



တၢ်မၤဆိတၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲၤ
တဲသ့ၣ်ညါနတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့.တၢ်ကွၢ်ထွဲအတၢ်လိၣ်ဘၣ်တဖၣ်

SANFORD[®]
HEALTH

Bemidji

Advance Care Planning Program

လိတံစိ- (218) 333-6060

အံမု(လ)- acp.bemidji@sanfordhealth.org

Fargo

Advance Care Planning Program

လိတံစိ- (701) 234-6966

အံမု(လ)- FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org

Bismarck

Advance Care Planning Program

လိတံစိ- (701) 323-1ACP (1227)

အံမု(လ)- acp.bismarck@sanfordhealth.org

Sioux Falls

DeGroot Center

လိတံစိ- (605) 312-3520

အံမု(လ)- acp.siouxfalls@sanfordhealth.org

တၢ်ဂ့ၢ်ခိၣ်တီ

တၢ်စးထီၣ်ယုသ့ၣ်ညါတၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျဲၤ.....	4
ယုထၢတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ တၢ်ကွၢ်ထွဲအပူၤခၢၣ်စး.....	5
တၢ်ကစီၣ်လၢ ယအိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ တၢ်ကွၢ်ထွဲအပူၤခၢၣ်စးအဂီၢ်.....	6
ဆိကမိၣ်တၢ်အိၣ်မုၢ်အိၣ်ခူၣ်အစီပညီ မ့ၢ်မနုၤလဲ	7
ယုသ့ၣ်ညါမၤလိအါထီၣ်ဘၣ်ယး တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲလၢအိၣ်ထီၣ်သ့တဖၣ်	8
ယပတီၢ်ထီ တၢ်ကွၢ်ထွဲတၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲၤ.....	1-10တုၤလၢ 10-10
ဖဲတၢ်မၤဝံၤ ပတီၢ်ထီတၢ်ကွၢ်ထွဲအတၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲၤ	10-10

တစ်စီးထိုင်ယုသွန်ညါတင်ဂွာ်တင်ကျါ

ဘဉ်မနုၤအယိ တင်မာဆိတင်ကွာ်ထွဲ တင်ရဲၣ်တင်ကျါမုာ်တင်အရူၤခိၣ်န့ၣ်လဲၣ်.

တင်မာဆိတင်ကွာ်ထွဲ တင်ရဲၣ်တင်ကျါန့ၣ်မုာ် တင်ဆာတ်နကစါ ခါဆူညါအတင်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တင်ကွာ်ထွဲ အတင်မာဆိတင်ကျါအကျဲန့ၣ်လီၤ. တင်အံၤမာလီၤတင်လါ တင်ကမာထွဲန တင်ဆာမုာ်လါတဖၣ်ဖဲနတဲဘဉ်အိၣ်တသ့အခါန့ၣ်လီၤ. တင်အိၣ်ဒီး တင်နဲၣ်လီၤဆိတင်တင် ကမာစၢၤနုၤဒီးနဟံၣ်ဖိယိဖိတဖၣ်လါ ကအိၣ်ကတဲာ်ကတီၤအသးဖဲ တင်ဆူးတင်ခါ မ့တမ့ တင်ဘဉ်ဒီးဘဉ်ထံးလါအနးအိၣ်ထီၣ်အခါန့ၣ်လီၤလီၤ.

ပုၤကိးဂၤဒဲးလါအသးအိၣ် ၁၈ ဆူအဖိခိၣ် ကြးအိၣ်ဒီးတင်ကွာ်ထွဲတင်တိၣ်ကျါလါ တင်ကတီၤဆိပာ်အိၣ်န့ၣ်လီၤ.

ဘဉ်မနုၤအယိ ယကလိၣ်ဘဉ် တင်မာဆိတင်ကွာ်ထွဲ တင်ရဲၣ်တင်ကျါ န့ၣ်လဲၣ်.

ဆိကမိၣ်ကွာ်ဘဉ်ယးတင်အိၣ်သးတက့ၢ်- နဆိးက့ထီၣ် မ့တမ့ ဘဉ်ဒီးဘဉ်ထံးသတူၢ်ကလၢ်လီၤ. နမၤန့ၢ် ကသံၣ်ကသီအတင်ကူၤစါယါဘျါလါ နလိၣ်ဘဉ်တဖၣ်လါ နကအိၣ် မူအိၣ်ဂဲၤအဂီၢ်လီၤ. ဘဉ်ဆဉ်, နကသံၣ်သရၣ်နာ်လါ တင်ခွဲးတင်ယာ် အိၣ်ထဲတစဲးဖိ မ့တမ့ တင်ခွဲးတင်ယာ်တအိၣ်လါ နကသ့ၣ်ညါလီၤနသးလါ နမုာ်မတၢၤဒီးသ့ၣ် ညါပုၤလါနကပိာ်ကပၤဘဉ်န့ၣ်လီၤ.

- မုာ်မတၢၤကမာတင်ဆာတ်လါနဂီၢ်လဲၣ်.
- မုာ်နအိၣ်ဒီးနတင်ကွာ်ထွဲ အတင်ပညိၣ်တဖၣ်ခိၣ်လဲၣ်.
- မုာ်နအိၣ်ဒီးဆဲးမၤန့ၢ် တင်ကူၤစါယါဘျါခိၣ်လဲၣ်တကလုာ် မ့တမ့ အိၣ်ပတုာ်အိၣ်န့ၣ်လဲၣ်.
- မုာ်နမၤစၢၤ ပုၤလါနအိၣ်တဖၣ် မာတင်ဆာတ်တဖၣ်အံၤကသ့ၣ်လဲၣ်.
- မုာ်နအိၣ်ဒီး တင်ဘဉ်ယိၣ်ဘဉ်ယး ကသံၣ်ကသီတင်ကူၤစါယါဘျါလါအဘျူးအဖိၣ်တအိၣ်တဖၣ်အဖိခိၣ်ခိၣ်လဲၣ်.

တင်အိၣ်သးဒဲးအံၤတဖၣ်အံၤ အိၣ်ထီၣ်သ့လါ သးနံၣ်အပတီၢ်တပတီၢ်ဂုၤသ့မုာ်လါ တင်ဘဉ်ဒီးဘဉ်ထံး ဖဲခိၣ်န့ၣ်ခိၣ်ဖျိ တင်ဘဉ်ဒီးဘဉ်ထံး, ကလံၤဖူး, မ့တမ့ တင်ခါလါအအိၣ် ထီၣ်သ့ကယိကယိအမုာ် အညါလဲၣ်မာ် (Alzheimer's) တင်ခါတဖၣ်န့ၣ်လီၤ. ပုၤလါနအိၣ်အိၣ်တဂၤ ဘဉ်သ့ၣ်သ့ၣ် ကပျဲတင်, အသးကဘဉ် ဖိၣ်, ဒီးသးဒဲးဝုၤဒဲးဝါဘဉ်ယး နတင်မိၣ်န့ၢ်သးလိတဖၣ်န့ၣ်လီၤ.

ဖဲနမာဆိတင်ကွာ်ထွဲအတင်ရဲၣ်တင်ကျါအခါ, ပုၤကတဲာ်ပုၤနတင်ဂွာ်တဖၣ်လါ တဖျါပျီပျီဖျါဖျါဒီး တဟ့ၣ်နုၤ တင်ဂွာ်တင်ကျါအလါအပုၤလါ ကနဲၣ် န့ၣ်ကျါလါ နကမာတင်ဆာတ်ဘဉ်ယး နတင်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ တင်ကွာ်ထွဲ အဂီၢ်ဘဉ်န့ၣ်လီၤ. ဘဉ်သ့ၣ်သ့ၣ် တင်အံၤကပၣ်ယုာ်ဒီး တင်ဟံၣ်ဖိတဖၣ်ခိၣ်အမုာ်-

- “ယမုာ်ကထီၣ်ဒဲးသိးဒီး တင်ဒီးတင်လၢ်လါ တသ့ၣ်ညါတင်နီတမံၤလါအယိ, ပျဲလါယကက့ၤကွံာ်တက့ၢ်.”
- “တကဲပုၤနုၤပုၤယါဘဉ်.”
- “မာတင်ကိးမံၤဒဲးတသ့ဖဲအသ့လါ ကဟံၣ်မုာ်ဒဲးယါအဂီၢ်တက့ၢ်.”

တင်မာဆိတင်ကွာ်ထွဲအတင်ရဲၣ်တင်ကျါန့ၣ် လါဆိလိာ်သးလါပုၤကိးဂၤဒဲးအဂီၢ်လီၤ. အဒိ, “တင် ကဲထီၣ်ဒဲးသိးဒီး တင်ဒီးတင်လၢ်လါ တသ့ၣ်ညါတင်နီတမံၤလါ” အခိပညါလါ နဂီၢ်န့ၣ် မုာ်မနုၤလဲၣ်, မ့တမ့, “ပုၤနုၤပုၤယါ” လါကသံၣ်ကသီတင်ကွာ်ထွဲတကပၤ အခိပညါလါ နဂီၢ်န့ၣ် မုာ်မနုၤလဲၣ်. မ့တမ့, တင်ကဘဉ် ဟံးန့ၢ်တင်ဆာကတီၢ်ဒီး “မာတင်ကိးမံၤဒဲးတသ့ဖဲအသ့” ယံာ်ထဲလဲၣ်. တင်ဟံၣ်ဖိထီၣ် နတင်မိၣ်န့ၢ်သးလိပျီပျီဖျါဖျါန့ၣ်မုာ်တင်အရူၤခိၣ်လါ ပုၤလါအကဘဉ် မာတင်ဆာတ်လါနဂီၢ် အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ.

နမုာ်အိၣ်ဒီး တင်မာစၢၤလါကဟံၣ်ဖိထီၣ် နတင်မိၣ်န့ၢ်သးလိ ပျီပျီဖျါဖျါအယိ, ဆဲးကျါပုၤလါအဟ့ၣ်နုၤ တင်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တင်ကွာ်ထွဲလါ နကမၤန့ၢ်တင်ဟ့ၣ် ကူၣ်တဲာ်သကိးတင်, မ့တမ့ ဟံးလါတင်သ့ၣ်နံၤဖးသိးဒီး ပုၤလါအရဲၣ်ကျါမၤန့ၢ် တင်ရဲၣ်ကျါဆိပာ်တင်ကွာ်ထွဲလါ အအိၣ်ဖဲ နလီၤကဝီၤအပူၤ န့ၣ်တက့ၢ်.

တင်ကွာ်ထွဲတင်တိၣ်ကျါလါတင်ကတဲာ်ကတီၤဆိပာ်အိၣ် ကမာစၢၤလါနတင်တူၢ်ဘဉ် ဒီး ကဒုးအိၣ်ထီၣ်တင်သ့ၣ်မုာ်သးမုာ်လါနဂီၢ် ဒီးပုၤလါအကမၤန့ၢ် နတင်ဆာတ်တဖၣ် န့ၣ်လီၤ.

ယုထာတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲအပူၤခၢၣ်စး

တၢ်ယုထာ တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲအပူၤခၢၣ်စး မ့တမ့ၢ် ပှၤမၤတၢ်ဆၢတဲာ်န့ၣ် မ့ၢ်တၢ်အပတီၢ်လၢ အရူၤဒိၣ်ကတၢၢ်န့ၣ်လီၤ. ပှၤတၢ်ဂၤအံၤ တလိၣ်လၢကဘၣ် မ့ၢ်ပှၤတၢ်ဂၤယီၤဒီး ပှၤတၢ်ဂၤလၢအဘၣ်ထွဲဒီးကျိၣ်စ့ မ့တမ့ၢ် တၢ်စုလီၢ်ခိၣ်ခိၣ်အဂ့ၢ်တဖၣ်ဘၣ်န့ၣ်လီၤ. န တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲအပူၤခၢၣ်စးအမူၤဒါန့ၣ် မ့ၢ်ဝဲ တၢ်လူၤပိာ်မၤထွဲနတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ တၢ်ကွၢ်ထွဲ အတၢ်မိၣ်န့ၢ်သးလီၤတဖၣ်န့ၣ်လီၤ.

- တၢ်မ့ၢ်တသ့ၣ်ညါ နတၢ်မ့ၢ်လၢတဖၣ်အယီၤ, နပှၤခၢၣ်စး ကဂ့ၢ်ကျဲးစးဆၢတဲာ်လၢနဂီၢ်န့ၣ်လီၤ.
- တၢ်ကလူၤပိာ်မၤထွဲ နပှၤခၢၣ်စးအတၢ်ယုထာတဖၣ်လၢ ပှၤအဂၤတဖၣ်အတၢ်မိၣ်န့ၢ်သးလီၤနဂီၢ်အမဲာ်ညါန့ၣ်လီၤ.
- နပှၤခၢၣ်စး ကမၤတၢ်ကွၢ်ထွဲတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲ အတၢ်ဆၢတဲာ်လၢနဂီၢ် ထဲဒၣ်ဖဲနမၤနကစၢ်ဒၣ်ဝဲ အတၢ်ဆၢတဲာ်မ့ၢ်တသ့ဘၣ်အခါန့ၣ်လီၤ.

တီၢ်နီၣ်- တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲအပူၤခၢၣ်စး အသဲစးတၢ်လိၣ်ဘၣ်တဖၣ် ကလီၤဆီလၢ ကီၢ်ဖဲာ် တဘျီဒီး တဘျီအဘၣ်စၢၤန့ၣ်လီၤ. ကွၢ်တၢ်မၤဆိတၢ်ကွၢ်ထွဲအတၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲၤအလံာ်တီၢ်လံာ်မိလၢ တၢ်ထၢန့ၣ်လီၤအီၤလၢ နကထံၣ်တၢ်ဂ့ၢ်လီၤတၢ်လီၤဆဲးအဂီၢ်တက့ၢ်.

တၢ်ဟ့ၣ်ကူၣ်လၢ တၢ်ကယုထာပှၤခၢၣ်စးအဂီၢ်

န တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲအပူၤခၢၣ်စးကြး-

- မ့ၢ်ပှၤလၢနန့ၣ်အီၤသ့
- သ့ၣ်ညါနတၢ်မ့ၢ်လၢတဖၣ်ဂ့ၤဂ့ၤ
- ကတီၢ်တၢ်လၢ နခၢၣ်စးဖဲနကတီၢ်တၢ်တသ့အခါ
- ဟံာ်ကဲနတၢ်မ့ၢ်လၢတဖၣ်

ယုထာပှၤခၢၣ်စးအဂၤတၢ်ဂၤ

တၢ်ယုထာပှၤခၢၣ်စးအဂၤတၢ်ဂၤလၢ နကကဲနပှၤခၢၣ်စးန့ၣ် မ့ၢ်တၢ်ဆိကမိၣ်လၢအဂ့ၢ်မ့ၢ်လၢ ဖဲပှၤအခိၣ်ထံးတၢ်ဂၤလၢနယုထာမ့ၢ်တအိၣ်ဖဲတၢ်လိၣ်ဘၣ်အီၤအခါအယီၤ န့ၣ်လီၤ. ဖဲနယုထာနပှၤခၢၣ်စးဝံၤန့ၣ်, မၤနပှၤခၢၣ်စး ဖး မ့တမ့ၢ် ကွဲးဒီးယာ်လံာ်ပရၢလၢခံတကဘျီဒီး ဒ်သိးကဟ့ၣ်ဒုးသ့ၣ်ညါအါထီၣ် နပှၤခၢၣ်စးလၢ တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤဘၣ် ထွဲ တၢ်ကဲခၢၣ်စးအမူၤအခါတဖၣ်အဂီၢ်န့ၣ်တက့ၢ်.

လၢပှၤလၢအအိၣ်လၢ ကလံာ်စးဒါနီထီၣ် (North Dakota) တဖၣ်အဂီၢ်

လၢ ND အပူၤ, နပှၤခၢၣ်စး ကဘၣ် ကွဲး အါၣ်လီၤဝဲလၢ ကကဲနပှၤခၢၣ်စးအဂီၢ်လီၤ. န ပှၤခၢၣ်စးတဖၣ် ကလိၣ်ဘၣ်ဆဲးလီၤမံၤလၢ တၢ်မၤဆိတၢ်ကွၢ်ထွဲအတၢ်ရဲၣ် တၢ်ကျဲၤဖဲ လံာ်ကဘျီပၤ ၉-၁၀ အဖီခိၣ်န့ၣ်လီၤ.

စူးကါတၢ်လီၢ်လီၤဟံာ်အံၤလၢကကွဲးဟံာ်ဖျါထီၣ် ပှၤအခၢၣ်စးတဖၣ်, အဝဲသ့ၣ်အလီၢ် အိၣ်ဆိးထံးတဖၣ်, ဒီးလီၤတဲာ်တဖၣ်တချးလၢနမၤပှၤလံာ်ကီၢ်ဒီးလၢအဖိးသဲစး န့ၣ်လီၤ

တၢ်ကစီၣ်လၢ ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့အပူၤခၢၣ်စးအဂီၢ်

ယယုထၢလၢ နကတဲယ တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့အပူၤခၢၣ်စးလီၤ. ယ တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့အပူၤခၢၣ်စးန့ၣ် မ့ၢ်ပုၤတၢ်ဂၤလၢ အသ့ၣ်ညါယတၢ်ကူၤစါယါဘျါ အတၢ်လိၣ်ဘၣ် တဖၣ်ဒီး အဲၣ်ဒီးလၢကလူၤဖိၣ်မၤထွဲအီၤ ဖဲကသံၣ်သရၣ်တၢ်ဂၤ မ့တမ့ၢ် အါဂၤဆၢတဲၣ်လၢ ယမၤယကစၢ် အတၢ်ဆၢတဲၣ်မ့ၢ်တသ့ဘၣ်အခါန့ၣ်လီၤ. တၢ်လိၣ်ဘၣ်လၢ နကဘၣ်ယုသ့ၣ်ညါတၢ်အရ့ၣ်ဒိၣ်လၢယဂီၢ်မ့ၢ်မနုၤလဲၣ်န့ၣ်လီၤ. ယကဘၣ်တဲသကိးတၢ်ဒီးန့ၣ်ဘၣ်ထွဲ ယတၢ်ယုထၢတဖၣ်လီၤ. ယရဲၣ်ကျဲၤလၢ ယကကွဲးလီၤယတၢ်ဆၢတဲၣ်ဘၣ်ယး တၢ်ကွၢ်ထွဲယၤအဂီၢ်ဖဲ ယတၢ်ရဲၣ်ကျဲၤဆိတၢ်လၢ ယတၢ်ကွၢ်ထွဲအဂီၢ်အပူၤန့ၣ်လီၤ. ယကဟ့ၣ်န့ၣ်ယတၢ်ရဲၣ်ကျဲၤအကွဲးဒိတဘျီလီၤ.

တၢ်ဘျုးဒိၣ်မးလၢ နကယပူၤခၢၣ်စးအယိလီၤ.

