



अग्रिम हेरचाह योजना बनाउने

तपाईंको स्वास्थ्यहेरचाह इच्छाहरू सञ्चार गर्दै

SANFORD[®]
HEALTH

Bemidji

अग्रिम हेरचाह योजना कार्यक्रम

फोन: (218) 333-6060

इमेल acp.bemidji@sanfordhealth.org

Bismarck

अग्रिम हेरचाह योजना कार्यक्रम

फोन: (701) 323-1ACP (1227)

इमेल: acp.bismarck@sanfordhealth.org

फार्गो

अग्रिम हेरचाह योजना कार्यक्रम

फोन: (701) 234-6966

इमेल: Email: FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org

सिउक्स फल्स

DeGroot केन्द्र

फोन: (605) 312-3520

इमेल: acp.siouxfalls@sanfordhealth.org

सामग्रीहरूको तालिका

सुरु गर्दै	4
स्वास्थ्यस्याहारएजेन्टछनोटगर्नुहोस्.....	5
मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टको लागि सन्देश.....	6
राम्रोसँग बाच्नुको अर्थ के हो विचार गर्नुहोस्	7
सम्भावित चिकित्सा उपचारहरूबारे थप जान्नुहोस्.....	8
मेरो अग्रिम स्याहार योजना.....	10 को 1 देखि 10 को 10 सम्म
अग्रिम स्याहार योजना पूरा गरेपछि	10 को 10

सुरु गर्दै

अग्रिम स्याहार योजना किन महत्त्वपूर्ण छ?

अग्रिम स्याहार योजना भनेको तपाईंको भविष्यको स्वास्थ्य स्याहारको निर्णय गर्ने प्रक्रिया हो। यदि तपाईं आफ्नो लागि बोल्न सक्नुहुन्न भने यसले तपाईं इच्छाहरू पूरा हुने छ भनी सुनिश्चित गर्दछ। अग्रिम निर्देशन हुनाले ठूलो रोग र चोटपटकको मामिलामा तपाईं र तपाईंका परिवारलाई तयार हुन मद्दत गर्न सक्छ।

18 वर्ष उमेरका सबैजनासँग अग्रिम स्याहार योजना हुनुपर्छ।

मलाई अग्रिम स्याहार योजना किन आवश्यक छ?

यस अवस्थाको बारेमा सोच्नुहोस्: तपाईं अचानक बिरामी र घाइते हुनुहुन्छ। तपाईंले आफुलाई जीवित राख्न आवश्यक हुने सबै चिकित्सा उपचारहरू प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ। तर, तपाईंका चिकित्सकहरू विश्वास गर्नुहुन्छ कि तपाईं को हुनुहुन्छ वा तपाईं वरपरका मानिसहरूलाई थाहा पाउन तपाईं सक्षम हुनु हुने छ भन्ने थोरै वा कुनै मौका छैन।

- तपाईंका लागि तपाईंको निर्णय कसले गर्ने छ?
- तपाईं आफ्नो स्याहारको लक्ष्य के हुन भन्ने चाहनुहुन्छ?
- तपाईं आफ्ना लागि कस्ता उपचारहरू जारी राख्न वा रोक्न चाहनुहुन्छ?
- तपाईं कसरी आफ्नो प्रियजनलाई यी निर्णयहरू बनाउन मद्दत गर्न सक्नुहुन्छ?
- के तपाईं व्यर्थ चिकित्सा उपचारहरूको लागतबारे चिन्तित हुनुहुन्छ?

दुर्घटना, आघात वा अल्जाइमरजस्ता बिस्तारै प्रगतिशील रोगबाट मस्तिष्कमा चोटपटक लाग्दा जुनसुकै उमेरमा यस्तो अवस्था आउन सक्छ। तपाईंका प्रियजनहरू डराएका, अभिभूत र तपाईंका इच्छाहरू के हुन् भन्नेबारे भ्रमित हुन सक्छन्।

अग्रिम स्याहार योजना बनाउने समयमा, मानिसहरूले स्पष्ट नभएको कथनहरू बनाउन सक्छन् र तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार जानकारीको बारेमा निर्णय लिन मार्गदर्शनका लागि पर्पाप्त जानकारी प्रदान गर्दैनन्। यसले निम्न टिप्पणीहरू समावेश गर्न सक्छ:

