሰርዙ።)

በማንኛውም ጊዜ በሚከታተለኝ የጤና ባለሙያ የማይደንደረጃ ላይ እንደደረሰኩ የህይወት ማራዘሚያ ሂደቶች ማለትም፣ በአርቴሬሽል መንገድ ማስተንፈስ፣ የደም ዝውውርና አተነፋፈስ መመለሻ ህክምና (cardiopulmonary resuscitation)፣ በአርቴሬሽል መንገድ መግባብና ፈሰሽን መስጠትን ጨምሮ፣ እንደሚያስፈልጉ ከወሰነ እነዚህ ሰው ስራሽ እድሜ ማራዘሚያዎች እንዲቋረጡ ወይም እንዲቆሙ እንዲሁም ምችትን ሊሰጡ ወይም ህመምን ለመቀነስ በሚያስችሉ መድሃኒቶች ወይም ህክምና ብቻ በተፈጥሯዊ አሜሊት ህይወቴ እንዲያልፍ እንድሆን አጠይቃለሁ። ይህ መመሪያ የሰውነት ክፍል፣ የዓይን ወይም የጅምት ለጋሽ ከሆንኩ (ክፍል 5ን ይመልከቱ) የተለገሰው የሰውነት ክፍሉ፣ የዓይን ወይም የጅምት ክፍል ምኑን ያህል ለተጋጣሚው ወገን መሰጠቱን ማረጋገጥ እንዲቻል እነዚህ መመሪያዎች እንዲተገበሩ አፈልጋለሁኝ።

እንደ የህይወት ማራዘሚያ ግልጋሎቶችን የመሰጠትን በተመለከተ መመሪያዎችን ለመስጠት የሚያስችል አቅም በማይኖርበኝ ወቅት፣ በቅድመ መመሪያዬ ላይ የገለጽኩትን የጤና እንክብካቤን የመቃወምና ተቃዋሚ የሚያስከትለውንም ውጤት የመቀበል ህጋዊ መብቴን ሁሉ ቤተሰቦቼና ሐኪሜ ተቀብለው እንዲያስተገብሩልኝ አማጸናለሁኝ።

(የህይወት ፍፃሜ ጤና እንክብካቤን የተመለከተ ተጨማሪ ልዩ መመሪያዎች መስጠት ካልፈለጉ ከዚህ በታች ከሚገኙት ንዑስ ክፍል A እና/ወይም B ይሰርዙ)

A. የህይወት ማራዘሚያ ሂደቶችን የተመለከቱ ሌሎች መመሪያዎች

(የህይወት ማራዘሚያ የጤና እንክብካቤን የተመለከቱ የራስዎ መመሪያዎችን ለመስጠት ቢፈልግኩ ወይም ከላይ በሰጧቸው መመሪያዎች ላይ መጨመር ቢፈልጉ በንዑስ ክፍል A ማድረግ ይችላሉ። በአርቴሬሽል መንገድ ማስተንፈስ፣ የደም ዝውውርና አተነፋፈስ መመለሻ ህክምና (cardiopulmonary resuscitation)፣ በአርቴሬሽል መንገድ መግባብ መመገብና በአርቴሬሽል መንገድ ፈሰሽን መጠጣትን መሰጠት የእድሜ ማራዘሚያ ግልግሎቶችን የሚመለከቱ ልዩ መመሪያዎች ካሉዎት በዚህ ክፍል ያስፍሯቸው። በንዑስ ክፍል A የሰጧቸው ልዩ መመሪያዎች ከላይ በክፍል 4 ከሰጧቸው የሚለዩ ከሆኑ ልዩ የሆኑትን በክፍል 4 ይሰርዙ።)

እነዚህን ትእዛዞችን አስተላልፏልሁኝ፤

B. የህይወት ማራዘሚያ ውጭ የሆኑ እንክብካቤዎችን የተመለከቱ ሌሎች መመሪያዎች

(የማይደንደረጃ የጤና እንክብካቤን የተመለከቱና ከላይ በክፍል A ከተጠቀሱ መመሪያዎች ውጭ የሆኑ ሌሎች መመሪያዎች ካሉዎት ከዚህ በታች ያስፍሩ።)