နမၤတၢ်မနုၤသ့လဲၣ်

တၢ်ဟံၣ်ပနီၣ်ဖိၣ်ယံး တၢ်လၢပူၤခၢၣ်စးတၢ်ဂၤမၤသ့ ဒီးမၤဝဲတသ့န့ၣ် ကလီၤဆိလိၣ်အသးလၢ ကီၢ်ဖဲတဘျီဒီးတဘျီအဖိခိၣ်လီၤ. ပကသမံသမိးကွၢ်သကိး, ယကီၢ်ဖဲၣ်အတၢ်သိၣ်တၢ်သိသံးစးလီၤ. လၢကီၢ်ဖဲၣ်အါဘျီအပူၤ, နကယပူၤခၢၣ်စးတၢ်ဂၤအသိး, နမၤတၢ်တဖၣ်အိၣ်သ့-

- ယုထၢ မ့တမ့ၢ် သမၤတၢ်မၤထီထီၣ် ယသးသမူ ဒီးကသံၣ်ကသိအတၢ်ကူၤစါယါဘျါလၢယဂီၢ်တက့ၢ်.
- အၢၣ်လီၤဟ့ၣ်ခွဲးဒီး ဝံၤအလီၢ်ခံအိၣ်ပတုၣ် တၢ်ကူၤစါယါဘျါ ဖဲယတၢ်အိၣ်သးမ့ၢ်တဂ့ၤထီၣ်အယိန့ၣ်တက့ၢ်.
- မၤန့ၢ်ဒီးရၤလီၤ ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲလီၤအဂၤတတိၤဒီး ယုထၢပူၤလၢအဟ့ၣ်ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲသ့လီၤ.
- သုးယလီၤယကျဲၤအု တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲလီၤအဂၤတတိၤဒီး ယုထၢပူၤလၢအဟ့ၣ်ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲသ့လီၤ.
- ယုတၢ်သမံသမိးပူၤသံအစိၣ်တၢ်ဟံၣ်ဖျါဒီး ဟ့ၣ်မၤဘျီလီၤ ယနီၣ်ခိကွၢ်ဂီၤဒွဲတဖၣ်, မ့တမ့ၢ်လၢ ယဟံၣ်ဖျါတၢ်အဂၤတမံၤမံၤလၢ ယတၢ်ရဲၣ်ကျဲၤဆိတၢ်ကွၢ်ထွဲအပူၤအယိဘၣ်န့ၣ်လီၤ

ခိဖျါလၢအကဲယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲအပူၤခၢၣ်စးအယိ နတအိၣ်ဒီးတၢ်အခွဲးလၢ နကဖိၣ်ယံးယကျိၣ်စ့ မ့တမ့ၢ် ဘၣ်ဟံးမူၤဒါလၢ ယကဒွဲစရိတဖၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ်လီၤ.

တၢ်သံကွၢ်လၢ နကသံကွၢ်လီၤနကစၢ်အသး

- မ့ၢ်ယအဲၣ်ဒီးဟံးန့ၢ် မူၤဒါတၢ်မၤအံၤခါ.
- မ့ၢ်ယသ့ၣ်ညါ ပုၤတၢ်ဂၤအတၢ်မိၣ်န့ၢ်သးလီၤလၢ အတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲလၢခါဆူၣ်ညါအဂီၢ်ခါ.
- မ့ၢ်ယမၤတၢ်ဆၢတဲၣ်လၢ ပုၤတၢ်ဂၤအဲၣ်ဒီးမၤဝဲ, ဖဲယတၢ်ထံၣ်တဖၣ် မ့ၢ်လီၤဆိအခါဒၣ်လဲၣ်သ့ခါ.
- မ့ၢ်ယမၤဆူၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်ဆၢတဲၣ်တဖၣ်လၢ တၢ်အိၣ်သးလၢအပူၤဒီးသးအတၢ်ဆိၣ်တၢ်သနံးအဆၢကတီၢ်သ့ခါ.

နမ့ၢ်စံးဆၢ “တမ့ၢ်ဘၣ်” လၢတၢ်သံကွၢ်တဘီဘီအံၤအဂီၢ်အယိ, တဲသကိးတၢ်ဒီးယၤဘၣ်ထွဲ နတၢ်ဘၣ်ယိၣ်တဖၣ်အဂ့ၢ်တက့ၢ်.

နတၢ်ဘၣ်မ့ၢ်တမ့ၢ်လၢ နဘၣ်ကဲယပူၤခၢၣ်စးအယိ

ပတဲသကိးဘၣ်ယး နတၢ်တူၢ်ဘၣ်ဒီးနတၢ်ဘၣ်ယိၣ်အဂ့ၢ်တဖၣ်သ့လီၤ. နအိၣ်ဒီးတၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤဒ်အါ, နကတူၢ်ဘၣ်လၢ နအိၣ်ဒီးတၢ်န့ၢ်လီၤသးလၢ နကမၤတၢ်ဆၢတဲၣ်လၢ ယဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. ဘၣ်သ့ၣ်ညါ ကအိၣ်ဒီးကျဲတဖၣ်လၢ ကမၤစၢၤန့ၣ်သိးနတူၢ်ဘၣ်ကမ့ၢ်လၢ နကမၤတၢ်ဆၢတဲၣ်လၢယဂီၢ်လီၤ.

- ဘၣ်သ့ၣ်ညါ နကအဲၣ်ဒီးလဲၤဒီးယၤဆူ ကသံၣ်သရၣ်အတၢ်သ့ၣ်နံၤဖးသီလီၤ. နသံကွၢ်တၢ်သံကွၢ်လၢအဘၣ်ယး ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်အိၣ်သးဒီး တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ယုထၢ လၢအိၣ်ထီၣ်တဖၣ် ကသ့လီၤ.
- ဖးကွၢ်တၢ်မၤဆိ တၢ်ကွၢ်ထွဲအတၢ်ရဲၣ်ကျဲၤတက့ၢ်. မၤလီၤတၢ်လၢ ယကဟံၣ်ဖျါယတၢ်မိၣ်န့ၢ်သးလီၤ ပျီပျီဖျါဖျါတက့ၢ်.
- ဘၣ်သ့ၣ်ညါ နကအဲၣ်ဒီးလဲၤထီၣ် ပုၤသ့ပုၤဘၣ်လၢထီၣ်တၢ်မၤလီၤလၢ ကမၤစၢၤ ပုၤမၤတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ဆၢတဲၣ်တဖၣ်န့ၣ်လီၤ. အဝဲသ့ၣ်အကျိၤပၣ်ယုၣ်ဒီး ပုၤရဲၣ်ကျဲၤတၢ်လၢ တၢ်ဆၢတဲၣ်ဆိတၢ်ကွၢ်ထွဲအတၢ်ရဲၣ်ကျဲၤ, ပုၤတၢ်ဂၤ ပုၤမၤတၢ်ဖိတဖၣ်, တၢ်ဂ့ၢ်ဖဲန့ၣ်ကွၢ်တဖၣ်, တၢ်ဘျီတၢ်ဘီဒီး သ့ၣ်ဂ့ၢ်သးကျိၤခိၣ်န့ၣ်တဖၣ်လီၤ.

ဆိကမိဉ်တၢ်အိဉ်မုၢ်အိဉ်ခုၣ်အဒိပညီ မ့ၢ်မနုၤလဲၣ်

ဟံၣ်ဖျါန့ၣ်တၢ်ဆိကမိဉ်ခိဖျါ တၢ်စူးကါ တၢ်ဃုထၢကျဲ အလံာ်ကုအံၤတက့ၢ်. ဆိကမိဉ် နတၢ်အိဉ်ဆူၣ်အိဉ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲဒီး အလုၢ်အပူၤတဖၣ် တချုးနမၤပဲၤ တၢ်မၤဆိတၢ်အိဉ်ဆူၣ်အိဉ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲအတၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲလံာ်ကွၢ်ဒီးအံၤန့ၣ်တက့ၢ်.

ဆိကမိဉ် နတၢ်စူၢ်တၢ်န့ၣ်ဒီးတၢ်လုၢ်တၢ်ပူၤတဖၣ်

1. နမ့ၢ်လဲၤခိဖျါဘၣ် မ့ၢ်နံၤလၢအဂ့ၢ်လၢနဂီၢ်န့ၣ်, တၢ်မနုၤကကဲထီၣ်လၢ မ့ၢ်နံၤဝဲန့ၣ်လဲၣ်. နကတဲတၢ်ဒီးမတၢ်လဲၣ်. နကမၤတၢ်မနုၤလဲၣ်.

2. မ့ၢ်တၢ်မနုၤမၤစၢၤန့ၣ်လၢ နကကွၢ်ဆၢၣ်မဲၣ် တၢ်တၢ်တၢ်လၢအနးတဖၣ်လၢ နတၢ်အိဉ်မူအပူၤန့ၣ်လဲၣ်.

3. မ့ၢ်တၢ်ဘူၣ်တၢ်ဘါ, တၢ်စူၢ်တၢ်န့ၣ်, မ့တမ့ၢ် သ့ၣ်ဂ့ၢ်သးကျိၤမၤတၢ်လၢ နတၢ်အိဉ်မူအပူၤန့ၣ်လဲၣ်.

4. နမ့ၢ်အိဉ်ဒီး တၢ်အိဉ်ဆူၣ်အိဉ်ချ့တၢ်ဂ့ၢ်ကိတဖၣ်အယိ, နတၢ်အိဉ်ဆူၣ်အိဉ်ချ့တၢ်ဂ့ၢ်ကိမ့ၢ်မနုၤဒီး နဘၣ်ယိဉ်တၢ်မနုၤလၢ ခါဆူညါအဂီၢ်န့ၣ်လဲၣ်.

5. ဆိကမိဉ် ခါဆူညါကသံၣ်ကသီ အတၢ်ကူစါယါဘျါတဖၣ်, မ့ၢ်နတအဲၣ်ဒီးလၢ တၢ်မနုၤကကဲထီၣ်အသးန့ၣ်လဲၣ်.

6. မ့ၢ်တၢ်လၢာ်တၢ်စ့ၤတဖၣ် ကမၤဘၣ်ဒိနတၢ်ဆၢတဲာ်ဘၣ်ထွဲ ကသံၣ်ကသီအတၢ်ကွၢ်ထွဲအဖိခိဉ်ဒ်လဲၣ်.

7. မ့ၢ်နအဲၣ်ဒီးလၢ ကသံၣ်ကသီတၢ်ကူစါယါဘျါတၢ်ပညိဉ်တဖၣ် ကဆိတလဲအသးလၢ တၢ်ဂ့ၢ်ကျဲးစၢၤ ထးယၢ်နသးသမူ ဆူ တၢ်အိဉ်ဒီးတၢ်ပညိဉ်လၢ ကမၤမုၢ်ထီၣ်န့ၣ်အခါဖဲလဲၣ်. ဟံၣ်ဖျါထီၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တဖၣ်အံၤတသ့ဖဲအသ့ လီၤတၢ်လီၤဆဲးတက့ၢ်.

8. လၢနဂီၢ်မ့ၢ် “တၢ်သံၣ်န့ၣ်ဆၢၣ်အသး” န့ၣ် မၤအသးဒ်လဲၣ်.

မာလိဘဉ်ဃး ကသံကသီအတၢ်ကူစါယါဘျါလၢတၢ်မၤအီၤသ့တဖၣ်အဂ့ၢ်

တၢ်လၢလံာ်တဖၣ်အံၤ ကသံကသီအတၢ်ကူစါယါဘျါလၢ ဘဉ်သ့ၣ်သ့ၣ် တၢ်ကရူးကါအီၤလၢ ကမၤစၢၤနသးသမူ မ့တမ့ၢ် မၤထီထီၣ် နသးသမူန့ၣ်လီၤ. တၢ်ကူစါယါဘျါတဖၣ် အံၤ ကထီၣ်လိၣ်ထီၣ်သ့ၣ်တၢ်မ့ၢ်စူးကါအီၤန့ၣ် တၢ်တမံၤလၢ အမၤစၢၤနၤ လၢနတၢ်ကိညါထီၣ်အဂီၢ်အယီၤလီၤ. ဝဲနတုၤယီၤဆူ နသးသမူကတၢ်အဆၢကတီၢ်န့ၣ်, တၢ်စူးကါတၢ်သ့ၣ် တဖၣ်အံၤ ကဒုးအိၣ်ထီၣ် တၢ်တူၢ်ဘဉ်တၢ်လၢ တၢ်တအိၣ်ဒီး တၢ်မ့ၢ်လၢလၢနကမၤန့ၢ်တၢ်ကံၢ်တၢ်စီၤလၢ နသ့ၣ်ညါလၢနမ့ၢ်မတၤ မ့တမ့ၢ် နသ့ၣ်ညါလၢ နအိၣ်ဒီးမတၤန့ၣ်လဲၣ်လီၤ.

CPR တၢ်မၤကဒါက့ၤဒီးသိးသးဖျၢၣ်ဒီးပသိၣ်ကမၤက့ၤတၢ်အဂီၢ် (Cardiopulmonary Resuscitation)

တၢ်အိၣ်ဒီးဝဲဒၣ် CPR အဓိပညါမ့ၢ်ဝဲဒၣ်တၢ်စူးကါတၢ်အကျါအကျဲတဖၣ်လၢ တၢ် ကျဲးစးစးထီၣ်မၤကဒါက့ၤသးဒီးပသိၣ်အတၢ်ဖဲဒီးတၢ်မၤတဖၣ်ဖဲလၢအဝဲသ့ၣ်ပတုၣ် ဖဲဒီးမၤ တၢ်အခါန့ၣ်လီၤ.

- တၢ်စူးကါဝဲဒၣ် CPR လၢတၢ်စးထီၣ်မၤကဒါက့ၤနသးအတၢ်ဖဲဒီးတၢ်မၤဖဲလၢ သးစံၣ်မ့ၢ်ဆိကတီၢ်သးအခါန့ၣ်လီၤ. တၢ်ဝဲန့ၣ်ဘဉ်ထွဲဒီးတၢ်ဆိၣ်လီၤတၢ်ဖဲနသးနါပုၤလီၤ ဒီးတၢ်အူန့ၣ်လီၤကလံာ်ဖဲနကိၣ် ပူၤန့ၣ်လီၤ.
- တၢ်မၤစၢၤတၢ်ကသါအဝဲဒီးလိ (Intubation) တၢ်စူးကါဝဲဒၣ်နက သါမ့ၢ်တ န့ၢ် အခါန့ၣ်လီၤ. တၢ်သ့ၣ်န့ၣ်လီၤဝဲဒၣ် ပါဘိဖိ (tube) ဝဲနကိၣ်ပူၤ မ့တမ့ၢ် နနါဒု ပူၤလၢအပျဲန့ၣ်လီၤ ကလံာ် ဆူန ကလံာ် ကျိပူၤန့ၣ်လီၤ. ဘဉ်သ့ၣ်သ့ၣ် ပါဘိဖိ (tube) ကဘျးစဲလိာ်သး ဒီး တၢ်ကသါအဝဲဒီးလိ (ventilator) န့ၣ်လီၤ. ဝဲဒီးန့ၣ်လီၤကလံာ်ခိဖျိ ပါဘိဖိ (tube) လၢအပျဲန့ၣ်လီၤကလံာ်ဆူန ပ သိၣ် ပူၤန့ၣ် လီၤ.
- ဘဉ်သ့ၣ်သ့ၣ်တၢ်ကရူးကါဝဲဒၣ် လီၢ်ဂံၢ်သဟီၣ်အဝဲဒီးလၢအထူးတရုၤတၢ် (တၢ်မၤဘဉ်လိာ်က့ၤသးစံၣ်) လၢအဆၢယီၤတၢ်ထူးတရုၤဖျၢၣ်ကိၣ်ဖဲနသးပူၤလၢတၢ် ကျဲးဝဲ ဒၣ် တၢ်ကပုၤဆံးဆံးဖိတဖၣ် မ့ပအုၣ် (small pads) ဝဲနသးနါပုၤလီၤန့ၣ်လီၤ. ဘဉ်သ့ၣ်သ့ၣ်ကထီၣ်တၢ်မၤစၢၤလၢအမၤဘျါက့ၤနသးအတၢ်ထီၣ်တၢ်လီၤဒ်ညါန့ၢ် အ သိးန့ၣ်လီၤ. ဘဉ်သ့ၣ်သ့ၣ်ကထီၣ်တၢ်မၤစၢၤလၢအမၤဘျါက့ၤနသးအတၢ်ထီၣ်တၢ်လီၤဒ်ညါန့ၢ် အ သိးန့ၣ်လီၤ.
- ဘဉ်သ့ၣ်သ့ၣ်တၢ်ကရူးကါဝဲဒၣ် ကသံကသီတဖၣ် လၢအစးထီၣ်စၢၤကဒါက့ၤနသးအတၢ်ဖဲဒီးတၢ်မၤန့ၣ်လီၤ.

CPR အတၢ်ပိာ်ထွဲထီၣ်အစၢတဖၣ်အိၣ်ဖျါလီၤကံၢ်ဒ်လဲၣ်.

CPR မၤစၢၤသးသမူတဖၣ်သ့ၣ်, ဘဉ်ဆၣ်အတၢ်ကဲထီၣ်လိၣ်ထီၣ်အနီၣ်ထီၣ်စ့ၤဝဲ န့ၣ်လီၤ. နသးန့ၣ်, တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့, ဒီးတၢ်ဆူးတၢ်ဆါတဖၣ်မၤဘဉ်ဒိဝဲဒၣ် တၢ်ပိာ်ထွဲ ထီၣ် အစၢတဖၣ်သ့ၣ်န့ၣ်လီၤ. ဝဲတၢ်စးထီၣ်မၤဝဲဒၣ် CPR ဝဲပုၤသးပုၤ, ပုၤဂံၢ်စၢ်ဘါစၢ်ဖဲတၢ်ကွၢ်ထွဲပုၤသးပုၤဟံၣ် ယီတဖၣ်အခါ, ပုၤအိၣ်မုဒ် 30 ဂၤအကျါ 1 ဂၤယၣ်ယၣ်န့ၣ်လီၤ. CPR မၤတၢ်အဂ့ၢ်ကတၢ်ဖဲလၢနပုၤဒီးတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ဂ့ၢ်ဒိးမးအခါဒီးတၢ်စး ထီၣ်မၤဘဉ်အီၤချ့သးဒီးန့ၣ်လီၤ. ဝဲတၢ်စးထီၣ် မၤအီၤဝဲတၢ်ဆါဟံၣ်လၢပုၤအိၣ်မုဒ် 5 ဂၤအကျါ 1 ဂၤယၣ်ယၣ် န့ၣ် လီၤ. နမ့ၢ်ပုၤအိၣ်မုဒ်ဒီးန့ၣ်လဲၣ်, တၢ်ပိာ်ထွဲထီၣ်တဖၣ်ကထီၣ်အသးဖဲလၢတၢ်မၤဝဲဒၣ် CPR အ ၅ မ့ၢ်သ့ၣ်လၢအဒုးအိၣ်အိၣ်ထီၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့အတၢ်ကိၣ်တဲတဲတဖၣ် န့ၣ်လီၤ. တၢ်ကွၢ်ထွဲဆူၣ်ချ့ဝဲတၢ်မၤဝဲဒၣ် ယွၤ ဝံၤလီၢ်ခံကဘဉ်ထွဲလိာ်သးဒီးတၢ် ကွၢ်ထွဲဝဲ တၢ်ကွၢ်ထွဲပုၤဆူးပုၤဆါနးနးကလံာ်အလီၢ် ICU (intensive care unit) လၢ-

- တၢ်ကသါအဝဲဒီးလိ (ventilator) လၢအဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤတၢ်ကသါ
- တၢ်မၤပးဂီၤနဂုၢ်ယံတဖၣ်
- တၢ်မၤပးဂီၤနခိၣ်န့ၣ်လၢအကဲထီၣ်သးသ့ၣ်ဝဲတအိၣ်ဒီးအိးစံၣ်ကွၢ်အခါ

ယဒုးန့ၣ်ဖျါထီၣ်ယတၢ်ဆါတဲာ်ဘဉ်ဃးဒီး CPR သုဒ်လဲၣ်.