- “यदि म शाकाहारी बन्न जाँदछु भने, मलाई बन्न दिनुहोस्।”
- “कुनै वीर छैनन्।”
- “मलाई जीवित राख्न सम्भावित सबै कुरा गर्नुहोस्।”

अग्रिम स्याहार योजना सबैजनाका लागि भिन्न हन्छ। उदाहरणका लागि, तपाईंका लागि “शाकाहारी” हुनुको अर्थ के हो? वा, तपाईंका लागि “वीर” चिकित्सा स्याहारको अर्थ के हो? वा कहिलेसम्म “सबै कुरा सम्भव” गर्नुपर्दछ? तपाईंको इच्छाहरू तिनीहरूसँग स्पष्ट रूपमा व्यक्त गर्न महत्त्वपूर्ण छ जसले तपाईंका लागि निर्णयहरू बनाउनु हुन्छ।

यदि तपाईं आफ्नो इच्छाहरू स्पष्ट रूपमा बताउन मद्दत चाहनुहुन्छ भने, परामर्शका लागि आफ्नो स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकलाई सम्पर्क गर्नुहोस् वा आफ्नो क्षेत्रमा प्रशिक्षित अग्रिम स्याहार योजना सहजकर्ता सँग अपोइन्टमेन्ट सेट गर्नुहोस्।

अग्रिम स्याहार योजनाले तपाईंको पीडा कम गराउन सक्छ र तपाईं र तपाईंका निर्णयहरू लिन सक्ने मानिसहरूको मानमा शान्ति ल्याउन सक्छ।

स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट छनोट गर्नुहोस्

तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट वा निर्णयकर्ता छनोट गर्नु महत्त्वपूर्ण चरण हो। यो व्यक्ति तपाईंको आर्थिक वा सम्पत्तिको मामिलाहरूसँग सम्बन्धित व्यक्ति जस्तै हुन आवश्यक छैन। तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टको कर्तव्य भनेको तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार इच्छाहरू पालना भएको छ वा छैन हेर्नु हो।

- यदि तपाईंको इच्छाहरू थाहा छैन भने, तपाईंको एजेन्टले तपाईं के गर्न चाहनुहुन्छ निर्णय गर्ने प्रयास गर्ने छ।
- तपाईंका लागि अन्यहरूले इच्छाहरू राख्नुअघि तपाईंका लागि तपाईंको एजेन्टको छनोटहरू सम्मान गरिने छ।
- यदि तपाईं आफ्नो निर्णय आफै बनाउन सक्नुहुनन् भने, तपाईंको लागि तपाईंको चिकित्सकले स्वास्थ्य स्याहार निर्णयहरू बनाउनु हुने छ।

नोट: स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टलाई कानूनी आवश्यकताहरू राज्य अनुसार फरक हुन सक्छ। विवरणहरूका लागि समावेश गरिएका अग्रिम स्याहार योजना कागजात हेर्नुहोस्।

एजेन्ट छनोट गर्नका लागि सुझावहरू

तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टले निम्न कुरा गर्नुपर्छ:

- तपाईंले विश्वास गर्ने व्यक्ति बन्नुहोस्
- आफ्नो इच्छाहरू राम्ररी जान्नुहोस्
- तपाईं बोल्न नसक्दा तपाईंको तर्फबाट बोल्ने
- आफ्नो इच्छाहरूलाई सम्मान गर्नुहोस्

वैकल्पिक एजेन्ट छनोट गर्नुहोस्

यदि तपाईंको पहिलो रोजाई आवश्यक पर्दा उपलब्ध छैन भने एजेन्ट हुनको लागि दोस्रो व्यक्ति छनोट गर्नु राम्रो विचार हो। एजेन्ट छनोट गरेपछि, आफ्नो एजेन्टलाई एजेन्ट हुनुको जिम्मेवारीबारे थप जानकारी दिनका लागि अर्को पृष्ठमा रहेको पत्र पढ्न वा फोटोकपी गर्न भन्नुहोस्।