የእነዚህን ትእዛዞችን አስተላልፏልሁኝ፤

ክፍል 5፣ የአካል ልገሳ

(ይህን ማስረጃ ላይ ምትም ካለፈ በኋላ የሰውነት ክፍል ምን፣ አይኖች ምን፣ ጅምቶች ምን ወይም ሙሉ ሰውነት ምን የመሳሰሉ ወሳኔ ምን ለማስፈር ሊጠቀሙበት ይችላሉ። ይህን ወሳኔ በዚህ ወይም ሌላ መረጃ አሰጣጥ ካልሆነ በግልፅ እንዲያደርግ ካልተቻለ በቀር ወኪልዎ ይህን ወሳኔ ስለ አርስዎ ያሳልፋል። የአካል ልገሳ ወሳኔ ምን ለማስፈር ከዚህ በታች ከተሰጡት ምርጫዎች የሚመለከት አንድ ምርጫ ፈት ለፈት ያለው ሳጥን ላይ ምልክት ይደርጉ።)

- የሰውነትን ክፍል አንስቶ ወደ ሌላ ሰውነት ለማስፈር (ትራንስፕላንቲንግ)፣ ለቴራፒ፣ ለምርምርና ለትምህርት እንዲውል የሰውነት ክፍሎቹን ለማሻሻሉ። የሰውነት ክፍሎቹን የህክምና ምቹነት ለማረጋገጥ የሚደረጉ አስፈላጊ እርምጃዎችም እንዲፈፀሙ አዝዛቸዎቹን። ትዕዛዞቹንም ሞተር ተሽከርካሪዎች ክፍል (Department of Motor Vehicles) ወይም በቀጥታ በልገሳ መዝገብ www.DonateLifeVirginia.org ልመዘገብ እንደምችል እንዲሁም የልገሳ መዝገቡን ትእዛዞቹን ለመቀየር ወይም ለመሰረዝ መጠቀም እንደምችል ተገንዝቤ አለሁ። **ወይም**
- ለምርምርና ትምህርት እንዲውል ሙሉ አካሌን ለማሻሻሉ።

[የአካል ልገሳዎን የተመለከቱ ሊያስተላልፏቸው የሚፈልጉ ማንኛውንም መመሪያዎች ይጻፉ።]

(ሁለት ምስክሮች በተገኙበት ከዚህ በታች ፊርማዎትን ማስፈር ይኖርብዎታል።)

ማረጋገጫ የመሰረዝ መብት፡ ይህን ቅድመ መመሪያ ለማሳለፍ በሚያስችል ብቁ በሆነ አዕምሯዊ ስነልቦናዊ ሁኔታ እንዳለሁ እንዲሁም የዚህን ቅድመ መመሪያ አላማና የሚያስከትለውን ውጤት መገንዘብን ከታች ባለው ፊርማዬ አረጋግጣለሁ። ይህን ማስረጃ በሙሉ ወይም በከፊል በማንኛውም ጊዜ (1) ቀን ተሰጥቶት በተፈረመበት ፅሁፍ፣ (2) በአኔ ወይም እኔ ባለሁበት በሌላ ሰው መመሪያን በአካል በመሰረዝ ወይም በማጥፋት ፣ ወይም (3) በቃል በምገልፀው ፈቃድ መሰረዝ እንደምችል እገነዘባለሁ።

የአሳዋቂው ፊርማ (Signature of Declarant)

ቀን (Date)

ይህን የቅድመ መመሪያ አሳዋቂው እኔ በተገኛሁበት ፊርማዬ።

(ምስክር (Witness))

(ምስክር (Witness))

ይህ ቅጽ የቨርጂኒያ የጤና እንክብካቤ ወሳኔዎች ህግ (Virginia's Health Care Decisions Act) መሰረዮችን ያሟላል። ስለዚህ ቅጽ ህጋዊ ጥያቄዎች ካሉዎት ወይም የራስዎን ልዩ ፍላጎት የሚያሟላ ሌላ ቅጽ ቢፈልጉ ከጠበቃ ጋር ይነጋገሩ። የቅድመ መመሪያዎን ቅጅ ለሚያከምዎ ሐኪም መስጠት የአርስዎ ሃላፊነት ነው። በተጨማሪም ቅጅዎችን ለወኪልዎ፣ ለቅርብ ዘመዶችዎ/ወይም ጓደኞችዎ መስጠት ይኖርብዎታል። ይህን ቅድመ መመሪያ በቨርጂኒያ ቅድመ ህክምና መመሪያ መዝገብ (Virginia Advance Health Directive Registry) በነፃ ለማከማቸት መረጃ ቢፈልጉ ተከታዩን ድረ ገጽ ይጎብኙ፣ <http://www.VirginiaRegistry.org>። ይህ ቅጽ በቨርጂኒያ ሆስፒታልና ጤና እንክብካቤ ማህበር (Virginia Hospital & Healthcare Association) ለአባላቱና ለህዝብ ግልጋሎት ሲባል ቀርቧል። (ሰኔ 2012 www.vhha.com) • ጢ ሃዕ