ဝဲတၢ်ဆါဟံၣ်အပူၤ, နကသံသရၣ်ဒီးပုၤမၤစၢၤတၢ်ကူစါယါဘျါအဂၤတဖၣ်ကမၤဝဲ ဒၣ် CPR ဝဲအလီၢ်အိၣ်အခါမ့တမ့ၢ်ဘဉ်လၢနတဲာ်ဘဉ်အဝဲသ့ၣ်လၢနတအိၣ်ဒီးမၤ မ့တမ့ၢ် တၢ်ကွဲးလီၤဆိဟ်နတၢ်ဆါမ့ၢ်လၢတဖၣ်ဝဲတၢ်ကူစါကွၢ်ထွဲအတၢ်တီၢ်ကျါအ ပူၤန့ၣ်လီၤ. နမ့ၢ်ယုထၢလၢနတအိၣ်ဒီးမၤ CPR ဘဉ်န့ၣ်, ကသံသရၣ် ကကွဲးန့ၣ်လီၤဝဲဒၣ် တလိာ်မၤကသါထီၣ်က့ၤတၢ် (Do Not Resuscitate (DNR)) အလံာ်န့ၣ်လီၤန့ၣ်လီၤ. လံာ်န့ၣ်လီၤအံၤဒုးသ့ၣ်ညါဝဲဒၣ် ပုၤမၤစၢၤတၢ်ကူစါယါဘျါတဖၣ်လၢအတဘဉ်မၤဝဲ ဒၣ် CPR နဆိတလဲဝဲဒၣ်နတၢ်ဆါတဲာ်အံၤတဘျါလၢလၢသ့ၣ်န့ၣ်လီၤ.

ယမ့ၢ်တအိၣ်ဒီးမၤ CPR န့ၣ်တၢ်ကမၤသးဒ်လဲၣ်.

နသးစံၣ်ကအိၣ်ပတုၣ်ဒီးနကသံဝဲဒ်အန့ၣ်ဘဉ်ဒၣ်အသိးန့ၣ်လီၤ. နဟ်ယာ်ဒ်အမုၢ်လၢဘဉ်နၤအသိးသ့ၣ်န့ၣ်လီၤ.

တၢ်ကသါအဝဲဒီးလိ (ventilator) မ့တမ့ၢ် BiPap

တၢ်စူးကါဝဲဒၣ် တၢ်ကသါအဝဲဒီးလိ (ventilator) လၢစ့ၤကိၣ်န့ၣ်ရံၣ်တုၤလၢစ့ၤ ကိၣ်လၢ မ့တမ့ၢ် လၢအနံၣ်တဖၣ်သ့ၣ်န့ၣ်လီၤ.

- တၢ်ကသါအဝဲဒီးလိ (ventilator) မ့ၢ်ဝဲဒီးလၢအမၤစၢၤဝဲဒၣ်ပုၤတဂၤဂၤ အတၢ်က သါန့ၣ်လီၤ. ဝဲဒီးအံၤဘျးစဲလိာ်သးဒီး ပါဘိဖိ (tube) လၢတၢ်ဆူၣ်န့ၣ်လီၤဝဲဒၣ်နနါဒု ပူၤ မ့တမ့ၢ် နကိၣ်ပူၤလၢအပျဲန့ၣ် လီၤကလံာ်ဆူနကလံာ်ကျိပူၤန့ၣ်လီၤ. မ့ၢ်တၢ်ဆိၣ်န့ၣ်လီၤကလံာ်ဆူနပသိၣ်ပူၤဝဲလၢနဂံၢ်စၢ်ဒိးမးလၢနက ကသါဝဲလၢနနီၢ်က စၢ်ဒၣ်ဝဲအခါန့ၣ်လီၤ.

- **BiPap** (တၢ်ဆိၣ်န့ၣ်လီၤကလံၤကျိၤအဂ့ၤခံပတီၢ်တပတီၢ်) ဆိၣ်န့ၣ်လီၤဝဲဒၣ် က လံၤ ဆူနပသိၣ်အပူၤခိဖျိ နီၣ်ကျါၤဘၢမဲၣ် (face mask) လၢအဘၣ်ဂီၢ် ယံး ယီၣ် ဒိၣ်လိာ်သးဖဲန ထးခိၣ်ဒီးနနါဒုလီၤန့ၣ်လီၤ.

တၢ်လီၤဘၣ်ယီၣ်လၢအကဲထီၣ်သးသ့ဝဲဒီး တၢ်ကသါအစးပိး လီ (ventilator) မ့တမ့ၢ် BiPap

- နကဘၣ်ပလီၤသးဒီးတၢ်အဝဲန့ၣ်ဖဲနအိၣ်ဖဲ တၢ်ကွၢ်ထွဲပုၤဆူးပုၤဆါ နးနးကလဲာ်အ လီၤ ICU (intensive care unit) အခါန့ၣ်လီၤ.
- ဘၣ်သ့ၣ်သ့ၣ်နကလိၣ်ဘၣ်ကသံၣ်လၢအမၤခံခဲသပုၤ မ့တမ့ၢ် မၤခံန့ၣ်လီၤ.
- ဝဲတၢ်ဆွံန့ၣ်လီၤဝဲဒၣ် တၢ်ကသါအစးပိး လီ (ventilator) အပိၤဘိဖဲနက လံၤကျိၤ ပုၤ အခါနကတီၢ်တၢ် မ့တမ့ၢ် ယုၢ်န့ၣ် လီၤတၢ်တသ့ဘၣ်န့ၣ်လီၤ.
- ဘၣ်သ့ၣ်သ့ၣ် တၢ်ကသါအစးပိး လီ (ventilator) မၤတၢ်တဂ့ၤအါအါဖဲလၢနနီၢ်ခိ မိၢ်ပုၤပံာ်တၢ်ယၢ်ဝဲဒၣ်တၢ်ဆိၣ်ဆူၣ်အိၣ် ချ့အတၢ်ကိတၢ်ခဲတဖၣ်ယံာ်ယံာ်ထာထာအခါန့ၣ်လီၤ.
- လၢတၢ်စူးကါဝဲဒၣ်တၢ်ကသါပိၤဘိအဆၢကတီၢ်ယံာ်ယံာ်အဂီၢ်ဘၣ်သ့ၣ်သ့ၣ်တၢ်က မၤက့ၤဝဲလၢတၢ်မၤထူၣ်ဖျိနကိာ်ဘိ (တၢ်ကူးကွဲးမၤထူၣ်ဖျိကလံၤကျိၤ) န့ၣ်လီၤ.
- ပၣ်ယုၣ်ဒီး BiPap အနီၣ်ကျါၤဘၢမဲၣ်, ကလံၤတနီၤနီၤကလံၤန့ၣ်လီၤဝဲဆူန ဟၢ ဖၢပုၤဒီးဒုး ဆိၣ်ထီၣ်နကပုၤဆါန့ၣ်လီၤ. တၢ်ဖျိၣ်ယၢ်ဝဲဒၣ်နီၣ်ကျါၤဘၢမဲၣ်, ဘၣ် သ့ၣ်သ့ၣ်ကကိဲဝဲလၢနကကတီၢ်တၢ် မ့တမ့ၢ် နကအိၣ်တၢ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ.

ယမ့ၢ်တအိၣ်ဒီးမၤ တၢ်ကသါအစးပိး လီ (ventilator) မ့တမ့ၢ် BiPap ဘၣ်န့ၣ်တၢ်ကမၤသးဒ်လဲၣ်.

နကသါလၢနနီၢ်ကစၢ်ဒၣ်ဝဲမ့ၢ်တသ့ မ့တမ့ၢ် ဘၣ်ကသါဒီးဝဲဒီး, နကသံဝဲဒ်အ န့ဆၢၣ် ဒၣ်ဝဲအသိးန့ၣ်လီၤ. နဟ်ယၢ်ဒ်အမုၢ်လၢဘၣ်န့ၣ်အသိးသ့ဝဲန့ၣ်လီၤ.

တၢ်သ့ကလုာ်

တၢ်သ့ကလုာ်မ့ၢ်ဝဲတၢ်ကူစါယါဘျါလၢအမၤဝဲဒၣ်နကလုာ်အတၢ်ဖဲတၢ်မၤတဖၣ်ခိ ဖျိ တၢ်ပံာ်စီသ့ၣ်န့ၣ်လီၤ. တၢ်သ့ကလုာ်အိၣ်ဝဲဒၣ် 2 ကလုာ်-

- တၢ်သ့ကလုာ် (Hemodialysis) ထူးထီၣ်ကွၢ်ဝဲဒၣ်တၢ်ထံတၢ်နီၤဒီးတၢ် ဘၣ်အဘၣ်သီတဖၣ်လၢသ့ၣ်ကျါလၢတၢ်စူးကါဝဲဒၣ်နီၣ်ပုၤတၢ်န့ၣ်လီၤ. သ့ၣ်ယုၤလီၤဝဲလၢ နီၢ်ခိမိၢ်ပုၤအပူၤဆူတၢ်သ့ကလုာ်ဖဲအပူၤဝဲလၢခိဖျိဝဲဒၣ်နီၣ်ပုၤတၢ် လီၤဆီ, လၢတၢ်ကိးဝဲလၢ နီၣ်သ့ကလုာ် (dialyzer) မ့တမ့ၢ် တၢ်ဆီတလဲကလုာ်အယီၤ (artificial kidney), ဒီးက့ၤကဒါဆူနနီၢ်ခိမိၢ်ပုၤအသီတဘျီန့ၣ်လီၤ. နီၣ်သ့ကလုာ် (dialyzer) အသိး, တၢ်ထံတၢ်နီၤဒီးတၢ် ဘၣ်အဘၣ်သီတဖၣ်ဘၣ်တၢ်ထူးထီၣ်ကွၢ်ဝဲန့ၣ်လီၤ.
- တၢ်သ့ကလုာ်ခိဖျိယၢ်ဖၢသလီ (Peritoneal dialysis (PD)) မ့ၢ်ဝဲ တၢ် ကူ စါယါဘျါအကျဲတဘိလၢကလုာ်တမၤတၢ်အဂီၢ်လၢတၢ်စူးကါဝဲဒၣ် နီၢ်ခိမိၢ်ပုၤ အနီၢ်ကစၢ်ဒၣ်ဝဲ ဟၢဖၢသလီ လၢအအိၣ်ဖဲဟၢ ဖၢပုၤ နီၣ်ပုၤတၢ်တခါ အသိးန့ၣ်လီၤ. တၢ်မၤဝဲဒၣ် PD တန့ၤလျီၤဘျီကိးနံၤဒီးဝဲတၢ်အိၣ် ဘျဲးအဆၢကတီၢ်ဒ်ညါန့ၣ်အသိး, ဂီၤ, မုၢ်ထူၣ်, ဟၢ, ဒီးတၢ်မံအဆၢကတီၢ်န့ၣ်လီၤ.

ယမ့ၢ်ဗုထာလၢယတမၤဝဲဒၣ်တၢ်သ့ကလုာ်ဘၣ်န့ၣ်တၢ်ကမၤသးဒ်လဲၣ်.

ပုၤဆါဝဲလၢာ်အိၣ်ဒီးအခွဲးယၢ်လၢအကဆၢတၢ်ဝဲဒၣ်တၢ်တစးထီၣ်မၤတၢ်သ့ကလုာ် န့ၣ်လီၤ. နမ့ၢ်စးထီၣ်သ့ကလုာ်န့ၣ်, နအိၣ်ဒီးခွဲးယၢ်လၢနကဆိကတီၢ်စ့ၢ်ကိးန့ၣ် လီၤ. တၢ်ဗုထာလၢတကူစါယါဘျါသး မ့တမ့ၢ် ဆိကတီၢ်တၢ်သ့ကလုာ်ကဒုးအိၣ်ထီၣ်တၢ်သံဒ်အန့ဆၢၣ်ဒၣ်ဝဲအသိးဝဲစ့ၢ်ကိာ်သီတုၤလၢစ့ၢ်ကိာ်န့ၣ်အတီၢ်ပူၤန့ၣ်လီၤ. နအိၣ် စ့ၢ်ကိးဒီးခွဲးယၢ်လၢတၢ်စးထီၣ်သ့ကလုာ်အသီတဘျီဖဲလၢနမ့ၢ်ဆိတလဲနတၢ် ဟ်သးအခါန့ၣ်လီၤ.

တၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်အယီၤ မ့တမ့ၢ် တၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်ထံတၢ်နီၤအယီၤ

တၢ်စူးကါဝဲဒၣ်တၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်အယီၤ (တၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်လၢပိၤဘိပူၤ) မ့တမ့ၢ် တၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်ထံတၢ်နီၤအ ယီၤလၢတၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤနနီၢ်ခိမိၢ်ပုၤအဂီၢ်ဝဲလၢနအိၣ်တၢ်အိၣ်တၢ်အိၣ် မ့တ မ့ၢ် အိၣ်တၢ်ထံတၢ်နီၤလၢကိာ်ပူၤလၢနနီၢ်ကစၢ်ဒၣ်နဲတသ့လၢအခါန့ၣ်လီၤ. တၢ်စူးကါဝဲဒၣ်ပိၤဘိအကလုာ်တနီၤနီၤပၣ်ယုၣ်ဒီး-

- တၢ်ဆွံန့ၣ်လီၤရီးဘၢးပျံၤဘိဆူနါဒုပူၤ (NG tube) တၢ် ဆွံ န့ၣ် လီၤသ့ဝဲဖဲနါဒုပူၤဒီးဆူဟၢဖၢပူၤန့ၣ်လီၤ. ဆူန့ၣ်လီၤဝဲဒၣ် တၢ်ထံတၢ်နီၤလၢတၢ်ကျဲာ်အိၣ်ဝဲဒၣ်ထံတဖၣ်လီၤလီၤဆူဟၢဖၢပူၤန့ၣ် လီၤ.
- တၢ်ဆွံန့ၣ်လီၤကျိာ်ဘိဆူဟၢဖၢပူၤ (G tube) မ့တမ့ၢ် PEG ကျိာ်ဘိ တၢ်ကိာ်န့ၣ်မၤကွၢ်ဒီးကျိာ်ဘိဟၢဖၢပူၤ (percutaneous endoscopic gastrostomy) ဆူန့ၣ်လီၤဝဲဒၣ်တၢ်ထံတၢ်နီၤလၢတၢ်ကျဲာ်အိၣ်ဝဲဒၣ်ထံတဖၣ်လီၤလီၤဆူဟၢဖၢပူၤန့ၣ် လီၤ.
- IV line တၢ်အကျိၤဘိဖဲသ့ၣ်ကျိၤပူၤ (intravenous) မ့ၢ်ဝဲတၢ်အကျိၤ ဘိလၢတၢ်ထာန့ၣ်လီၤပၣ်ယုၣ်သ့ၣ်ကျိၤပူၤန့ၣ်လီၤ. ဆူန့ၣ်လီၤဝဲဒၣ်တၢ်အိၣ် န့ၣ်ဂီၢ်န့ၣ်ဘၢဒီးတၢ်ထံတၢ်နီၤတဖၣ်လီၤလီၤဆူသ့ၣ်ကျိၤပူၤန့ၣ် လီၤ.

တၢ်လီၤဘၣ်ယိၣ်လၢအကဲထီၣ်သးသ့ဘၣ်ယးဒီး တၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်အိၣ်အယီၤ (Artificial Feeding)

တၢ်လီၤဘၣ်ယိၣ်လၢအကဲထီၣ်သးသ့ဘၣ်ယးဒီးတၢ်သ့ၣ်ယုၤဒီးတၢ်သ့ၣ်ယုၤ မ့တမ့ၢ် တၢ်ဘၣ်ကူ ဘၣ်ကဲတၢ်ဆါအယၢ် ဖဲပီၤဘိအလီၢ်ဒီးပီၤဘိအတၢ်ကိတၢ်ခဲတဖၣ်န့ၣ်လီၤ. တၢ်ကသါန့ၣ်လီၤ တၢ်ထံတၢ်နီၤလၢတၢ်ကျဲၤဖဲကဲထီၣ်သးသ့တၢ်ကလၢသ့ၣ်လၢအဒုး ကဲထီၣ်ပသိၣ်တၢ်ခုၣ်, တၢ်လီၤပျံၤလီၤဘၣ်ယိၣ်လၢသးသ့မူဂီၢ်အတၢ်ကိတၢ်ခဲတဖၣ် န့ၣ်လီၤ. ဟၢဖၢညိး, ဟၢဖၢတမ့ၢ်, ဒီးဟၢဖၢလူမ့ၢ်တၢ်ကိတၢ်ခဲလၢတၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်လၢပီၤဘိယုၤ န့ၣ်လီၤ.

ယမ့ၢ်ယုထၢလၢယကမၤဖဲဒၣ် တၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်အိၣ်အယီၤ (Artificial Feeding) န့ၣ်တၢ်ကမၤသးဒိလဲၣ်.

တၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်အိၣ်အယီၤ မၤစၢၤန့ၣ်သ့ၣ်လၢနအိၣ်မ့ၢ် ထီၣ် ဒီး မၤဂ့ၤထီၣ်စၢၤ နတၢ်အိၣ်မူအကံၢ်စိလၢ အကတီၢ်ဒၣ်ဖဲန့ၣ်လီၤ. ဖဲနသးမူမ့ၢ်ဘူးကတၢ်အခါ, ကမ့ၢ်တၢ်ကိဒိၣ် မးလၢနဘၣ်တူၢ်ဖဲဒၣ်တၢ်ကိတၢ်ခဲတဖၣ် ဖၣ်လၢအကဲထီၣ်သးဒီးတၢ်ကူစါယါဘျါသ့ၣ်န့ၣ်လီၤ.

ယမ့ၢ်ယုထၢလၢယကမၤဖဲဒၣ် တၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်အိၣ်အယီၤ (Artificial Feeding) ဘၣ်န့ၣ်တၢ်ကမၤသးဒိလဲၣ်.

နအိၣ်ဖဲဒၣ်တၢ်အိၣ်တမံၤလၢလၢနကိၣ်ပျံၤမ့ၢ်တသ့ဒီးနမ့ၢ်ယုထၢလၢနတမၤဖဲဒၣ် တၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်အိၣ်အယီၤဘၣ်န့ၣ်, နနီၢ်ခိမိၢ်ပျံၤကစၢ်လီၤဖဲကယိကယိန့ၣ် လီၤ. ပျံၤလီၤကဲလၢတၢ်သံကတုၤအိၣ်ဖဲဖဲစ့ၤကိၣ်သီအတီၢ်ပျံၤ မ့တမ့ၢ် စ့ၤကိၣ်န့ၣ်အတီၢ်ပျံၤ န့ၣ်လီၤ. နကထံၣ်ဘၣ်လၢတၢ်တဲဆူၣ်ထီၣ်နသးလၢနကသ့ၣ်ညါဖဲဒၣ် အါတက့ၢ်ပျံၤဆါလၢအသးသ့မူဘူးကတၢ်တဖၣ်တသ့ၣ်ဝံၤသ့ၣ်စ့ၤ မ့တမ့ၢ် တသးအူထံဘၣ်န့ၣ်လီၤ.