North Dakota मा बस्ने मानिसका लागि

ND मा, तपाईंको एजेन्ट हुन तपाईंको एजेन्टले **लिखित रूपमा** सहमत गर्नपर्छ। तपाईंको एजेन्टहरूले पृष्ठ 9 को 10 मा अग्रिम स्याहार योजनामा हस्ताक्षर गर्न आवश्यक हुने छ।

कानूनी फाराम भर्नुअघि सम्भावित एजेन्टहरू, उनीहरूको ठेगानाहरू तथा फोन नम्बरहरू सूचीबद्ध गर्न यो स्थान प्रयोग गर्नुहोस्।

मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टका लागि सन्देश

मैले तपाईंलाई मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट बनाका लागि छनोट गरेको छु। स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट एक व्यक्ति हो जसलाई मेरो उपचार इच्छाहरूको बारेमा थाहा छ र एक वा एकभन्दा बढी चिकित्सहरूले निर्णय गरेपछि म आफ्नै निर्णयहरू गर्न सकिदिनँ। तपाईंले मेरो लागि के महत्त्वपूर्ण छ भनेर सिक्न आवश्यक छ। मलाई मेरो छनोटहरूको बारेमा तपाईंसँग कुरा गर्न आवश्यक हने छ। मैले अग्रिम स्याहार योजनामा मेरो स्याहारबारे मेरो निर्णयहरू लेख्ने योजना बनाएको छु। मैले तपाईंलाई योजनाको प्रतिलिपि दिने छु। मेरो एजेन्ट हुनुभएकोमा धन्यवाद।

तपाईं के गर्न सक्नुहुन्छ

एजेन्टले के गर्न सक्नुहुन्छ र के गर्न सक्नुहुन्न भन्नेबारे प्रतिबन्धमा राज्यद्वारा भिन्न हुन्छ। एकसाथ, हामीले मेरो राज्य कानूनद्वारा जाँच गर्ने छौं। धेरैजसो राज्यमा, मेरो एजेन्टको रूपमा, तपाईंले निम्न गर्न सक्नुहुन्छ:

- मेरा लागि जीवन दिगो बनाउने र अन्य मेडिकल उपचार छनोट गर्न वा अस्वीकार गर्न।
- मेरो अवस्था सुधार नभएमा सहमति लिएर उपचार रोक्न।
- मेरो मेडिकल रेकर्डहरू पहुँच र खुलासा गर्न।
- मलाई अर्को स्याहार केन्द्रमा सार्न र मेरो स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक छनोट गर्न।
- अन्यथा मैले मेरो अग्रिम स्याहार योजनामा उल्लेख नगर्दासम्म पोस्टमार्टमका लागि अनुरोध गर्न र मेरो अङ्गहरू दान गर्न।

मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट हुनाले तपाईंलाई मेरो पैसा नियन्त्रण गर्न र मेरो बिलको जिम्मेवारी लिन दिँदैन।

आफैलाई सोध्नेपर्ने प्रश्नहरू

- म यो भूमिका निभाउन र उत्तरदायित्व लिन इच्छुक छु?
- के मलाई भविष्यको स्वास्थ्य स्याहारका लागि मानिसहरूको इच्छा थाहा छ?
- मेरो विचारहरू भिन्न भए तापनि मैले निर्णय गरौंस् भन्ने चाहेको व्यक्तिका लागि मैले निर्णयहरू लिन सक्छु?
- के मैले तनावपूर्ण अवस्थाहरूमा महत्त्वपूर्ण स्वास्थ्य स्याहार निर्णयहरू लिन सक्छु?

यीमध्ये कुनै पनि प्रश्नमा तपाईंको जवाफ “होइन” आउँछ भने, तपाईंको चिन्ताहरूबारे कुराकानी गर्नुहोस्।

तपाईं मेरो एजेन्टसँग सहज महसुस नगरेमा

हामी तपाईंको भावना र चिन्ताहरूबारे कुरा गर्न सक्छौं। तपाईंसँग जति धेरै जानकारी हुन्छ, मेरा लागि निर्णय लिनेबारे तपाईं त्यति नै धेरै आत्मविश्वासी भएको महसुस गर्नु हुने छ। मेरा लागि निर्णयहरू बनाउन तपाईंलाई थप सहज महसुस गराउन मद्दत गर्ने तरिकाहरू छन्।

- तपाईंले मसँग चिकित्सकको अपोइन्टमेन्टमा आउन चाहन सक्नुहुन्छ। तपाईं मेरो स्वास्थ्य अवस्था र स्वास्थ्य छनोटबारे उठ्न सक्ने प्रश्नहरू सोध्न सक्षम हुन हुने छ।
- मेरो अग्रिम स्याहार योजना समीक्षा गर्नुहोस्। मैले मेरो इच्छाहरू स्पष्ट रूपमा उल्लेख गरेको सुनिश्चित गर्नुहोस्।
- तपाईं स्वास्थ्य निर्णयहरू गराउन मानिसहरूलाई मद्दत गर्ने प्रशिक्षित पेशेवरहरूसँग जान चाहन सक्नुहुन्छ। उहाँहरूके अग्रिम योजना गराउने सहायक, समाज सेवी, मामिला व्यवस्थापक, धार्मिक र आध्यात्मिक नेताहरू समावेश गर्नुहुन्छ।

तपाईंको लागि राम्रोसँग बाच्नुको अर्थ के हो विचार गर्नुहोस्

यो **वैकल्पिक** कार्यपाना प्रयोग गरेर तपाईंको विचारहरू सङ्कलन गर्नुहोस्। तपाईंले अग्रिम स्याहार योजना फाराम भर्नुअघि आफ्नो भविष्यको स्वास्थ्य स्याहार र मानहरू विचार गर्नुहोस्।

आफ्नो विश्वास र मानहरू प्रतिबिम्बित गर्नुहोस्

1. यदि तपाईंले साँच्चै नै राम्रो दिन बिताउनु भएको थियो भने, त्यस दिनमा के हुन्थ्यो? तपाईं कोसँग कुरा गर्नुहुन्छ? तपाईंले के गर्नुहुन्छ?

2. तपाईं जीवनमा आएका गम्भीर चुनौतीहरूको समाना गर्न कुराले मद्दत गर्छ?

3. तपाईं जिउने जीवनमा धर्म, विश्वास वा आध्यात्मिकताले कुन भूमिका निभाउँछ?

4. यदि तपाईंलाई सार्थकता स्वास्थ्य समस्याहरू छ भने, तिनीहरू के हुन् र तपाईं भविष्यमा के कुराले डराउनुहुन्छ?

5. भविष्यको चिकित्सा उपचारलाई ध्यानमा राख्दै तपाईं आफुलाई के भएको चाहनुहुन्छ?

6. चिकित्सा स्याहारबारे तपाईंको निर्णयलाई लागतले कसरी प्रभाव पर्दैन?

7. तपाईं चिकित्सा उपचारको लक्ष्यहरूलाई आराममा ध्यान केन्द्रित गर्नका लागि आफ्नो जीवन लामो गर्नका लागि कहिलेदेखी स्विच गर्न चाहानुहुन्छ? सम्भव भएसम्म विस्तृतमा यो अवस्थाहरू व्याख्या गर्नुहोस्।

8. तपाईंका लागि “प्राकृतिक मृत्यु” कस्तो हुनसक्छ?

सम्भावित चिकित्सा उपचारहरूबारे थप जान्नुहोस्

निम्न चिकित्सा उपचारहरू हुन् जसलाई तपाईंको जीवन बचाउन र बढाउन प्रयोग गर्न सकिन्छ। यदि तिनीहरू तपाईंको स्वास्थ्य लाभकालागि ब्रिज प्रयोग गरिन्छ भने, यी प्रत्येक उपचारहरू सफल हुनसक्छ। जब तपाईं आफ्नो जीवनको अन्त्यमा प्रवेश गर्नु हुन्छ, तिनीहरूलाई प्रयोग गर्दा तपाईं को हुनुहुन्छ वा तपाईं कोसँग हुनुहुन्छ भनेर जान्न सक्ने क्षमताको पुनः प्राप्तिको आशा बिना नै तपाईंलाई पीडा हुन सक्छ।