တၢ်လီၤဘၣ်ယိၣ်လၢအကဲထီၣ်သးသ့ဘၣ်ယးဒီး တၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်ထံတၢ်နီၤအယီၤ (Artificial Hydration)

တၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်ထံတၢ်နီၤအယီၤ (Artificial hydration) ဒုးအိၣ်ထီၣ်တၢ်ထံတၢ်နီၤ အါတလၢကဲၣ်ဆိးလၢအကဲထီၣ်သးဖဲနီၢ်ခိမိၢ်ပျံၤအပူၤန့ၣ်လီၤ. တၢ်အံၤဒုးအိၣ် ထီၣ်တၢ်ညိးထီၣ်တမ့ၢ်တလၢဖဲစ့ၤလီၤ, ခိၣ်လီၤ, ဒီးဟၢဖၢလီၤန့ၣ်လီၤ. ဒုးအိၣ်ထီၣ်စ့ၤကိးတၢ်ထံတၢ်နီၤသ့ၣ်ဖဲပသိၣ်ပူၤ, လၢအဒုးကဲထီၣ်တၢ်ကိတၢ်ခဲလၢတၢ်ကသါအဂီၢ်ဒီးတၢ် ကသါတမ့ၢ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. တၢ်လီၤဘၣ်ယိၣ်လၢအကဲထီၣ်သးသ့ဘၣ်ယးဒီးတၢ်သ့ၣ်ယုၤဒီးတၢ်ဘၣ်ကူ ဘၣ်ကဲ တၢ် ဆါအယၢ်ဖဲပီၤဘိအလီၢ်န့ၣ်လီၤ.

ယမ့ၢ်ယုထၢလၢယကမၤဖဲဒၣ် တၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်ထံတၢ်နီၤအယီၤ (Artificial Hydration) န့ၣ်တၢ်ကမၤသးဒိလဲၣ်.

တၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်ထံတၢ်နီၤအယီၤ (Artificial hydration) ကမၤလၢပျံၤစၢၤ နနီၢ်ခိမိၢ် ပျံၤအတၢ်ဖဲဒၣ်တၢ်မၤန့ၣ်လီၤ. တၢ်အံၤဒုးအိၣ်ထီၣ်တၢ်မ့ၢ်တၢ်ပၤဒီးမၤဂ့ၤထီၣ်တၢ်အိၣ် မူအကံၢ်စိလၢအကတီၢ်ဒၣ်ဖဲ န့ၣ်လီၤ. ဖဲနသးမူမ့ၢ်ဘူးကတၢ်အခါ, ကမ့ၢ်တၢ်ကိဒိၣ်မးလၢနဘၣ်တူၢ်ဖဲဒၣ်တၢ်ကိတၢ်ခဲတဖၣ် ဖၣ်လၢအကဲထီၣ်သးဒီးတၢ်ကူစါယါဘျါသ့ၣ်န့ၣ်လီၤ.

ယမ့ၢ်ယုထၢလၢယကမၤဖဲဒၣ် တၢ်ဒုးအိၣ်တၢ်ထံတၢ်နီၤအယီၤ (Artificial Hydration) ဘၣ်န့ၣ်တၢ်ကမၤသးဒိလဲၣ်.

မ့ၢ်တအိၣ်လၢပျံၤဒီးတၢ်ထံတၢ်နီၤတဖၣ်ဘၣ်န့ၣ်, နနီၢ်ခိမိၢ်ပျံၤကစၢ် လီၤဖဲကယိကယိ န့ၣ်လီၤ. တၢ်သံကတုၤအိၣ်ဖဲဖဲစ့ၤကိၣ်သီအတီၢ်ပျံၤ မ့တမ့ၢ် စ့ၤကိၣ်န့ၣ်အတီၢ်ပျံၤ န့ၣ်လီၤ. နကထံၣ်ဘၣ်လၢတၢ်တဲဆူၣ်ထီၣ်နသးလၢနကသ့ၣ်ညါဖဲဒၣ်အါတက့ၢ်ပျံၤဆါလၢအသးသ့မူဘူးကတၢ်တဖၣ်တသ့ၣ်ဝံၤသ့ၣ်စ့ၤ မ့တမ့ၢ် တသးအူထံဘၣ်န့ၣ်လီၤ. အါတက့ၢ်ပျံၤဆါလၢအသးသ့မူဘူးကတၢ်တဖၣ်တသးအူထံဘၣ်န့ၣ်လီၤ. ဖဲသးသ့မူကတၢ်အနံၤ, နီၢ်ခိမိၢ်အထံသးနီၤသးကထီၣ်ဟူးဂဲၤစၢၤဖဲဒၣ်တၢ်ပျံၤလီၤကဲကသံၣ်တဖၣ် ဖဲဖဲခိၣ် န့ၣ်ပူၤလၢအဒုးပလၢၣ်ဘၣ်န့ၣ်လၢအမၤကဆူၣ်လီၤနသးဒီး တၢ်မ့ၢ်တၢ် ပၤန့ၣ်လီၤ. တၢ်အံၤကဒုးလဲၤခိဖျိစၢၤနနီၢ်ရံၣ်အဆါကတီၢ်လၢခံကတၢ်မ့ၢ်ဒိၣ်ထီၣ်န့ၣ်လီၤ.

တၢ်ပတုၣ်တၢ်စူးကါသးဖျါခံၣ်ပီးလီ

တၢ်ပၤယၢ်သးဖျါခံၣ်ပီးလီ (Implanted cardiac defibrillators, ICD) မ့တမ့ၢ် ပီးလီလၢအမၤစၢၤသးဖျါခံၣ်အဖိလၢအစ့ၣ်တကပၤ (Left ventricular assistive devices, LVAD) န့ၣ်တၢ်စူးကါအိၣ်သ့ၣ်လၢကဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤနသးဖျါခံၣ် အတၢ်မၤတၢ်လဲၤတရံးသးန့ၣ်လီၤ. တၢ်ဆါကတီၢ်ကအိၣ် တဘျီဘျီ ဖဲနဆါမ့ၢ်လၢလၢနကပတုၣ်တၢ်ပီးတၢ်လီတဖၣ်အံၤ ဒီးအိၣ်ဒီးသံလၢနဆါန့ၣ်လီၤ. တၢ်အံၤကမၤစၢၤလၢနကတဲသကိးဆိပၤစၢၤတၢ်ဘၣ်ယးဒီးတၢ်အံၤ ဒီးပၤ လီၤတၢ် တိၣ်ကျဲၤလၢအလီၢ်အကျဲၤန့ၣ်လီၤ.

ကသံၣ်မၤသံတၢ်ဆါယၢ်လၢတၢ်ဆါဘၣ်ကဲအဂီၢ်

တဘျီဘျီတၢ်သံတၢ်ပျံၤအိၣ်ထီၣ် မ့ၢ်လၢတၢ်ဆါဘၣ်ကဲအယၢ် အါန့ၢ်ဒီးကသံၣ်ကသီ တၢ်ကိတၢ်ခဲတဖၣ် ဒ်အမ့ၢ်ခဲစၢၣ် မ့တမ့ၢ် သးဖျါခံၣ်တၢ်ဆါန့ၣ်လီၤ. တၢ်ဆါဘၣ်ကဲနးနးကလဲၢ်အဒိတဖၣ်မ့ၢ်ပဲပသိၣ်တၢ်ခုၣ်ဘၣ် ဒီးတၢ်ဂုၤထီၣ်န့ၣ်လီၤ. နဆါတၢ်လၢနကကူစါယါဘျါတၢ်ဆါဘၣ်ကဲတဖၣ် မ့တမ့ၢ် တဒီးသ့န့ၣ်ထီၣ်သးလၢ နတၢ်မ့ၢ်လၢဒီးကတီၢ်-ယံၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့အစၢၤတဖၣ်သ့န့ၣ်လီၤ. ကသံၣ်မၤသံတၢ်ဆါယၢ်တဖၣ် မ့ၢ်ဖဲကသံၣ်ကသီလၢတၢ်စူးကါအိၣ်လၢကကူစါယါ ဘျါတၢ်ဆါဘၣ်ကဲလၢအအိၣ်ထီၣ်ခိဖျိဘဲထံရံၣ်ယါန့ၣ်လီၤ. ကသံၣ်ဖိၣ်အဂၤတနီၤန့ၣ်တၢ်စူးကါအိၣ်သ့ လၢကကူစါဘဲရး(စ)တၢ်ဆါယၢ် မ့တမ့ၢ် တၢ်ဆါဘၣ်ကဲလၢအကဲထီၣ် အသးခိဖျိကူၤန့ၣ်လီၤ. ကသံၣ်ကသီတဖၣ်အံၤ တၢ်ကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်ခိဖျိ IV လီၤ.

တၢ်ကွၢ်ထွဲမၤကိညၢ်တၢ်ဆါ (Palliative Care) နီၤတၢ်ကွၢ်ထွဲပုၤဘူးကသံတဖၣ် (Hospice Care)

နကအဲၣ်ဒီးထၢန့ၣ်လီၤနတၢ်ဆါမုၢ်လၢ်ဘၣ်ယးဒီးနအဲၣ်ဒီးမၤန့ၣ်တၢ်ကွၢ်ထွဲလၢတၢ်လီၤ ဖဲလဲၣ်ဒီးနဲလဲၣ်န့ၣ်လီၤ.

တၢ်ကွၢ်ထွဲမၤကိညၢ်တၢ်ဆါ (Palliative Care) မ့ၢ်ဝဲတၢ်ကူစါယါဘျါ အကျါအကျဲလၢကဟ့ၣ်လီၤတၢ်ကွၢ်ထွဲလၢအမၤမ့ၢ်ထီၣ်တၢ်ဆါန့ၣ်လီၤ. တၢ်ပညိၣ်ကွၢ်စိမ့ၢ်ဝဲ ကဒိသဒါ မ့တမ့ၢ် ကူစါယါဘျါတၢ်ဆါပနီၣ်တဖၣ်ဒီး တၢ်ဆါအ တၢ်ဒိဘၣ်န့ၣ်လီၤ. တၢ်အံၤကြၢၤမ့ၢ်ဝဲတၢ်တီၢ်ကျဲၤအကူ စးထီၣ်လၢတၢ်ယုထီၣ်တၢ်ဆါနးနးကလဲၣ်အခိၣ် ထံးတသီန့ၣ်လီၤ. တၢ်ဟ့ၣ်လီၤတၢ်ကွၢ်ထွဲမၤကိညၢ်တၢ်ဆါ သ့လၢတအိၣ်ဒီးတၢ်ကွၢ် တၢ်မုၢ်လၢလၢနက အိၣ်မူယံၣ်ထဲလဲၣ်ဘၣ်န့ၣ်လီၤ. တၢ်ကွၢ်ထွဲမၤကိညၢ်တၢ်ဆါဟ့ၣ် လီၤတၢ်လၢလၢ်သ့-

- မၤကိညၢ်လီၤတၢ်ဆါဒီးတၢ်ဆါပနီၣ်အဂၤတဖၣ်
- သးအတၢ်တူၢ်ဘၣ်ဒီးသ့ၣ်ဂ့ၢ်သးကျိၤတၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤလၢနၤဒီးနဟံၣ်ဖိယိဖိအဂီၢ်
- မၤစၢၤတၢ်လၢတၢ်မၤတၢ်ဆါတဲၣ်ဒီးတၢ်ကူစါယါဘျါလၢအသဘံၣ်ဘၣ်တဖၣ်

တၢ်ကွၢ်ထွဲပုၤဘူးကသံတဖၣ် (Hospice Care) မ့ၢ်ဝဲတၢ်ကွၢ်ထွဲမၤမ့ၢ်ထီၣ်တၢ် အပတီၢ်လၢတၢ်ဟ့ၣ်လီၤဆူပုၤလၢတၢ်ဒူးတယၢ်လၢကသံကွၢ်လၢဆူညါ ၆ လါ အတီၢ် ပုၤလီၤ. တၢ်ပညိၣ်အိၣ်လၢတၢ်ပၤဆူကွၢ်ထွဲတၢ်ဆါပနီၣ်, တၢ်သံလၢတၢ်မုၢ်တၢ်ခုၣ်, ဒီး တၢ်အိၣ်မူဖဲတၢ်သံဝံၤအလီၢ်ခံန့ၣ်လီၤ. မ့ၢ်လၢနတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ဆူၣ်န့ၣ်ထီၣ် အယိ, တၢ်မုၢ်လၢအဆၢကတီၢ်န့ၣ်ဆိတလဲအသး ဆူတၢ်ဆၢကတီၢ်လၢအကဲဘျါလၢဟံၣ်ဖိယိဖိဒီးတၢ်သကိးတဖၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. တၢ်ကွၢ်ထွဲပုၤဘူးကသံတဖၣ် ဟ့ၣ် လီၤတၢ်န့ၣ်ဘျါလၢတၢ်ကွဲးရဲၣ်လီၤဟံၣ်ဖိယိထီၣ်အီၤခဲလၢ်လၢ တၢ်ကွၢ်ထွဲမၤကိညၢ်လီၤတၢ်ဆါအဂီၢ် ယုၣ်ဒီး-

- တၢ်ကူစါယါဘျါခိဖျိတၢ်မၤမၤနီၢ်ခိတၢ်ဟူးတၢ်ဂဲၤ မ့တမ့ၢ် တၢ်ကူစါယါဘျါခိဖျိတၢ်မၤ မၤတၢ်ဖဲတၢ်မၤ လၢကမၤစၢၤဒူးအိၣ် ထီၣ်တၢ်ဂံၢ်တၢ်ဘါအသီ မ့တမ့ၢ် ကဟ့ၣ်ကယၢ်ဒိ သဒါတၢ်ဂံၢ်တၢ်ဘါ
- ဇွဲလၢ, တၢ်ဒုတၢ်အူ, ဒီးတၢ်ကူစါယါဘျါလၢအမၤပုၤထီၣ်န့ၣ်သကိးသကိးတၢ်အဂၤ တဖၣ်
- တၢ်ကွၢ်ထွဲမၤကိညၢ်လီၤတၢ်လၢကဟ့ၣ်တၢ်အိၣ်ဘုးကသ့ၣ်လၢ ပုၤဟ့ၣ်တၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်တဖၣ်အဂီၢ်
- ဟံၣ်ယိတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ဆူၣ်ဆူပုၤတၢ်စၢၤမၤစၢၤတၢ်တဖၣ် ကမၤစၢၤဒီး တၢ်လုၢ်ထံလုၢ်နီ, နီၢ်ခိမိၢ်ပုၤတၢ်ကဆဲးကဆိ, တၢ်အိၣ်တၢ်အိတၢ် ဒီးနီၢ်ကစၢ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ် ဆူၣ်လီၣ် ဘၣ်အဂၤတဖၣ်
- သိၣ်လိပုၤမုၢ်သးမၤကလိတၢ်တဖၣ်လၢတၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤအဂီၢ် ဒ်အမ့ၢ် တၢ်မၤစု ထံးခိၣ်ထံးတၢ်မၤဒီးတၢ်ကတဲၣ်ကတီၢ်တၢ်အိၣ်တၢ်ဆိ
- ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤတၢ်မၤစၢၤတဖၣ်လၢပုၤဟ့ၣ်တၢ်ကွၢ်ထွဲတဖၣ်အဂီၢ် ပုၤယုၣ်ဒီး တၢ် ဟ့ၣ်ကူၣ်တဲသကိးတၢ်သ့ၣ်အုးသးအုးအဂ့ၢ်

တၢ်ဟ့ၣ်မၤဘျဲၣ်နီၢ်ခိကွၢ်ဂီၤဒွဲတဖၣ်

ကွၢ်ထံဆိကမိၣ်တၢ်ဂ့ၢ်နီၢ်ခိတဖၣ်ဘၣ်ယးဒီး တၢ်ဟ့ၣ်မၤဘျဲၣ်နီၢ်ခိကွၢ်ဂီၤဒွဲတဖၣ် ဖဲန မၤတၢ်ဆါတဲၣ်အခါ. ဆဲးလီၤမံၤ ဖဲ www.life-source.org မ့တမ့ၢ် ဟံၣ်လီၤနတၢ်ဆါမုၢ်လၢ်တဖၣ်လၢ နပုၤနီၣ်သိလ့ၣ်လဲစ့ၣ်အဖိခိၣ်.

- အါန့ၢ်ပုၤ ၃၀၀၀ ဂၤလၢ Midwest အဖိခိၣ်တဖၣ်အိၣ်ခိးတၢ်လၢ တၢ်ကွဲးကွဲးဟံးန့ၢ် မၤပုၤနီၢ်ခိကွၢ်ဂီၤအဂီၢ်လီၤ.
- တၢ်ဟ့ၣ်မၤဘျဲၣ်နီၢ်ခိကွၢ်ဂီၤဒွဲတဖၣ် ကမၤစၢၤနဟံၣ်ဖိယိဖိလၢ တၢ်သ့ၣ်အုးသးအုး အကတီၢ်န့ၣ်လီၤ. ပုၤတဂၤမၤပုၤဖျဲး မ့တမ့ၢ် မၤဘျါပုၤအသးသမူသ့တုၤလၢ ၆၀ ဂၤန့ၣ်လီၤ.
- တၢ်အပူၤတအိၣ်လၢနၤ မ့တမ့ၢ် နဟံၣ်ဖိယိဖိအဂီၢ် ဖဲနဟ့ၣ်မၤဘျဲၣ်လီၤနီၢ်ခိကွၢ်ဂီၤဒွဲ တဖၣ်အခါဘၣ်န့ၣ်လီၤ.
- နမ့ၢ်အိၣ်ဒီးတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ဆူၣ်ဆူတၢ်ကိတဲၣ်ခဲအခါဒၣ်လဲၣ်, နဟ့ၣ်မၤဘျဲၣ်လီၤ တၢ် တဖၣ်အံၤသ့န့ၣ်လီၤ.
- တၢ်ဘျဲၣ်တၢ်ဘါဖးဒိၣ်ခဲလၢ် ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤတၢ်ဟ့ၣ်မၤဘျဲၣ်လီၤနီၢ်ခိကွၢ်ဂီၤဒွဲ တဖၣ်လီၤ.
- တၢ်ဟ့ၣ်မၤဘျဲၣ်လီၤနီၢ်ခိကွၢ်ဂီၤဒွဲ န့ၣ် တမၤဘၣ်ဒိ တၢ်ကူၣ်လီၤဘါလီၤတၢ်တီၢ်ကျဲၤတဖၣ် မံၤလၢ်လၢတၢ်ကွၢ်ကဒါကွၢ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ်လီၤ.
- တၢ်ဟ့ၣ်မၤဘျဲၣ်လီၤနီၢ်ခိကွၢ်ဂီၤဒွဲတဖၣ်န့ၣ်တၢ်ဟံၣ်အီၤဒ်တၢ်ခူသ့ၣ်အသိးလီၤ.

တၢ်ဟ့ၣ်မၤဘျဲၣ်လီၤနီၢ်ခိမိၢ်ပုၤဒိတဂၤဆူဖဲအုၣ်တၢ်မၤကွၢ်န့ၣ် တၢ်ကလိၣ်ဘၣ် လံာ်ကွၢ်ဒိလီၤဆိလီၤသးတဖၣ်လီၤ.

ကချေးပဒေကချေးတဆ်ပိတ်ထွဲထိုင်လၢလံာ်တဖၣ် မ့ၣ်ဝဲ တၢ်ကွၢ်ထွဲတၢ်တီၢ်ကျဲၤ လၢ တၢ်ကတဲာ်ကတီၢ်ဆိပၢ်အိၤလံာ်ကွၢ်ဒိတဖၣ်လီၤ.

- မၤပဲၤကချေးပဒေတဖၣ်အံၤတက့ၢ်. နဟ်တၢ်တၢ်သ့ၣ်တဖၣ်အံၤလၢလံာ်ရၤလီၤဖိအပူၤသ့ မ့တမ့ၢ် တြျၢ်သံကွၢ်တၢ်သ့ၣ် တဖၣ်အံၤဒ်နမ့ၢ်လၢအိၤအသိးသ့န့ၣ်လီၤ.
- ကွဲးလီၤနမံၤ, အိၣ်ဖျၢၣ်မ့ၢ်နံၤ, ဒီးတၢ်မၤပဲၤအမ့ၢ်နံၤဖဲကချေးပဒေကတၢ်တက့ၢ်စ့ၣ်န့ၣ်တက့ၢ်.
- တဘၣ်ဆဲးလီၤမံၤဖဲ အကူၣ် ၄ “ပုၤန့ၢ်ဖိန့ၢ်ကမိၤလၢအဖိးသဲးစး” ဖဲကချေးပဒေ ၈ လၢ ၁၀ တုၤလၢနအိၣ်ဒီးပုၤအုၣ်သး မ့တမ့ၢ် ကမ့ၢ်ပီၢ်ရီၤအိၣ်တစုန့ၣ်တက့ၢ်.
- မၤတၢ်အကွဲးဒိတဖၣ်လၢနတၢ်မၤနီၣ်မၤယါတဖၣ်အဂီၢ် ဒီးလၢကဟ့ၣ်ခိဟ့ၣ်နီၤလီၤဒီး ဟံၣ်ဖိယိဖိန့ၣ်တက့ၢ်.
- ဟ့ၣ်ကဒါက့ၤလံာ်ကွၢ်ဒိလၢနမၤပဲၤအိၤဝံၤဆူ နပုၤဟ့ၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ် ထွဲ ဒီး/မ့တမ့ၢ် တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ် ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲပိးလိတဖၣ်လၢ တၢ်ကထၢန့ၣ်လီၤအိၤ ဆူနကသံၣ်ကသီတၢ်မၤနီၣ်မၤယါအပူၤန့ၣ်တက့ၢ်.
- ကွၢ်ကချေးပဒေ ၁၀ လၢ ၁၀ လၢကမၤလိန့ၢ်တၢ်လၢနကဘၣ်မၤအိၤဒီး တၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်တီၢ်ကျဲၤလၢတၢ်ကတဲာ်ကတီၢ်ဆိပၢ်အိၤလံာ် ကွၢ်ဒိန့ၣ်တက့ၢ်.

My Advance Care Plan

ယတာ်ကွာ်ထွဲတာ်တိာ်ကျဲလၢတာ်ကတဲာ်ကတီၤဆိပာ်အီၤ

I have completed this Advance Directive with much thought. This document gives my treatment choices and preferences, and/or appoints a Health Care Agent (also known as Health Care Power of Attorney) to speak for me if I cannot communicate or make my own health care decisions. My Health Care Agent, if named, is able to make medical decisions for me, including the decision to refuse treatments that I do not want.

ယမၤပုၤလံာ် တာ်န့ၣ်လီၤဆိဒီးတာ်ဆိကမိာ်အဂ့ၤကတၢၢ်န့ၣ်လီၤ. လံာ်တီၤလံာ်မိာ်အံၤဟ့ၣ်လီၤယတာ်ကွၢ်စါယါဘျါတာ်ယုထာ်တဖၣ်ဒီးတာ်ဘၣ်သးတဖၣ်. ဒီး/မ့တမ့ာ် ဟ့ၣ်လီၤမူဒါဆုတာ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တာ်ကွၢ်အပုၤခါၣ်စး (ဘၣ်တာ်သ့ၣ် ညါစ့ၢ်ကိးအိၣ်ဒီးတာ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တာ်ကွၢ်ထွဲပီၤရီတာ်စံာ်ညိၣ်ဆါတဲာ်တဲာ်ခွဲးယာ်) လၢ ကကတိာ်တၢ်လၢယဂီၢ် ဝဲယဆဲးကျိးဆဲးကျိးတာ်မ့ာ်တသ့ မ့တမ့ာ် မၤယနီၢ်ကစၢ် တာ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တာ်ကွၢ်ထွဲတာ်ဆါတဲာ်တဖၣ်တသ့ဘၣ်န့ၣ်လီၤ. ယတာ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တာ်ကွၢ်ထွဲပုၤခါၣ်စး. မ့ာ်ယၤထီၣ်အမံၤ. မၤကသံာ်ကသီတာ်ကွၢ်စါယါဘျါတာ်ဆါတဲာ်လၢယဂီၢ်သ့. ပာ်ယုာ်ဒီးတာ်ဆါတဲာ်လၢကဂ့ၢ်လီၢ် တာ်ကွၢ်စါယါဘျါလၢယတဆဲာ်ဒီးအိၣ်န့ၣ်လီၤ.

This document will replace any previous advance directive.

လံာ်တီၤလံာ်မိာ်အံၤကဆိတလဲတာ်န့ၣ်လီၤဆိပာ်စၢၤတာ်လၢအပူၤကွံာ်တခါ လၢလၢန့ၣ်လီၤ.

My name (ယမံၤ): _____

Date (နံၤသီ): _____

My date of birth (ယတာ်အိၣ်ဖျါမ့ာ်နံၤ): _____

My address (ယလိာ်အိၣ်ဆိးထံး): _____

My telephone numbers: (home) (ယလိာ်တဲာ်စီၣ်ဂံာ်တဖၣ် - (ဟံာ်)) _____ (cell.) (ဝဲလ) _____

My initials here indicate a professional medical interpreter helped me complete this document.
ယတာ်ဆဲးလီၤမံၤဝဲအံၤဒီးန့ၣ်ပာ်ဖျါထီၣ် ပုၤဝဲာ်နီၤလၢအဝဲကျိးထံတာ်လၢကသံာ်ကသီ တကပၤ မၤစၢၤယၤလၢယကမၤပုၤလံာ်တီၤလံာ်မိာ်အံၤန့ၣ်လီၤ.

Part 1: My Health Care Agent (Also Known as Health Care Power of Attorney)

အကူာ် 1 - ယတာ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တာ်ကွၢ်ထွဲပုၤခါၣ်စး

(ဘၣ်တာ်သ့ၣ်ညါစ့ၢ်ကိးအိၣ်ဒီး တာ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တာ်ကွၢ်ထွဲပီၤရီတာ်စံာ်ညိၣ်ဆါတဲာ်တဲာ်ခွဲးယာ်)

If I cannot communicate my wishes and health care decisions due to illness or injury, or if my health care team determines that I cannot make my own health care decisions, I choose the person named below to communicate my wishes and make my health care decisions. My health care agent must:

- Follow my health care instructions in this document
- Follow any other health care instructions I have given to him or her
- Make decisions in my best interest and in accordance with accepted medical standards

ယဆဲးကျိးဝဲသကိးယတာ်အိၣ်ဒီးတဖၣ် ဒီးတာ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တာ်ကွၢ်ထွဲတာ်ဆါ တဲာ်တဖၣ် မ့ာ်လၢတာ်ဆူးတာ်ဆါ မ့တမ့ာ် တာ်ဘၣ်ဒိဘၣ်ထံးအယိ, မ့တမ့ာ် ဝဲ ယတာ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တာ်ကွၢ်မ့ာ်ဆါတဲာ်လၢ ယမၤယတာ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တာ်ကွၢ်ထွဲတာ်ဆါ တဲာ်လၢယနီၢ်ကစၢ်ဒၣ်ယမ့ာ်တသ့ဘၣ်န့ၣ်လီၤ. ယယုထာ်ပုၤအမံၤလၢလဲာ်လၢ ကဆဲးကျိးဝဲသကိးယဆဲာ်ဒီးဒီးမၤယတာ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တာ်ကွၢ်ထွဲတာ်ဆါတဲာ်တဖၣ် သ့န့ၣ်လီၤ. ယတာ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တာ်ကွၢ်ထွဲပုၤခါၣ်စးကဘၣ်-

- မၤပီၢ်ထွဲယတာ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တာ်ကွၢ်ထွဲတာ်န့ၣ်ကျဲတဖၣ်လၢလံာ်တီၤလံာ်မိာ်အံၤ အပူၤ
- မၤပီၢ်ထွဲတာ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တာ်ကွၢ်ထွဲတာ်န့ၣ်ကျဲအဂၤတမံၤလၢလၢ ယဟ့ၣ်လီၤ ဆုအဝဲအဆိၣ်
- မၤတာ်ဆါတဲာ်တဖၣ်လၢယတာ်သးဝဲအဂ့ၤကတၢၢ်အပူၤ ဒီးန့ၣ် ကသံာ်ကသီအတီၤ ပတီၢ်လၢတာ်တူၢ်လီၢ်အီၤအပူၤ

Requirements for Who May Be an Agent or Health Care Power of Attorney Under State Law

တၢ်လိာ်ဘၣ်တဖၣ်လၢပုၤလၢအကဲပုၤခၢၣ်စး မ့တမ့ၢ် တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ဆူၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲတၢ်ဖျါတၢ်စံၣ်ညီၣ်ဆၢတဲာ်တၢ်ခွဲးယၢ် လၢကီၢ်ဖဲၣ်သဲးတၢ်သိၣ်တၢ်သီအဖီလၢ်

Iowa: My agent cannot be a health care provider caring for me on the date I sign this document. My agent also cannot be an employee of a health care provider unless related to me by blood, marriage, or adoption within the third degree of relation.

ဆဲၣ်အိၣ် (Iowa)– ယပုၤခၢၣ်စးန့ၣ် ကဲပုၤဟ့ၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ဆူၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲတၢ်ဖျါတၢ်စံၣ်ညီၣ်ဆၢတဲာ်တၢ်ခွဲးယၢ် တသ့ ဝဲမ့ၢ်န့ၣ်လၢယဆဲးလီၤမံၤလၢလံာ်တီၢ်လံာ်မိအံၤအဖီခိၣ် တသ့ဘၣ်. ယပုၤခၢၣ်စးန့ၣ် ကဲပုၤဟ့ၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ဆူၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲတၢ်ဖျါတၢ်စံၣ်ညီၣ်ဆၢတဲာ်တၢ်ခွဲးယၢ် တသ့ မ့တမ့ၢ်လၢဘၣ်ထွဲဘၣ်ယးဒီးယၢ် ဒီဖျါသ့ၣ်, တၢ်ဖျါ, မ့တမ့ၢ် တၢ်လုၢ်ဖီလၢ အအိၣ်လၢတၢ်ဘၣ်ထွဲဒီးလၢအမၤကမၣ်ကွီၢ်မ့ၣ်အစၢ်ကတၢၢ်တပတီၢ်န့ၣ်လီၤ.

Minnesota: My agent must be an adult. My agent cannot be a health care provider or employee of a health care provider giving me direct care unless I am related to that person by blood or marriage, registered domestic partnership, or adoption or unless I have specified otherwise in this document (Specify here: _____).

In addition, a person appointed to determine my capacity to make decisions cannot be my agent.

မံၣ်န့ၣ်စီထံၣ် (Minnesota)– ယပုၤခၢၣ်စးန့ၣ် ကဘၣ်မ့ၢ်ပုၤနီၢ်ဒိၣ်လၢအဒိၣ်တုၣ်ခိၣ်ပုၤန့ၣ်လီၤ. ယပုၤခၢၣ်စးန့ၣ်ကဲ ပုၤဟ့ၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ဆူၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲတၢ်ဖျါတၢ်စံၣ်ညီၣ်ဆၢတဲာ်တၢ်ခွဲးယၢ် မ့တမ့ၢ် ပုၤဟ့ၣ် တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ဆူၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲတၢ်ဖျါတၢ်စံၣ်ညီၣ်ဆၢတဲာ်တၢ်ခွဲးယၢ်မအပုၤမၤတၢ်ဖီလၢဟ့ၣ်ယၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲ လီၤ လီၤ တသ့ မ့ၢ်လၢယဘၣ် ထွဲဒီးပုၤအဝဲန့ၣ် ဒီဖျါသ့ၣ် မ့တမ့ၢ် တၢ်ဖျါ, မၤဝဲတၢ်ဘၣ်ထွဲ လီၢ်သးလၢအဆဲးလီၤမံၤ, မ့တမ့ၢ် တၢ်လုၢ်ဖီ မ့တမ့ၢ်ဘၣ်လၢ ယဒုးန့ၣ်ပၢ်ဖျါထီၣ် လၢ လံာ်တီၢ်လံာ်မိအံၤအပုၤဘၣ် (ပၢ်ဖျါထီၣ်ဝဲအံၤ – _____).

ဒ်န့ၣ်အသိး, ပုၤလၢတၢ်ဟ့ၣ်လီၤအီၤမူဒါလၢကဆၢတဲာ် ယတၢ်သ့တၢ်ဘၣ် လၢ တၢ်မၤတၢ်ဆၢတဲာ်တဖၣ်န့ၣ် ကဲယပုၤခၢၣ်စးတသ့ဘၣ်.

North Dakota: My agent must be an adult. My agent cannot be: 1) my health care provider; 2) someone who is an employee of my health care provider but is not related to me; 3) my long term care services provider; or 4) someone who is an employee of my long term care services provider but is not related to me.

နီး(သ)ခါဒီထံၣ် (North Dakota)– ယပုၤခၢၣ်စးန့ၣ် ကဘၣ်မ့ၢ်ပုၤနီၢ်ဒိၣ်လၢအဒိၣ်တုၣ်ခိၣ်ပုၤန့ၣ်လီၤ. ယပုၤခၢၣ်စးကဲ ၁) ယပုၤဟ့ၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ဆူၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲတၢ်ဖျါတၢ်စံၣ်ညီၣ်ဆၢတဲာ်တၢ်ခွဲးယၢ်, ၂) ပုၤတဂၤလၢအမ့ၢ် ယပုၤဟ့ၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ဆူၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲတၢ်ဖျါတၢ်စံၣ်ညီၣ်ဆၢတဲာ်တၢ်ခွဲးယၢ်အပုၤမၤတၢ်ဖီ ဘၣ်ဆၢတဘၣ်ထွဲဒီး ယၢ်, ၃) ယပုၤဟ့ၣ် ကတီၢ်ယံာ်တၢ်ကွၢ်ထွဲတၢ်ဖျါတၢ်စံၣ်ညီၣ်ဆၢတဲာ်တၢ်ခွဲးယၢ်, မ့တမ့ၢ် ၄) ပုၤတ ဂၤလၢအမ့ၢ် ယ ပုၤဟ့ၣ်ကတီၢ်ယံာ်တၢ်ကွၢ်ထွဲတၢ်ဖျါတၢ်စံၣ်ညီၣ်ဆၢတဲာ်တၢ်ခွဲးယၢ်အပုၤမၤတၢ်ဖီ ဘၣ်ဆၢတဘၣ်ထွဲဒီးယၢ်ဘၣ်န့ၣ်လီၤ.

South Dakota: My agent must be an adult.

ကလံာ်ထံးဒါဒီထံၣ် (South Dakota)– ယပုၤခၢၣ်စးန့ၣ် ကဘၣ်မ့ၢ်ပုၤနီၢ်ဒိၣ်လၢအဒိၣ်တုၣ်ခိၣ်ပုၤန့ၣ်လီၤ.

The ACP of (ကွဲးလီၤမံၤ) _____ (print name)
Birth Date (အတၢ်မၤဆီတၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်ရဲၣ်တၢ်က့ၤ (ACP) အိၣ်ဖျါ) အိၣ်ဖျါ နံၤသ့) _____ Completion Date (ဝံၤအမ့ၢ်န့ၣ်) _____



My Primary (Main) Health Care Agent Is:

ယက်ခိဉ်ထံး (အရူခိဉ်) တာ်အိဉ်ဆူဉ်အိဉ်ချူတာ်ကွာ်ထွဲပုၤခါဉ်စးမ့ါဝဲ -

Name (မံါ): _____ Relationship (တာ်ဘဉ်ထွဲ): _____

Telephone numbers: (H) လိတဲစိနီဉ်ဂံာ်တဖဉ် - (H) _____ (C (C)) _____
(W (W)) _____

Full address (လိာ်အိဉ်ဆိးထံးအလာအပဲါ): _____

If my primary agent is not willing, able, or reasonably available to make health care decisions for me, I choose an alternate Health Care Agent.

ယက်ခိဉ်ထံးပုၤခါဉ်စးမ့ါတအဲဉ်ဒီး, မၤဝဲတသ့, မ့တမ့ါ တအိဉ်ဝဲလၢအကြး အဘဉ်လၢကမၤတာ်အိဉ်ဆူဉ်အိဉ်ချူတာ်ကွာ်ထွဲတာ်ဆၢတဲာ်လၢယက်ခိဉ်န့ဉ်, ယယု ထၢတာ်အိဉ်ဆူဉ်အိဉ်ချူတာ်ကွာ်ထွဲပုၤခါဉ်စးအဂၤတဂၤလိာ်.

My Alternate Health Care Agent Is:

ယတာ်အိဉ်ဆူဉ်အိဉ်ချူတာ်ကွာ်ထွဲပုၤခါဉ်စးအဂၤတဂၤမ့ါဝဲ -

Name (မံါ): _____ Relationship (တာ်ဘဉ်ထွဲ): _____

Telephone numbers: (H) လိတဲစိနီဉ်ဂံာ်တဖဉ် - (H) _____ (C (C)) _____
(W (W)) _____

Full address (လိာ်အိဉ်ဆိးထံးအလာအပဲါ): _____

Powers of My Health Care Agent:

ယတာ်အိဉ်ဆူဉ်အိဉ်ချူတာ်ကွာ်ထွဲပုၤခါဉ်စးအတာ်စိတာ်ကမိၤ-

My Health Care Agent automatically has all the following powers when I do not have the capacity to make decisions and/or I am unable to communicate for myself:

ယတာ်အိဉ်ဆူဉ်အိဉ်ချူတာ်ကွာ်ထွဲပုၤခါဉ်စးန့ဉ် အိဉ်ဒီးတာ်စိတာ်ကမိၤပိာ်ထွဲလၢ လၢဝဲလၢအဂီၢ်တဘျီယိ ဝဲယတအိဉ်ဒီးတာ်သ့တာ်ဘဉ်လၢကမၤတာ်ဆၢတဲာ်တဖဉ် ဒီး/မ့တမ့ါ ယတဲာ်လၢယနီၢ်ကစၢ်ဒုဉ်အဂီၢ်မ့ါတသ့ဘဉ်အခါ -

A. Agree to, refuse, or cancel decisions about my health care. This includes tests, medications, surgery, withdrawing or starting artificial nutrition and hydration (such as tube feedings or IV (intravenous) fluids), and other decisions related to treatments. If treatment has already begun, my agent can continue it or stop it based on my instructions.