CPR (कार्डियोपल्मोनरी रिससिटेसन)

CPR एउटा विधि हो जसलाई हृदय र फोक्सोले काम गर्न बन्द गरेमा तिनीहरूलाई पुनःसुरु गर्ने प्रयासका लागि प्रयोग गरिन्छ।

- CPR को प्रयोग तपाईंको हृदयको धड्किन बन्द भयो भने त्यसलाई पुनः सुरु गर्नका लागि प्रयास गर्न प्रयोग गरिन्छ। तपाईंको छातीमा दबाउने र तपाईंको मुखमा श्वास फेर्ने समावेश हुन्छ।
- **तपाईंले श्वास फेर्न नसकेमा इन्टुबेसन** प्रयोग गरिन्छ। ट्युब तपाईंको श्वासनलीमा तपाईंको मुख वा नाकमार्फत राखिएको हुन्छ। ट्युब श्वासप्रश्वास मेशिनमा (भेन्टिलेटर) संलग्न गरिएको हुन सक्छ। मेशिनले ट्युबबाट तपाईंको फोक्सोमा हावा पम्प गर्छ।
- **इलेक्ट्रोनिक झट्का (डिफिब्रिलेसन)** तपाईंको छातीमा सानो प्याडमार्फत तपाईंको मुटुमा थोरै समयको झट्का पठाउन प्रयोग हुन सक्छ। यसले तपाईंको मुटुको धड्कनको सुसंगति पूर्ववस्थामा ल्याउन मद्दत गर्न सक्छ।
- **औषधिहरूले** तपाईंको मुटु पुनः सुरु गर्नमा मद्दत गर्न सक्छ।

CPR को सम्भावित परिणाम के हो?

CPR ले जीवन बचाउन सक्छ तर सफलता दर कम छ। तपाईंको उमेर, स्वास्थ्य र रोगले परिणाममा प्रभाव पार्न सक्छ। CPR नर्सिङ होममा रहेका वृद्ध, कमजोर व्यक्तिहरूमा सुरु हुँदा, लगभग 30 जनामध्ये 1 जना बाँच्छन्। तपाईंको एकदमै राम्रो स्वास्थ्य भएमा र CPR छिट्टै सुरु गरेमा यसले राम्रो काम गर्छ। अस्पतालमा यो सुरु हुँदा लगभग 5 जनामध्ये 1 जना बाँच्छन्। तपाईं बाँचे पनि, CPR को अवधिमा समस्याहरू हुन सक्छ जसकारण थप स्वास्थ्य समस्याहरू हुन सक्छ। CPR पछि स्वास्थ्य स्याहार निम्नका लागि ICU (इन्टेन्सिभ केयर युनिट) मा स्याहार समावेश हुन सक्छ:

- श्वासप्रश्वासमा सहायता गर्न भेन्टिलेटर
- तपाईंको रिब्समा क्षति
- अक्सिजनविना मस्तिष्क क्षति हुने सम्भावना

मैले CPR का बारेमा मेरो निर्णय कसरी उल्लेख गर्न सक्छु?

अस्पतालमा, तपाईंले तपाईंको चिकित्सक र अन्य स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूलाई अग्रिम स्याहार योजनामा नगर्न वा तपाईंको लिखित योजनाहरू उपलब्ध नगराउँदासम्म आवश्यक हुँदा CPR गर्नु हुने छ। तपाईंले CPR नगर्न छनोट गरेमा, **पुनरुत्थान नगर्नुहोस्(DNR)** अर्डर चिकित्सकद्वारा लेखिएको हो। तपाईंको मुटु र फोक्सोले काम गर्न रोकेमा यो अर्डरले CPR नगर्न स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकलाई बताउँछ। तपाईं यो निर्णय कुनै पनि समयमा परिवर्तन गर्न सक्नुहुन्छ।

मैले CPR गर्न नचाहेमा के हुन्छ?