အာဉ်လိာ်တူာ်လိာ်, ဂ့ၢ်လိာ်, မ့တမ့ါ ဆိကတီာ်တာ်ဆၢတဲာ်ဘဉ်ယးဒီးယတာ်အိဉ် ဆူဉ်အိဉ်ချူတာ်ကွာ်ထွဲ. တာ်အံၤပုဉ်ယုာ်ဒီးတာ်မၤကွာ်, ကသံဉ်ကသီ, တာ်ကူးကွဲးယါဘျါ, တာ်ဆိကတီာ် မ့တမ့ါ စးထီဉ်တာ်အိဉ်န့ဉ်ဂံာ်န့ဉ်ဘါဒီးတာ်ထံတာ်နီၢ်လၢတာ်ဟ့ဉ်အီၤလၢပိာ်ဘိတဖဉ် (ဒ်အမ့ါ တာ်ဟ့ဉ်တာ်အီၤလၢပိာ်ဘိ မ့တမ့ါ IV (တာ်ဆဲးကသံဉ်လၢသ့ဉ် ကျါ) တာ်အထံအနီၢ်), ဒီးတာ်ဆၢတဲာ်အဂၤလၢအဘဉ်ထွဲဒီးတာ်ကူစါယါဘျါတဖဉ်န့ဉ်လိာ်. တာ်ကူစါယါဘျါမ့ါစးထီဉ်လံအသးတခီ, ယပုၤခါဉ်စးဆဲးမၤဝဲတာ်အံၤ မ့တမ့ါ ပတုဉ်တာ်အံၤဒီးသန့ၤထီဉ်အသးလၢယတာ်န့ဉ်ကျဲအဖီခိဉ်သ့န့ဉ်လိာ်.

B. Interpret any instruction in this document based on his or her understanding of my wishes, values and beliefs.

တဲာ်ထီဉ်တာ်န့ဉ်ကျဲတမံၤလၢလၢလံာ်တီလံာ်မိအံၤအပူၤ ဒီးသန့ၤထီဉ် အ သးလၢအဝဲအတာ်န့ဉ်ပာ်လၢယတာ်အဲဉ်ဒီး. တာ်ပာ်လုာ်ပာ်ပူၤတဖဉ်ဒီးတာ်န့ဉ် တဖဉ် အဖီခိဉ်န့ဉ်လိာ်.

The ACP of (ကွဲးလိာ်မံါ) _____ (print name)
Birth Date (အတာ်မၤဆိတာ်ကွာ်ထွဲ တာ်ရဲဉ်တာ်ကျဲ (ACP) အိဉ်ဖျဲဉ်) အိဉ်ဖျဲဉ် နံၤသ့ါ _____ Completion Date (ဝံါအမ့ါန့ါ) _____

C. Review and release my medical records and personal files as needed for my health care, as stated in the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

ကွန်ကရီးဒီးထူးထိုင်ရလီယကသံကသီတံမနီနီမယါတဖန် ဒီးနီ ကစလံင်တြိတ်တဖန်အလိင်အိင်အသီးလယတံအိင်အိင်ချွတ်ကွင်ထွဲအဂီ၊ နီဘင် တံပင်ဖျါအီလတံအိင်အိင်ချွတ်အိင်ချွတ်ကီလတံအိင်အိင်ချွတ်အိင်ချွတ်ဒီးတံသုဟံမူဒါတံသိင်တံသီ ၁၉၉၆ (HIPAA) အမိခိင်လီ၊

D. Arrange for my health care and treatment in a location he or she thinks is appropriate.

ရဲင်ကျဲလယတံအိင်အိင်ချွတ်ကွင်ထွဲဒီးတံကူစါယါဘျါအဂီ လတံလီ တံကျဲလယအဝဲအိင်အိင်လါကြားဝဲဘင်ဝဲအပူနီလီ၊

E. Decide which health care providers and organizations provide my health care.

ဆါတံလတံအိင်အိင်ချွတ်ကွင်ထွဲပုဟ်ဟ်တံမၤစၤတဖန်ဒီး တံကရၢက ရီတဖန်ဟ်လီယတံအိင်အိင်ချွတ်ကွင်ထွဲနီလီ၊

F. Make decisions about organ and tissue donation according to my instructions in Part 2 of this document.

မၤတံဆါတံဘင်ဘင်ဒီးတံဟ်ဟ်တံမၤဘျုင်နီခိင်ကွင်ဂီ၊ ဒီးထံးရှုတဖန် ယ တံနဲင်ကျဲဟဲဝဲလါ လံင်တံလံင်မိအံအကူ ၂ အပူအသီးနီလီ၊

Comments or limits on the above (တံဟ်ဟ်ကူ မ့တမံ တံပင်ပနီင်လါထံး)- _____

Blank lines for writing comments or limits on the above.

The ACP of (ကွဲးလီမံ) _____ (print name)
Birth Date (အတံမၤဆိတံကွင်ထွဲ တံရဲင်တံကျဲ (ACP) အိင်ဖျင်) အိင်ဖျင် နံသီ _____ Completion Date (ဝံအမုင်နီ) _____



Additional Powers of My Health Care Agent:

ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲ အပူၤခၢၣ်စးအတၢ်စိကမိၤအဂၤတဖၣ်

My initials below indicate I also authorize my health care agent to:

ယတၢ်ဆဲးလီၤမံၤလၢလၢ ဟံၣ်ဖျါထီၣ်လၢ ယဟ့ၣ်စိဟ့ၣ်ကမိၤစ့ၢ်ကိး ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲ အပူၤခၢၣ်စးလၢက-

Make decisions about the care of my body after death.

မၤတၢ်ဆၢတဲာ်ဘၣ်ပး တၢ်ကွၢ်ထွဲယနီၢ်ခိမိၢ်ပှါဖဲယစူးကွၢ်သးဝံၤအလီၢ်ခဲန့ၣ်လီၤ.

If I live in North Dakota or Minnesota, my initials below indicate I also authorize my health care agent to:

ယမ့ၢ်အိၣ်လၢ ကလံၤစိးဒီးခိထၣ်(*North Dakota*) မ့တမ့ၢ် မံၣ်န့ၣ်စိထၣ် (*Minnesota*) အယိ, ယတၢ်ဆဲးလီၤမံၤလၢလၢ ကဟံၣ်ဖျါထီၣ်လၢ ယဟ့ၣ်တၢ်စိတၢ်ကမိၤဆူ ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ တၢ်ကွၢ်ထွဲခၢၣ်စးလၢက-

Continue as my health care agent even if our marriage or domestic partnership is legally ending or has been ended.

ဆဲးမၤတၢ်ဒ်ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲအပူၤခၢၣ်စး ဖဲတၢ်မၤကတၢၢ် ပတၢ်ဒီးတုဒီးဖျါသး မ့တမ့ၢ် တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ ယုာ်သကိး တပူၤယိလၢဟံၣ်ပှါဒ်မၤဝါအသိးအဖၢမ့ၢ် မ့တမ့ၢ် ကတၢၢ်ကွၢ်လံၤအခါန့ၣ်လီၤ.

Make health care decisions for me even if I am able to decide or speak for myself, if I so choose.

မၤတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲအတၢ်ဆၢတဲာ်လၢယဂီၢ်ဖဲ ယဆၢတဲာ် မ့တမ့ၢ် တဲာ်လၢယနီၢ်ကစၢ် ဒၣ်ယဲအဂီၢ်သ့အခါ, ဒီးယယုထၢလၢယကပျဲအိၣ်အခါန့ၣ်လီၤ.

Part 2: My Health Care Instructions

အကူၣ် ၂- ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲအတၢ်နဲၣ်လီၤတဖၣ်

My choices and preferences for health care are indicated below. I ask my Health Care Agent to communicate these choices, and my health care team to honor them, if I cannot communicate or make my own choices.

ယမၤယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲ အပူၤခၢၣ်စးလၢ ကတဲဒုးသ့ၣ်ညါ တၢ်ယုထၢတဖၣ်အံၤ, ဒီးယပူၤကွၢ်ထွဲတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ တၢ်မၤကရှၢ် ကဘၣ်လူၤပိာ်မၤထွဲအိၣ်, ဖဲယတဲာ်ဒီးအဝဲသ့ၣ် မ့ၢ်တသ့ မ့တမ့ၢ် မၤယနီၢ်ကစၢ်အတၢ်ယုထၢမ့ၢ်တသ့အခါန့ၣ်လီၤ.

I have initialed a box below for the option I prefer for each situation.

ယဆဲးလီၤမံၤဖဲတၢ်ဟံၣ်ပှါနီၣ်အလီၢ်လၢလၢအံၤလၢ တၢ်ယုထၢလၢယအဲၣ်ဒီးမၤအိၣ်လၢ တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ တခါစ့ၣ်စ့ၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ.

Note: You do not need to write instructions about treatments to extend your life, but it is helpful to do so. If you do not have written instructions, your agent will make decisions based on your spoken wishes, or in your best interest if your wishes are unknown

တၢ်နီၣ်- နတလိၣ်ဘၣ်လၢ ကကွဲးတၢ်နဲၣ်လီၤဘၣ်ထွဲ တၢ်ကူၣ်စါယါဘျါလၢ ကမၤထီထီၣ်နသးသမ့, ဘၣ်ဆၣ် ကဲထီၣ်တၢ်မၤစၢၤလၢ တၢ်ကမၤအိၣ်အဂီၢ်လီၤ. နမ့ၢ်တအိၣ်ဒီး တၢ်နဲၣ်လီၤလၢ တၢ်ကွဲးဟံၣ်လီၤအိၣ်တဖၣ်အယိ, နပူၤခၢၣ်စးကမၤတၢ်ဆၢတဲာ်တဖၣ်လၢ အဒီးသန့ၤထီၣ်အသးလၢ နတၢ်မိၣ်န့ၣ်သးလီၤလၢ နတဲာ်အိၣ်တဖၣ်, မ့တမ့ၢ် တၢ်မ့ၢ်တသ့ၣ်ညါ နတၢ်မိၣ်န့ၣ်သးလီၤတဖၣ်အယိ တၢ်ကမၤအိၣ်လၢ နတၢ်သးဖဲအဂၤကတၢၢ်လၢနဂီၢ်လီၤ.

The ACP of (ကွဲးလီၤမံၤ) _____ (print name)
Birth Date (အတၢ်မၤဆိတၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်ရဲၣ်တၢ်ကွဲး (ACP) အိၣ်ဖျါ) အိၣ်ဖျါ နံၤသ့ _____ Completion Date (ဝံၤအမ့ၢ်န့ၣ်) _____

A. Cardiopulmonary Resuscitation: A Decision for the Present

တၢ်မၤကၤဒါကၤဒါးသးဖျၢၣ်ဒီးပသိၣ်ကၤမၤကၤတၢ်အဂီၢ် (Cardiopulmonary Resuscitation) တၢ်ဆၢတဲာ်လၢ ကတီၢ်အံၤအဂီၢ်

This decision refers to a treatment choice I am making today based on my current health. **Section C below (Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future)** indicates treatment choices I want if my health changes in the future and I cannot communicate for myself.

တၢ်ဆၢတဲာ်အံၤ တၢ်ကဘၣ်ကွၢ်သတြၢအိၣ်ဒီး တၢ်ကူစါယါဘျါအတၢ်ကွၢ်ထွဲလၢ ယမၤအိၣ်တနံၤအံၤ လၢအဒီးသန့ၤထီၣ်အသးလၢ ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ် ချူတၢ်အိၣ်သးခဲအံၤအဖီခိၣ်လီၤ. အကူၣ် ၈ လၢလၢာ် (တၢ်ကူစါယါဘျါလၢ ကမၤထီၣ်ထီၣ်ယသးသမူ- တၢ်ဆၢတဲာ်လၢ ခါဆူညါအဂီၢ်) ပၤဖျါထီၣ် တၢ်ကူစါယါဘျါအတၢ်ယုထၢလၢတဖၣ်လၢ ယလိၣ်ဘၣ်အိၣ် ဖဲယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချူဆီတလဲသးလၢ ခါဆူညါဒီး ယတဲာ်ယတၢ်လိၣ်ဘၣ်လၢ ယနီၢ်ကစၢ်ဖၣ်ယဲတသ့ဘၣ် အခါန့ၣ်လီၤ.

CPR is a treatment used to attempt to restore heart rhythm and breathing when they have stopped. CPR may include chest compressions (forceful pushing on the chest to make the blood circulate), medications, electrical shocks, a breathing tube, and hospitalization.

CPR န့ၣ် မ့ၢ်တၢ်ကူစါယါဘျါလၢ တၢ်စူးကါအိၣ်လၢ ကမၤစံၣ်ထီၣ်ကဒါကၤဒါယသးဒီး ယတၢ်သါထီၣ်သါလီၤ ဖဲအအိၣ်ပတုၣ်ကွၢ်အလီၢ်ခဲန့ၣ်လီၤ. အပူၤကပုၣ် ယုၣ်ဒီး တၢ်ဆိၣ်တၢ်လီၤဖဲသးနါပုၢ် (တၢ်ဆိၣ်တၢ်လီၤသးနါပုၢ်ဒီးသိး ကမၤလဲၤတရံး သ့ၣ်အတၢ်လဲၤတၢ်က့ၤ), ကသံၣ်ကသီ, တၢ်ထိးဒီးအိၣ်လဲၤထြဲး, တၢ်ထၢန့ၣ်လီၤတၢ်ကသါ ကျိတိ, ဒီးတၢ်ဘၣ်ထီၣ်တၢ်ဆါပံၣ်တဖၣ်န့ၣ်လီၤ.

I understand that CPR can save a life but does not always work. I also understand that CPR does not work as well for people who have chronic (long-term) diseases or impaired functioning, or both. I understand that recovery from CPR can be painful and difficult.

ယန့ၢ်ပၢ်လၢ CPR န့ၣ် မၤစၢၤသးသမူသ့ ဘၣ်ဆၣ် တမၤတၢ်ထီၣ်ဘၣ်န့ၣ်လီၤ. ယသ့ၣ်ညါစ့ၢ်ကိးလၢ CPR န့ၣ် တမၤတၢ်လၢ ပုၤလၢအိၣ်ဒီးတၢ်ဆါထၢ (ကတီၢ်ထီ) တၢ်ဆူးတၢ်ဆါ မ့တမ့ၢ် အနီၢ်ခိတၢ်မၤကျိၤကျဲတဘၣ်လိၣ်ဘၣ်စး. မ့တမ့ၢ် ခံမံၤလၢာ်အဂီၢ်ဂ့ၤဂ့ၤဘၣ်န့ၣ်လီၤ. ယန့ၢ်ပၢ်လၢ တၢ်ကိညၢ်ထီၣ်က့ၤဖဲတၢ်မၤ CPR ဝံၤအလီၢ်ခဲ ကဆါဒီးကိးခဲသ့န့ၣ်လီၤ.

Therefore (initial one)

လၢတၢ်န့ၣ်အယိ (ဃုထၢဆဲးလီၤမံၤတခါ)

I want CPR attempted if my heart or breathing stops.
ယသးလီၤလၢ တၢ်ကမၤကွၢ်ယၤ CPR ဖဲယသးဖျၢၣ် မ့တမ့ၢ် တၢ်ကသါပတုၣ်အခါန့ၣ်လီၤ.

Or (မ့တမ့ၢ်)

I want CPR attempted if my heart or breathing stops based on my current state of health. However, in the future if my health has changed, then my agent or I (if I am able) should discuss CPR with my health care team. My choices in **Section B: Treatment Preferences and Section C: Treatments to Prolong My Life** below should be considered when making this decision. Examples of when my health has changed include:

ယသးလီၤလၢ တၢ်ကမၤကွၢ်ယၤ CPR ဖဲယသးဖျၢၣ် မ့တမ့ၢ် တၢ်ကသါ ပတုၣ် ဒီးသန့ၤ ထီၣ် အသးလၢ ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချူတၢ်အိၣ်သးခဲအံၤန့ၣ် လီၤ. CPR နီၣ်ဂ့ၤ, ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချူဖဲခါဆူညါ မ့ၢ်ဆီတလဲအသးအယိ, ယပုၤခါၣ်စး မ့တမ့ၢ် ယၤ (ယမၤမ့ၢ်သ့) ကြားတဲသကိး အဂ့ၢ်ဒီး ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချူတၢ်ကွၢ်ထွဲကရူၢ်န့ၣ်လီၤ. ယတၢ်ယုထၢလၢ အကူၣ် ၈ အပူၤ- တၢ်ကူစါယါဘျါအတၢ်ဘၣ်သးဒီး အကူၣ် ၈- တၢ်ကြားဆီကမိၣ်တၢ်ဂ့ၢ်လၢလၢာ် ဖဲတၢ်မၤတၢ်ဆၢတဲာ် အခါလီၤ.

The ACP of (ကွဲးလီၤမံၤ) _____ (print name)
Birth Date (အတၢ်မၤဆီတၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်ရဲၣ်တၢ်က့ၤ (ACP) အိၣ်ဖျၢၣ်) အိၣ်ဖျၢၣ် နံၤသ့ၤ _____ Completion Date (ဝံၤအမုၢ်နံၤ) _____

- have an incurable illness or injury and am dying
ယအိန်ဒီးတန်ဆူးတန်ဆါ မှတမ့် တန်ဘဉ်ဒီဘဉ်ထံးလါ တန်ကူစါယါဘျါအီတသ့ဒီး ဘူးယကသံ
- have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops
ယတအိန်ဒီး တန်မုန်လါအကြါးအဘဉ်လါ ယကအိန်မုဖဲယသးဖျါ မှတမ့် ယတန်သါထီဉ်သါလီ ပတုဉ်အခါ
- have little chance of long-term survival if my heart or breathing stops and CPR would cause significant suffering
ယအိန်ဒီးတန်ခွဲးတန်ယဉ်ထဲတဖဲဖဲလါ ယကအိန်မုလါကတီထီဖဲယသးဖျါ မှတမ့် ယတန်သါထီဉ်သါလီ ပတုဉ်အခါဒီး CPR ကဒုးအိဉ်ထီဉ် တန်တုဉ်ဘဉ်လါအခိဉ်အမုန်

Or (ဘ)

I do not want CPR attempted if my heart or breathing stops. I want to allow a natural death. I understand if I choose this option I should see my health care provider about writing a Do Not Resuscitate (DNR) order.

ယသးဖျါ မှတမ့် ယတန်သါထီဉ်သါလီမုန်ပတုဉ်အယိ ယတသးလီ CPR ဘဉ်. ယအိန်ဒီးပျဲတန်သံဒ်န့ဆာဉ်အသီးလီ. ယနန်ပာ်လါ ယမုန်ယုထါတန်ယုထါအံးန့ဉ် ယကြါးထံဉ်လိဉ်သးဒီး ပုလါအဟ့ဉ်ယါ တန်အိဉ်ဆူဉ်အိဉ်ချ့တန်ကွဉ်ထွဲဘဉ်ယး တန်ကွဲး တလိဉ် မၤကသါထီဉ်က့တန် (Do Not Resuscitate (DNR)) အတန်န့ဉ်လီအဂီၢ်န့ဉ်လီ.