तपाईंको मुटुको धड्कन रोकिने छ र तपाईंको प्राकृतिक मृत्यु हुने छ। तपाईंलाई सुरक्षित राख्न सकिन्छ।

भेन्टिलेटर वा BiPap

भेन्टिलेटर केही घण्टादेखि केही महिना वा वर्षका लागि प्रयोग गर्न सकिन्छ।

- **भेन्टिलेटर** एउटा मेशिन हो जसले व्यक्तिलाई श्वासप्रश्वास गर्नमा मद्दत गर्दछ। मेशिन ट्यूबमा जोडिएको छ जुन तपाईंको नाक वा मुखबाट श्वासनलीमा जान्छ। तपाईं आफैले श्वास फेर्नका लागि धेरै कमजोर हुनुहुन्छ भने यसले तपाईंको फोक्सोमा हावा धकेल्छ।
- **BiPap** (bi-level सकारात्मक वायुमार्ग दबाव) ले तपाईंको मुख र नाममा बलियोसँग फिट हुने फेस मास्क मार्फत तपाईंको फोक्सोमा हावा धकेल्छ।

भेन्टिलेटरहरू वा BiPap सँग सम्बन्धित सम्भावित सरोकारहरू

- तपाईंलाई इन्टेन्सिभ केयर युनिट (ICU) मा हेरचाह गर्न आवश्यक हुन सक्छ।
- तपाईंलाई सुस्त गराउन वा निद्रामा राख्नका लागि औषधि आवश्यक हुन सक्छ।
- भेन्टिलेटर ट्यूब तपाईंको श्वासनलीमा हुँदा तपाईं बोल्न वा निल्न सक्नुहुन्न।
- तपाईंको शरीर दीर्घकालीन स्वास्थ्य समस्याहरूबाट बन्द हुँदै छ भने भेन्टिलेटरले राम्रोसँग काम नगर्न सक्छ।
- दीर्घकालीन प्रयोगका लागि श्वासप्रश्वास गर्ने नलीलाई तपाईंको घाँटी (ट्र्युकियोमी) मा खोल्नका लागि राख्न सकिन्छ।
- BiPap मास्कसहित, केही हावा तपाईंको पेटमा जान्छ र ग्यास दुखाइ हुन सक्छ। मास्क लगाउँदा, बोल्न वा खान कठिन हुन सक्छ।

मलाई भेन्टिलेटर वा BiPap चाहिँदैन भने के हुन्छ?

यदि तपाईं आफैले वा श्वास फेर्ने मेसिनले श्वास फेर्ने सक्नुहुन्न भने, तपाईंको प्राकृतिक रूपमा मृत्यु हुने छ। तपाईंलाई सुरक्षित राख्न सकिन्छ।

मृगौला डायलिसिस

डायलिसिस एक उपचार हो जसले रगतलाई फिल्टर गरेर मृगौलाको काम गर्छ। त्यहाँ 2 प्रकारका डायलिसिस छन्:

- **हेमोडायलाइसिस** ले फिल्टर प्रयोग गरेर रगतबाट तरल पदार्थ र फोहोरहरू हटाउँछ। रगत तपाईंको शरीरबाट डायलाइसिस मेसिनमा र त्यसपछि डायलाइजर वा कृत्रिम मृगौला भनिने विशेष फिल्टर मार्फत बग्छ र फेरि तपाईंको शरीरमा फर्कन्छ। रगत डायलाइजरबाट जाँदा, तरल पदार्थ र फोहोरहरू बाहिर निस्कन्छन्।
- **पेरिटोनियल डायलाइसिस (PD)** भनेको मृगौला विफलताका लागि गरिने एक उपचार हो जसले पेटमा रहेको शरीरको आफ्नै पेरिटोनियल झिल्लीलाई फिल्टरको रूपमा प्रयोग गर्दछ। PD दिनको सामान्य विश्राममा हरेक दिन लगभग चार पटक गरिन्छ: बिहान, दिउँसो, साँझ र सुत्ने समय।

मैले डायलायसिस गर्न चाहन्न भने के हुन्छ?

सबै बिरामीहरूसँग डायलायसिस सुरु नगर्नेबारे निर्णय गर्ने अधिकार छ। यदि तपाईंले डायलायसिस सुरु गर्नुभयो भने, तपाईंसँग रोक्ने अधिकार हुन्छ। उपचार नगर्दा वा डायलाइसिस नगर्दा केही दिनदेखि केही हप्ताभित्रै प्राकृतिक मृत्यु हुन्छ। यदि तपाईंले आफ्नो विचार परिवर्तन गर्नुभयो भने तपाईंसँग डायलायसिस फेरि सुरु गर्ने अधिकार पनि छ।

अप्राकृतिक खापिन वा अप्राकृतिक हाइड्रेशन

तपाईं अबदेखि मुखबाट खानेकुरा खान वा तरल पदार्थ पिउन सक्नुहुन्न भने अप्राकृतिक खानपिन (खुवाउने ट्यूब) वा अप्राकृतिक हाइड्रेशनलाई तपाईंको शरीरलाई सहायता दिन प्रयोग गरिन्छ। प्रयोग गरिएका केही प्रकारका ट्युबहरूमा निम्न समावेश छन्:

- **An NG ट्यूब (नासोग्यास्ट्रिक)** लाई नाक र पेटमा राख्न सकिन्छ। यसले सिधै पेटमा फर्मुला र पानी पठाउँछ।
- **G ट्यूब (ग्यास्ट्रोस्टोमी) वा PEG ट्युब (पेक्टिनियस एन्डोस्कोपिक ग्यास्ट्रोस्टोमी)** लाई पेटमा सानो प्वाल बनाएर राख्न सकिन्छ। यसले सिधै पेटमा फर्मुला र पानी पठाउँछ।
- **IV रेखा (अन्तर्शिरा)** रेखा नशामा राखिएको छ। यसले पोषण र तरल पदार्थ सिधै रक्तनलीहरूमा पठाउँछ।

कृत्रिम खानपिनको बारेमा सम्भावित चिन्ताहरू

जोखिमहरूले ट्यूब साइटमा रक्तस्राव वा संक्रमण र ट्यूबमा समस्याहरू समावेश गर्न सक्छ। दुर्घटनावश फर्मुला इनहेल गर्दा निमोनिया हुन सक्छ, जीवनलाई जोखिम पार्ने समस्या। सुन्निएको पेट, पेट असुविधा र झाडापखाला ट्यूब फिडिङको बोझ हुन सक्छ।

यदि मैले कृत्रिम खानपिन छनोट गरे भने के हुन्छ?

अप्राकृतिक खानपिनले तपाईंलाई राम्रो महसुस गर्न र केही समयका लागि जीवनको गुणस्तर सुधार गर्न मद्दत गर्न सक्छ। यदि तपाईं आफ्नो जीवनको अन्त्य नजिक हुनुहुन्छ भने, उपचारको समयमा हुन सक्ने समस्याहरू सहन गाह्रो हुन सक्छ।

यदि मैले कृत्रिम खानपिन छनोट गरेन भने के हुन्छ?

यदि तपाईं मुखद्वारा खाद्य पदार्थ लिन सक्नुहुन्न र कृत्रिम खानपिन छनोट गर्नुहुन्न भने, तपाईंको शरीर विस्तारै बन्द हुन्छ। मृत्यु सम्भवतः केही दिन वा हप्तामा हुने छ। जीवनको अन्त्य नजिकै भएका अधिकांश बिरामीहरूले सामान्यतया भोक वा तिर्खा महसुस गर्दैनन् भन्ने कुरा थाहा पाउँदा तपाईंलाई आश्वस्त हुन सक्छ।

कृत्रिम हाइड्रेशनको बारेमा सम्भावित चिन्ताहरू

कृत्रिम हाइड्रेशनले शरीरमा धेरै तरल पदार्थ निर्माण गर्न सक्छ। यसले हात, खुट्टा र पेटमा असहज सूजन हुन सक्छ। फोक्सोहरूमा पनि तरल पदार्थ जम्मा हुन सक्छ, जसको कारणले श्वास फेर्न कठिनाई हुन र श्वासप्रश्वासमा कमी हुने समस्या हुन सक्छ। जोखिमहरूले ट्युब साइटमा रक्तस्राव र संक्रमण पनि समावेश गर्छ।

यदि मैले कृत्रिम हाइड्रेशन गर्ने छनोट गरे भने के हुन्छ?