B. Treatment Choices: My Health Condition

တန်ကူစါယါဘျါအတန်ယုထါတဖဉ်- ယတန်အိဉ်ဆူဉ်အိဉ်ချ့တန်အိဉ်သး

My treatment choices for my specific health condition(s) are written here. With any treatment choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and liquids by mouth if I am able to swallow.

ယတန်ကူစါယါဘျါအတန်ယုထါလါ ယတန်အိဉ်ဆူဉ်အိဉ်ချ့တန်အိဉ်သး(တဖဉ်)အဂီၢ်န့ဉ် ဘဉ်တန်ကွဲးလီအီဖဲအံးန့ဉ်လီ. ဖဲယယုထါ တန်အိဉ်ဆူဉ်အိဉ်ချ့တန် ယုထါ ထီရီတမံးန့ဉ်, ယနန်ပာ်လါ ယကဆဲးမၤန့ဉ် ကသံဉ်ဖိဉ်လါ တန်ဆူးတန်ဆါဒီး တန်မၤမုဉ်ထီဉ်က့တန်အဂီၢ်, တကတီဖိ တန်ကဒုးအိဉ်ဒုးအီယါ တန်အိဉ်တန်အီဒီးတန်ထံတန်နီ ဖဲယယုဉ်လီတန်မုန်န့ဉ်အခါန့ဉ်လီ.

My initials here indicate additional documents are attached.

ယတန်ဆဲးလီမံးဖဲအံးပဉ်ဖျါလါ တန်ဘျးဖဲယုဉ်ဒီးလံဉ်တိလံဉ်မိတဖဉ်လီ.

The ACP of (ကွဲးလီမံး) _____ (print name)
 Birth Date (အတန်မၤဆိတန်ကွဲး တန်ရဲဉ်တန်က့ (ACP) အိဉ်ဖျါ) အိဉ်ဖျါ နံးသါ _____ Completion Date (ဝံးအမုန်နံး) _____

C. Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future

တၢ်ကူစါယါဘျါလၢ ယထုးယံာ်ထီၣ်ယသးသမူ- တၢ်ဆၢတဲာ်လၢခါဆူညါအဂီၢ်

If I can no longer make decisions for myself, and my health care team and agent believe I will not recover my ability to know who I am, I want (Initial One):

ယမၤတၢ်ဆၢတဲာ်လၢယနီၣ်ကစၢ်အဂီၢ်တသ့လၢဘၣ်အယီၤ, ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ၣ်တၢ်ကွၢ်ထွဲ အကရူၢ်ဒီး ပုၤစၢၣ်စးမ့ၢ်န့ၣ်လၢ ယတမၤန့ၣ်ကဒါက့ၤ ယတၢ်သ့တၢ်ဘၣ်လၢ ကသ့ၣ်ညါလၢယမ့ၢ်မတၤအယီၤ, ယအဲၣ်ဒီး (ဃုထၢဆဲးလီၤမံၤတေၢ်)-

NOTE: With either choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and liquids by mouth if I am able to swallow.

တၢ်နီၣ်- ဝဲယဃုထၢ တၢ်ဃုထၢ ထီၣ်ရီၤတမံၤန့ၣ်, ယန့ၣ်ပၢၢ်လၢ ယကဆဲးမၤန့ၣ် ကသံၣ်ဖီၣ်လၢ တၢ်ဆူးတၢ်ဆါဒီး တၢ်မၤမ့ၢ်ထီၣ်က့ၤတၢ်အဂီၢ်, တကတီၢ်ယီ တၢ်ကဒုးအိၣ်ဒုးအိၣ်ယၤ တၢ်အိၣ်တၢ်အိၣ်ဒီးတၢ်ထံတၢ်နီၣ် ဝဲယဃုထၢလီၤတၢ်မ့ၢ်န့ၣ်အခါန့ၣ်လီၤ.

To stop or withhold all treatments that may extend my life. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings and IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and antibiotics.

ကဘၣ် ပတုၣ် မ့တမ့ၢ် **တြီယာ် တၢ်ကူစါယါဘျါခဲလၢာ်** လၢ ကထုးယံာ်ထီၣ် ယသးသမူန့ၣ်လီၤ. တၢ်အံၤကပၣ်ယုာ် ဘၣ်ဆၣ် တၢ်တပာ်ပနီၣ်အီၤလၢ ကဘၣ်မ့ၢ် တၢ်အိၣ်န့ၣ်ဂံၢ်န့ၢ်ဘါ မ့တမ့ၢ် တၢ်ထံတၢ်နီၣ်လၢ အယီၢ် (အဒိ, တၢ်ဟ့ၣ်ဒုးအိၣ်တၢ်အိၣ်တၢ်အိၣ်ဒီး **IV** (ခိဖျိသ့ၣ်ကျိ) အထံ), တၢ်ကသါဒါ/ တၢ်ကသါစးအပိးလီ (စးကသါစၢၤတၢ်), တၢ်မၤကဒါက့ၤ ဒ်သိးသးဖျၢၣ်ဒီးပသိၣ်ကမၤက့ၤတၢ်အဂီၢ် (CPR), တၢ်သ့ကလုာ်, ဒီးကသံၣ်မၤသံတၢ်ဆါယာ်တဖၣ်န့ၣ်လီၤ.

Or (မ့တမ့ၢ်)

All treatments recommended by my health care team. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings, IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and antibiotics. I want treatments to continue until my health care team and agent agree such treatments are harmful or no longer helpful.

တၢ်ကူစါယါဘျါလၢ တၢ်ဟ့ၣ်ကူၣ်အီၤခဲလၢာ် ခိဖျိလၢပုၤလၢအကွၢ်ထွဲ ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ၣ် ကရူၢ် န့ၣ်လီၤ. တၢ်အံၤကပၣ်ယုာ် ဘၣ်ဆၣ် တၢ်တပာ်ပနီၣ်အီၤလၢ ကဘၣ်မ့ၢ် တၢ်အိၣ်န့ၣ်ဂံၢ်န့ၢ်ဘါ မ့တမ့ၢ် တၢ်ထံတၢ်နီၣ်လၢ အယီၢ် (အဒိ, တၢ်ဟ့ၣ်ဒုးအိၣ်တၢ်အိၣ်တၢ်အိၣ်ဒီး **IV** (ခိဖျိသ့ၣ်ကျိ) အထံ), တၢ်ကသါဒါ/ တၢ်ကသါစးအပိးလီ (စးကသါစၢၤတၢ်), တၢ်မၤကဒါက့ၤ ဒ်သိးသးဖျၢၣ်ဒီးပသိၣ်ကမၤက့ၤတၢ်အဂီၢ် (CPR), တၢ်သ့ကလုာ်, ဒီးကသံၣ်မၤသံတၢ်ဆါယာ်တဖၣ်န့ၣ်လီၤ. ယအဲၣ်ဒီးလၢ တၢ်ကဆဲးကူစါယုာ်ဘျါယၤတုၤလၢ ယ ပုၤလၢအကွၢ်ထွဲ ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ၣ် ကရူၢ်ဒီး ပုၤစၢၣ်စးမ့ၢ်အါၣ် လီၤတူၢ်လီၢ်ဝဲလၢ တၢ်ကွၢ်ထွဲဒ်န့ၣ်တဖၣ် မ့ၢ်တကဲထီၣ်တၢ်မၤစၢၤလၢဘၣ်အယီၤ န့ၣ်လီၤ.

Comments or directions to my health care team:

တၢ်ဟ့ၣ်ကူၣ် မ့တမ့ၢ် တၢ်န့ၣ်လီၤဆူ ဃု ပုၤလၢအကွၢ်ထွဲ ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ၣ် ကရူၢ်အအိၣ်-

The ACP of (ကွဲးလီၤမံၤ) _____ (print name)
Birth Date (အတၢ်မၤဆိတၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်ရဲၣ်တၢ်က့ၤ (ACP) အိၣ်ဖျၢၣ်) အိၣ်ဖျၢၣ် နံၤသ့ၤ _____ Completion Date (ဝံၤအမ့ၢ်န့ၣ်) _____



D. Organ Donation (Initial One)

ဃ. တၢ်ဟ့ၣ်မၤဘျုးလၢ်က့ၢ်ဂီၤန့ၣ် (ဃုထၢဆဲးလၢ်မံၤတခါ)

I want to donate my eyes, tissues and/or organs, if able. My Health Care Agent may start and continue treatments or interventions needed to maintain my organs, tissues and eyes until donation has been completed. My specific wishes (if any) are:

မ့ၢ်သ့. ဃဆဲၣ်ဒီးဟ့ၣ်မၤဘျုးလၢ်ယမဲၣ်ချံၤ. ညၣ်ထံးရှုၤဒီး/မ့တမ့ၢ် က့ၢ်ဂီၤန့ၣ်. ဃတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲအပူၤခၢၣ်စး ကစးထီၣ်ဒီးဆဲးမၤ တၢ်ကူစၢ်ယၢ်ဘျုး မ့တမ့ၢ် န့ၣ်လၢ်တဲၤတၢ်ဖဲအလိၣ်ဘၣ်လၢ ကဟၤယၢ် ဃက့ၢ်ဂီၤန့ၣ်. ထံးရှုၤဒီးမဲၣ်ချံၤတုၤလၢ တၢ်ဟ့ၣ်မၤဘျုးလၢ်တၢ်ဝံၤတစုန့ၣ်လၢ. ဃတၢ်ဆၢမ့ၢ်လၢ်လၢ်တၢ်လၢ်ဆီ (မ့ၢ်အိၣ်တမံၤမံၤ) န့ၣ်မ့ၢ်ဝဲ-

I do not want to donate my eyes, tissues and/or organs. ဃတဆဲၣ်ဒီး ဟ့ၣ်မၤဘျုးလၢ်ယမဲၣ်ချံၤ. ညၣ်ထံးရှုၤဒီး/မ့တမ့ၢ် က့ၢ်ဂီၤန့ၣ်တဖၣ်ဘၣ်.

Or (မ့တမ့ၢ်)

My Health Care Agent can decide.

ဃတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲအပူၤခၢၣ်စးဆၢတဲၣ်ဝဲသ့လၢ.

E. Autopsy (Initial One)

တၢ်သမံၤသမိးတၢ်အစီၣ် (ဃုထၢဆဲးလၢ်မံၤတခါ)

I want my agent to make decisions about an autopsy of my body.

ဃဆဲၣ်ဒီးလၢ ဃပူၤခၢၣ်စး ကမၤတၢ်ဆၢတဲၣ်ဘၣ်ဃး တၢ်သမံၤသမိးကွၢ် ဃစီၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လၢ.

I do not want an autopsy unless required by law.

ဃတဆဲၣ်ဒီး တၢ်သမံၤသမိးကွၢ်ဃစီၣ် မ့တမ့ၢ်လၢတၢ်လိၣ်ဘၣ်အီၤလၢသဲးဂ့ၢ်ဝီအယိဘၣ်န့ၣ်လၢ.

The ACP of (ကွဲးလၢ်မံၤ) _____ (print name)
Birth Date (အတၢ်မၤဆီတၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်ရဲၣ်တၢ်ကွဲး (ACP) အိၣ်ဖျဲၣ်) အိၣ်ဖျဲၣ် နံၤသ့ _____ Completion Date (ဝံၤအမ့ၢ်နံၤ) _____

F. Comments or Directions to My Health Care Team

တၢ်ဟ့ၣ်ကူၣ် မ့တမ့ၢ် တၢ်န့ၣ်လီၤဆူယ ပှၤလၢအကွၢ်ထွဲ ယတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ ကရူၢ်အအိၣ်

You may use this space to write any additional instructions or messages to your health care team which have not been covered in this directive, or to elaborate on a point for clarification. You may also leave this space blank.

နစူးကၢတၢ်လီၤအံၤလၢ ကကွဲးအါထီၣ် တၢ်န့ၣ်လီၤ မ့တမ့ၢ် တၢ်ကစီၣ်တမံၤမံၤလၢ နအဲၣ်ဒီးဟ့ၣ် တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲကရူၢ် လၢအတပၣ်ယုၣ်လၢ တၢ်န့ၣ်လီၤအံၤအပူၤ, မ့တမ့ၢ် အဲၣ်ဒီး တဲန့ၢ်ပၢ်အါထီၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ တခါသ့လီၤ. နပၣ်တီၢ်လီၤပတီၢ်တၢ်လီၤအံၤသ့စ့ၢ်ကိးလီၤ.

Multiple horizontal lines for writing comments or directions.

My initials here indicate additional documents are attached.
ယတၢ်ဆဲးလီၤမံၤဖဲအံၤပၣ်ဖျါလၢ တၢ်ဘျးစဲယုၣ်ဒီးလံာ်တီၢ်လံာ်မိတဖၣ်လီၤ.

The ACP of (ကွဲးလီၤမံၤ) _____ (print name)
Birth Date (အတၢ်မၤဆိတၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲၤ (ACP) အိၣ်ဖျဲၣ်) အိၣ်ဖျဲၣ် နံၤသ့ၤ _____ Completion Date (ဝံၤအမုၢ်နံၤ) _____



Part 3: My Hopes and Wishes (Optional)

အကူ ၃- ယတော်မှ်လ်ဒီးတော်လၢယဆၢမှ်လ်တဖၣ် (တၢ်ယုထၢအီၤသ့)

I want my loved ones to know my following thoughts and feelings.

ယဆၣ်ဒီးလၢပုၤလၢယဆၣ်အီၤတဖၣ် ကသ့ၣ်ညါ ယတော်ဆိကမိၣ်ဒီးတၢ်တူၢ်ဘၣ်လၢလၢတဖၣ်အံၤလီၤ။

The things that make life most worth living to me are:

တၢ်လၢအဖးကၢကီၣ်ယၤအစီၣ်ကတၢၢ်လၢ ယကအိၣ်မူအိၣ်ဂဲၤအဂီၢ်တဖၣ်န့ၣ်မှ်ဝဲ-

My beliefs about when life would be no longer worth living:

ယတၢ်န့ၣ်ဘၣ်ထွဲ တၢ်ဆၢကတီၢ်ဖဲ တကၢကီၣ်လၢလၢ ယကအိၣ်မူအိၣ်ဂဲၤအဂီၢ် န့ၣ်မှ်ဝဲ-

My thoughts about specific medical treatments, if any:

ယတၢ်န့ၣ်ဘၣ်ဃး တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲတနီၤ, မ့ၢ်အိၣ်တမံၤမံၤ-

My thoughts and feelings about how I would like to die and where I would like to die:

ယတၢ်ဆိကမိၣ်ဒီး တၢ်တူၢ်ဘၣ် ဘၣ်ဃးယဆၣ်ဒီးသံဒ်လဲၣ်ဒီး ယဆၣ်ဒီးသံဖဲလဲၣ်-

If I am nearing my death, I want my loved ones to know that I would appreciate the following for comfort and support (rituals, prayers, music, etc.):

ယမှ်ဘူးကသံန့ၣ်, ယဆၣ်ဒီးလၢ ပုၤလၢယဆၣ်အီၤတဖၣ် ကသ့ၣ်ညါလၢ ယကသးခုဖဲန့ၣ်မၤတၢ်သ့ၣ် တဖၣ်အံၤဒ်သီး ယသးကမုၢ်ထီၣ်ဒီး ကဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤယၤအဂီၢ် (တၢ်လုၢ်တၢ်လၢအမူး, တၢ်ထုကဖၣ်, တၢ်ဒုတၢ်အူ, အဂၢၤတဖၣ်.) -

Religious affiliation:

တၢ်ဘူၣ်တၢ်ဘါအတၢ်ဘၣ်ထွဲတဖၣ်-

I am of the (ယတၢ်စူၢ်တၢ်န့ၣ်မှ်ဝဲ) _____ faith, and am a member of (ဒီးမှ်ကရၢဖိလၢ) _____

_____ in (city) တၢ်စူၢ်တၢ်န့ၣ် အပုၤတၢ်ဝဲ (ဝဲ) _____

faith community အပုၤန့ၣ်လီၤ.

I would like my Health Care Agent to notify my faith community of my death and arrange for them to provide my funeral/memorial/burial.

ယဆၣ်ဒီးလၢ ယတၢ်ဆိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲစးကရၢ ကဘိးဘၣ်သ့ၣ်ညါ ယတၢ်စူၢ်တၢ်န့ၣ် အပုၤတၢ်ဝဲ ဘၣ်ဃးယတၢ်သံအဂ့ၢ်ဒီး ရဲၣ်ကျဲၤန့ၣ်တၢ်လၢ အဝဲသ့ၣ်အဂီၢ်လၢ ကမၤန့ၣ်ယၤ တၢ်ပၣ်လီၤပုၤသံ/တၢ်သ့ၣ်နီၣ်/ တၢ်ခူၣ်လီၤဘါလီၤအတၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲၤန့ၣ်လီၤ.

I would like my funeral to include, if possible, the following (people, music, rituals, etc.):

မှ်သုန့ၣ်, လၢတၢ်ရူၣ်လီၤဘၢလီၤတၢ်အမူးအပူၤ, ယအဲၣ်ဒီးလၢ တၢ်သ့ၣ်တဖၣ်အံၤကပၣ်ဃုာ် (ပှၤကညီ, တၢ်ဒုတၢ်အူ, တၢ်လုၢ်တၢ်လၢ်အမူး, ဒီးအဂၢၤတဖၣ်)

Other wishes and instructions:

တၢ်ဆၢမ့ၢ်လၢ်ဒီးတၢ်န့ၣ်ကျဲအဂၢၤတဖၣ်-

My initials here indicate additional documents are attached:

[]

ယတၢ်ဆဲးလီၤမံၤဖဲအံၤပၢ်ဖျါလၢ တၢ်ဘျးစဲယုာ်ဒီးလံာ်တီလံာ်မိတဖၣ်လီၤ-

Part 4: Legal Authority

အကူၣ် ၄- သဲးအပှၤဟ့ၣ်စိဟ့ၣ်ကမီၤ

Do not sign unless the witnesses or notary are present.

မ့တမ့ၢ်လၢအိၣ်ဒီး ပှၤအုၣ်ကီၤသး မ့တမ့ၢ် ကမ့ၢ်အပီၢ်ရီတဖၣ်အယီ တဘၣ်ဆဲးလီၤမံၤတဂ့ၤ.

Note: This document must be notarized or witnessed. [See individual state requirements on page 9 of 9]. Two witnesses OR a Notary Public must verify your signature and the date.

တီၢ်န့ၣ်- လံာ်တီလံာ်မိအံၤ ကဘၣ်တၢ်အၢၣ်လီၤပၢ်ပနီၣ်အိၣ်လီၤ ပီၢ်ရီ မ့တမ့ၢ် ပှၤအုၣ်အသးတဖၣ်လီၤ. \[ကွၢ်ကီၢ်စဲၣ်တဘျးစ့ၣ်စ့ၣ် အတၢ်လိာ်ဘၣ်ဖဲ ကဘျးပၤ ၉-၉ အပူၤတက့ၢ်]. ပှၤအုၣ်သးခံၣ် မ့တမ့ၢ် ကမ့ၢ်အပီၢ်ရီ ကဘၣ်အုၣ်သးလၢနတၢ်ဆဲးလီၤမံၤဒီး မ့ၢ်နံၤမ့ၢ်သီအဖီခိၣ်လီၤ.

I have made this document willingly. I am thinking clearly. This document states my wishes about my future health care decisions:
ယကွဲးဒုးအိၣ်ထီၣ် လံာ်တီလံာ်မိအံၤလၢ ယတၢ်သးအိၣ်အဖီခိၣ်လီၤ. ယဆိကမိၣ်တၢ်သ့ၣ်ရဲၣ်ပျီပျီလီၤ. လံာ်တီလံာ်မိအံၤပၢ်ဖျါ ယတၢ်မိၣ်န့ၣ်သးလီၤဘၣ်ယး ယတၢ်အိၣ်
အုၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်ဆၢတဲာ်အုၣ်ညါတဖၣ်လီၤ-
Signature (ဆဲးလီၤမံၤ) _____ Date (မ့ၢ်နံၤ) _____

If I cannot sign my name, I ask the following person to sign for me:
ယဆဲးလီၤမံၤ မ့ၢ်တန့ၢ်အယီ, ယမၤပှၤလၢလၢလၢ ကဆဲးလီၤမံၤလၢယကီၢ်လီၤ-
Signature (of person asked to sign) ဆဲးလီၤမံၤ (ပှၤလၢတၢ်မၤအဆဲးလီၤမံၤ) _____
Date (မ့ၢ်နံၤ) _____ Printed Name ကွဲးလီၤမံၤ _____

The ACP of (ကွဲးလီၤမံၤ) _____ (print name)
Birth Date (အတၢ်မၤဆိတၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲ (ACP) အိၣ်ဖျဲၣ်) အိၣ်ဖျဲၣ် နံၤသ့ၣ် _____ Completion Date (ဝံၤအမ့ၢ်နံၤ) _____



Option 1: Notary Public

တော်ယုထာ ၁- ကျွန်ုပ်တို့

_____ State of (ကိစ္စ) _____

County of (ခရိုင်) _____

In my presence on (ဟုတ်ပြန်သည့်) _____ (date) (နေ့), _____ (name) (မိ) acknowledged his or her signature on this document, or acknowledged that he or she authorized the person signing this document to sign on his or her behalf. (ဟုတ်ပြန်သူက အတည်ပြုပေးပြီး ဝန်ထုပ်ဝန်ပိုးကိုင်ဆောင်သူ၊ မှတ်တမ်း ဟုတ်ပြန်သူက အတည်ပြုပေးပြီး ဝန်ထုပ်ဝန်ပိုးကိုင်ဆောင်သူ၊ လက်ထုပ်လက်ထုပ်ဆောင်သူ၊ ကမ်းလှမ်းလှမ်းအောင်စားနေလိမ့်။)

Signature of Notary (ပေးဆောင်သူ) _____ **Notary Seal (ပေးဆောင်သူ)**

My commission expires (သက်တမ်း) _____

Or (မှတ်တမ်း)

Option 2: Statement of Witnesses

တော်ယုထာ ၂- ပေးဆောင်သူ

Witness 1: In my presence on (ပေးဆောင်သူ ၁- ဟုတ်ပြန်သည့်) _____ (date) (နေ့), _____ (name) (နေ့), voluntarily signed this document (or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf. ဆုံးမိမ့် ဝန်ထုပ်ဝန်ပိုးကိုင်ဆောင်သူ၊ လက်ထုပ်လက်ထုပ်ဆောင်သူ၊ ကမ်းလှမ်းလှမ်းအောင်စားနေလိမ့်။)

Signature (ဆုံးမိမ့်) _____ Date (နေ့) _____

Printed Name (လက်ထုပ်) _____ Date (နေ့) _____

Witness 2: In my presence on (ပေးဆောင်သူ ၂- ဟုတ်ပြန်သည့်) _____ Date (နေ့) _____

_____ (name) (နေ့), voluntarily signed this document (or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf). (မိ) ဆုံးမိမ့် ဝန်ထုပ်ဝန်ပိုးကိုင်ဆောင်သူ၊ လက်ထုပ်လက်ထုပ်ဆောင်သူ၊ ကမ်းလှမ်းလှမ်းအောင်စားနေလိမ့်။

Signature (ဆုံးမိမ့်) _____ Date (နေ့) _____

Printed Name (လက်ထုပ်) _____ Date (နေ့) _____

The ACP of (လက်ထုပ်) _____ (print name)

Birth Date (အတည်ပြုသူ၏ ဖွားမြင်နေ့) (ACP) အတည်ပြုနေ့ _____ Completion Date (အတည်ပြုနေ့) _____

North Dakota: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) the Health Care Agent; (2) the principal's spouse or heir; (3) a person related to the principal by blood, marriage, or adoption; (4) a person entitled to any part of the Estate of the principal upon the death of the principal under a will or deed; (5) any other person who has any claims against the Estate of the principal; (6) a person directly financially responsible for the principal's medical care; or (7) the principal's attending physician. In addition, at least one witness may not be a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed or an employee of a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed.

၂၅ (North Dakota): တာကလိပ်ဘဉ် ကျားအပီရီ မှတမ့် ပုနီဒိဉ်လၢ အဆုဉ်သးသ့ ၂ ဂၢလီၤ. ပုဆုဉ်သးတဂၢ တဘဉ်မုာ်- ၁) တာအိဉ်ဆုဉ်ဆိဉ် ချူတာကွၢ်ထွဲအပုၤခၢဉ်စး, (၂) ပုတဂၢလၢအကွဲးဆိတာကွၢ်ထွဲ တာရဲဉ်တာကျဲၤ အမၢၤဝါ မှတမ့် အဖိ, (၃) ပုတဂၢလၢ အဘဉ်ထွဲဒီးပုတဂၢအံၤလၢသ့ဉ် ထံတာလီၤစၢၤ, တာတုတာဖျိ, မှတမ့် တာလုာ်ဖိ, (၄) ပုတဂၢလၢအိဉ်ဒီး အတာန့ၢ်သၢလၢ ပုတဂၢလၢအကွဲးဆိတာကွၢ်ထွဲ တာရဲဉ်တာကျဲၤ အတာစုလီၢ်ခိဉ် ခိဉ် ဝဲပုတဂၢအံၤစူးကွဲးအသး လၢအဆိဉ်လၢ တာကွဲးဟ့ဉ်တုာ်တုာ်သၢ မှတမ့် တာမၤလံာ်တိလံာ်မိတဖဉ်အပူၤ, (၅) ဒီးပုအဂၢတဂၢလၢလၢလၢ အဆိဉ်ဒီးတ ခိဉ်ထီဉ်တၢ်သးတမံလၢ ပုတဂၢလၢအကွဲးဆိတာကွၢ်ထွဲ တာရဲဉ်တာကျဲၤ အတာစုလီၢ်ခိဉ်အဖိခိဉ်, (၆) ပုတဂၢ လၢ အိဉ်ဒီးကျိဉ်စုဂၢဝိမုၤဒါလီၤလီၤလၢ ပုတ ဂၢအံၤအတာအိဉ်ဆုဉ်ဆိဉ်ချူတာကွၢ်ထွဲအပူၤ, မှတမ့် (၇) ကသံဉ်သရဉ်လၢ အကွၢ်ထွဲပုတဂၢအံၤ. အါန့ၢ်အန့ၢ်, အစၢၤကတာ ပုဆုဉ်သးအကျါတဂၢ တဘဉ် မုာ် ပုလၢအဟ့ဉ်တာအိဉ်ဆုဉ်ဆိဉ်ချူတာကွၢ်ထွဲ မှတမ့် ပုဟ့ဉ်ကတီၢ်ထီဉ်တာကွၢ်ထွဲလၢအဟ့ဉ် တာကွၢ်ထွဲလီၤလီၤဆူ ပုတဂၢလၢအကွဲးဆိတာကွၢ်ထွဲ တာရဲဉ်တာ ကျဲၤ ဝဲမုာ်န့ၢ်လၢတာဆဲးလီၤမံၤ မှတမ့် ပုလၢအဟ့ဉ်တာအိဉ်ဆုဉ်ဆိဉ်ချူတာကွၢ်ထွဲ မှတမ့် ပုဟ့ဉ်ကတီၢ်ထီဉ်တာကွၢ်ထွဲလၢအဟ့ဉ် တာကွၢ်ထွဲလီၤလီၤအပုၤမၤတၢ်ဖိ ဝဲမုာ်န့ၢ်လၢတာဆဲးလီၤမံၤ န့ဉ်လီၤ.

South Dakota: Notary Public or 2 adult witnesses are required.
ကလံာ်ထံးဒါခိဉ်ဘဉ် (**South Dakota**)- တာကလိပ်ဘဉ် ကျားအပီရီ မှတမ့် ပုနီဒိဉ်လၢ အဆုဉ်သးသ့ ၂ ဂၢလီၤ.

After Completing the Advance Care Plan

ဝဲတာမၤပုၤ တာဟံလီၤဆိတာကွၢ်ထွဲအတာရဲဉ်တာကျဲၤဝံၤအလီၢ်ခံ

Now that I have completed this document, I will:

ဝဲအံၤမုာ်လၢ ယမၤပုၤလံာ်တိလံာ်မိအံၤဝံၤလံာ်အယိ, ယက-

Keep the original copy of this document where it can be easily found.

ယကဟံလံာ်တိလံာ်မိအခိဉ်ကျါတဘဉ်အံၤဝဲတာလီၢ်လၢ တာထံဉ်န့ၢ်အိၤသ့ညီကဒုဉ်န့ဉ်လီၤ.

Make several copies of this document and give to my:

မၤလံာ်တိလံာ်မိအံၤ အလံာ်ကွဲးဒိတဘျူးဘုဉ်ဒီး ဟ့ဉ်လီၤအိၤဆူယ-

• *Primary and Alternate Health Care Agents*

ယတာအိဉ်ဆုဉ်ဆိဉ်ချူတာကွၢ်ထွဲအပုၤခၢဉ်စး အဂံၢ်ခိဉ်ထံးတဂၢဒီးအဂၢတဂၢတဖဉ်အဆိဉ်

• *Doctor and other health care providers*

ကသံဉ်သရဉ်ဒီး ပုလၢအဟ့ဉ်ဆုဉ်ချူတာကွၢ်ထွဲအဂၢတဖဉ်

• Health care facility (hospital, other) whenever I am admitted, and ask that it be placed in my medical record

တာကွၢ်ထွဲတာအိဉ်ဆုဉ်ဆိဉ်ချူလီၢ် (တာဆါဟံဉ်, အဂၢ) တာလီၢ်တတီၢ်တီၤဝဲ ယထီဉ်တၢ်ဆါဟံဉ်, ဒီးမၤအဟံလၢ ယတာအိဉ်ဆုဉ်ဆိဉ်ချူတာကွဲးနီဉ်အပူၤ

Talk to the rest of my family and close friends who might be involved if I have a serious illness or injury, making sure they know who my Health Care Agent is, and what my wishes are.

ဝဲသကိးတၢ်ဒီး ယဟံဉ်ဖိယိဖိဒီး တံၤသကိးဘူးတၢ်လၢအဂၢတဖဉ်လၢ ဘဉ်သ့ဉ်သ့ဉ် အကဟ့ဉ်ယုာ်လၢ တာဆူးတၢ်ဆါ မှတမ့် တာဘဉ်ဒိဘဉ်

ထံးလၢအနးအပူၤ, မၤလီၤတၢ်လၢ အဝဲသ့ဉ် သ့ဉ်ညါလၢ မတၢၤန့ဉ်မုာ် ယပုၤတာအိဉ်ဆုဉ်ဆိဉ်ချူအပုၤခၢဉ်စး, ဒီးယတာဆါမုာ်လၢတဖဉ်မုာ်မနုၤလဲဉ်န့ဉ်တက့ၢ်.

The ACP of (ကွဲးလီၤမံၤ) _____(print name)
Birth Date (အတာမၤဆိတာကွၢ်ထွဲ တာရဲဉ်တာကျဲၤ (ACP) အိဉ်ဖျဉ်) အိဉ်ဖျဉ် နံၤသ့ _____ Completion Date (ဝံၤအမုာ်န့ၢ်) _____

When to Review Your Advance Care Plan

နကဘဉ်ဖးကွၢ်ကဒါက့ၤ နတၢ်ပၢ်လီၤဆိတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့အတၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲၤအခါဖဲလဲၣ်

It is common to review and update an advance care plan regularly. You may want to review it with your annual physical exam or whenever any of the "Five D's" occur.

တၢ်ညိၣ်န့ၢ်ကဲထီၣ်အသးလၢ တၢ်ကဖးကွၢ်ကဒါက့ၤဒီး ဘျီဘၣ်က့ၤတၢ်ပၢ်လီၤဆိတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ တၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲၤထီၣ်တီၤလီၤ. ဘၣ်သ့ၣ်သ့ၣ် နကအဲၣ်ဒီးကွၢ်ကဒါက့ၤအိၣ်ဖဲန မၤတနံၣ်တဘျီ တၢ်သမံသမိးကွၢ်နီၣ်ခိ မ့တမ့ၢ် ဖဲ "Five D's" (ဒံၣ်ယံၤဖျၢၣ်) အိၣ်ထီၣ်တဘျီလၢလၢအခါန့ၣ်လီၤ.

- Decade: when you start each new decade of your life. ဆံဖိုၣ်နံၣ် (Decade): ဖဲနတၢ်အိၣ်မူအဆံဖိုၣ်နံၣ် စးထီၣ်တဘျီစ့ၣ်အခါ.
Death: whenever you experience the death of a loved one. တၢ်သံတၢ်ပုၢ် (Death): ဖဲနလဲၤခိဖျိဘၣ် ပုၤလၢနအဲၣ်အိၣ်တကၤစူးကွၢ်အသးအခါ.
Divorce: when you experience a divorce or other major family change. တၢ်မၤလံၢ်လီၤဖှၣ် (Divorce): ဖဲနလဲၤခိဖျိဘၣ် တၢ်လီၤမုၢ်လီၤဖးမၤလံၢ်လီၤဖှၣ် မ့တမ့ၢ် တံၣ်ဖိယိဖိ အတၢ်ဆိတလဲအခါ.
Diagnosis: when you are diagnosed with a serious health condition. တၢ်ယုထံၣ်သ့ၣ်ညါ တၢ်ဆူးတၢ်ဆါ (Diagnosis): ဖဲတၢ်ယုထံၣ်သ့ၣ်ညါလၢ နအိၣ်ဒီး တၢ်ဆူးတၢ်ဆါ လၢ အနးတမံၤမံၤအခါ.
Decline: when you experience a significant decline or deterioration of an existing health condition, especially when you are unable to live on your own. တၢ်ဆံးလီၤဖှၢ်လီၤ (Decline): ဖဲနလဲၤခိဖျိဘၣ် နတၢ်ဆံးလီၤဖှၢ်လီၤလၢ ဆူးတၢ်ဆါလၢ အအိၣ်ပၢ်စၢၤ မ့တမ့ၢ် တၢ်ဆါနးထီၣ်, လီၤဆိဒၣ် တၢ် ဖဲနအိၣ်ဒၣ်လၢ နကစၢ်တသ့အခါ.

Copies of This Document Have Been Given To:

တၢ်ဟ့ၣ်လီၤလံၢ်တီၢ်မိအကွဲးဒိတဖၣ်အိၣ်ဆူ-

Primary (main) Health Care Agent

ဂံၢ်ခိၣ်ထံး တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲအပုၤခၢၣ်စး (ဂံၢ်ခိၣ်သ့ၣ်)

Name (မံၤ): Telephone (လိတဲစိ):

Alternate Health Care Agent (တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲအပုၤခၢၣ်စးအဂၤ)

Name (မံၤ): Telephone (လိတဲစိ):

Health care Provider/Clinic/Hospital/Family Members

ပုၤဟ့ၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲ/ကသံၣ်ဒး /တၢ်ဆါဟံၣ်/ဟံၣ်ဖိယိဖိတဖၣ်

Name (မံၤ): Telephone (လိတဲစိ):

Name (မံၤ): Telephone (လိတဲစိ):

Name (မံၤ): Telephone (လိတဲစိ):

Name (မံၤ): Telephone (လိတဲစိ):

Name (မံၤ): Telephone (လိတဲစိ):

The ACP of (ကွဲးလီၤမံၤ) (print name)
Birth Date (အတၢ်မၤဆိတၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲၤ (ACP) အိၣ်ဖျၢၣ်) အိၣ်ဖျၢၣ် နံၤသ့ၣ် Completion Date (ဝံၤအမုၢ်နံၤ)



If your wishes change, fill out a new form. Give copies of the new document to everyone who has copies of your previous one. Tell them to destroy the previous version.

နတ်မိန့်နွှာသးလီမုာ်ဆီတလဲအယိ, မာပဲလံာ်ကွိုာ်ဒိအသီတဘုာ်တက့ာ်. ဟ့ာ်လံာ်တီလံာ်မိအသီတဘုာ်အကွဲဒိဆူ ပုာ်ကိးဂါလါအဆိာ်ဒိး
လံာ်တီလံာ်မိလါညါတဘုာ် အကွဲဒိန့ာ်တက့ာ်. တဲဘုာ်အဝဲသ့ာ်လါ ကမးဟးဂါ အကတတြျာ်လါညါတဘုာ်တက့ာ်.

When You Want Help With Advance Care Planning

ဖဲနလိာ်ဘာ်တၢ်မၤစၢၤဒီး တၢ်ရဲၣ်ကျဲၤဆိတၢ်ကွၢ်ထွဲ

Advance care planning gives you the chance to talk with others. Health care providers, family members and important others can help you explore options. For more information contact:

တၢ်ရဲၣ်ကျဲၤဆိတၢ်ကွၢ်ထွဲဟ့ၣ်န့ၣ် တၢ်ခွဲးတၢ်ယာ်လၢ နကတဲသကိးတၢ်ဒီးပုၤအဂၤတဖၣ်လီၤ. ပုၤလၢအဟ့ၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲ, ဟံာ်ဖိယိဖိဒီး ပုၤအဂၤလၢအရူၣ်တဖၣ် မၤစၢၤန့ၣ်သ့လၢ နကယုထံာ်န့ၣ် တၢ်ယုထၢတဖၣ်လီၤ. လၢနကမၤန့ၣ်အိၣ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤအဂီၢ် ဆဲးကျါ-

Bemidji

Advance Care Planning Program
Phone: (218) 333-6060
Email: acp.bemidji@sanfordhealth.org
Advance Care Planning Program
လိတဲစိ- (218) 333-6060
ဆံမ့(လ)- acp.bemidji@sanfordhealth.org

Fargo

Advance Care Planning Program
Phone: (701) 234-6966
Email: FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org
Advance Care Planning Program
လိတဲစိ- (701) 234-6966
ဆံမ့(လ)- FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org

Bismarck

Advance Care Planning Program
Phone: (701) 323-1ACP (1227)
Email: acp.bismarck@sanfordhealth.org
Advance Care Planning Program
လိတဲစိ- (701) 323-1ACP (1227)
ဆံမ့(လ)- acp.bismarck@sanfordhealth.org

Sioux Falls

DeGroot Center
Phone: (605) 312-3520
Email: acp.siouxfalls@sanfordhealth.org
DeGroot Center
လိတဲစိ- (605) 312-3520
ဆံမ့(လ)- acp.siouxfalls@sanfordhealth.org