कृत्रिम हाइड्रेशनले तपाईंको शरीरको प्रकार्यमा मद्दत गर्ने छ। यसले केही समयका लागि जीवनको सान्त्वना बढाउन र गुणस्तर सुधार गर्न सक्छ। यदि तपाईं आफ्नो जीवनको अन्त्य नजिक हुनुहुन्छ भने, उपचारको समयमा हुन सक्ने समस्याहरू सहन गाह्रो भएको फेला हुन सक्नुहुन्छ।

यदि मैले कृत्रिम हाइड्रेशन छनोट गरेन भने के हुन्छ?

प्रशस्त तरल पदार्थहरू बिना, शरीर विस्तारै बन्द हुने छ। मृत्यु केही दिन वा हप्तामा हुने छ। डिहाइड्रेशन मृत्यु हुने प्रक्रियाको एक प्राकृतिक भाग हो भनी थाहा पाउँदा तपाईंलाई आश्वस्त हुन सक्छ। मृत्युको नजिक भएका धेरै बिरामीहरूले तिर्खा महसुस गर्दैनन्। जीवनको अन्तिम दिनहरूमा, डिहाइड्रेशनले मस्तिष्कमा रसायनिकहरूको प्रकाशनलाई ट्रिगर गर्न मद्दत गर्न सक्छ जसले तपाईंलाई शान्त र कल्याणको भावनाको साथ छोड्न सक्छ। यसले तपाईंलाई तपाईंको अन्तिम घण्टा धेरै आराममा पार गर्न मद्दत गर्न सक्छ।

हृदय उपकरणहरूको निष्क्रियता

प्रत्यारोपण मुटु डिफिब्रिलेटर्स (ICD) वा बायाँ भेन्ट्रिकुलर असिस्ट उपकरणहरू (LVAD) तपाईंको हृदय कार्य समर्थन गर्न प्रयोग गर्न सकिन्छ। एउटा समय आउन सक्छ जब तपाईं यी उपकरणलाई निष्क्रिय गर्ने इच्छा राख्नुहुन्छ र प्राकृतिक मृत्यु हुन सक्छ। यसले समयभन्दा अगाडि नै यसबारे तपाईंको डाक्टरसँग कुरा गर्न र योजना बानाउन मद्दत गर्ने छ।

संक्रमणहरूका लागि एन्टिबायोटिक्स

कहिलेकहीं मृत्यु क्यान्सर वा हृदय रोग जस्ता चिकित्सा समस्याको कारणले नभएर संक्रमणको परिणाम स्वरूप हुन्छ। गम्भिर संक्रमणहरूका केही उदाहरणहरू निमोनिया र रोगाणुयुक्त हुन्। तपाईं आफ्नो इच्छा र दीर्घकालिक स्वास्थ्य परिणाममा आधारित नभएर संक्रमणको उपचार गर्ने निर्णय गर्न सक्नुहुन्छ। एन्टिबायोटिकहरू ब्याक्टेरियाबाट हुने संक्रमणहरू उपचार गर्ने औषधिहरू हो। अन्य औषधिहरू भाइरस वा फङ्गल सङ्क्रमणहरू उपचार गर्न प्रयोग गरिन्छ। यी औषधिहरू IV मार्फत दिन आवश्यक हुन सक्छ।

पल्लोएटिभ स्याहार र हस्पाइस स्याहार

तपाईं कहाँ र कसरी हेरचाह प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ भन्नेबारे आफ्नो इच्छाहरू समावेश गर्न सक्नुहुन्छ।

पल्लोएटिभ स्याहार सुविधाजनक स्याहार उपलब्ध गराउने विधि हो। लक्ष्य भनेको रोगको लक्षण र साइड इफेक्टहरू रोक्न वा उपचार गर्नु हो। गम्भीर रोग पत्ता लागेको पहिलो दिनदेखिबाट यस योजनाको भाग हुनुपर्छ। तपाईंले जति लामो समय बाँच्ने अपेक्षा गर्नुभएको भएपनि प्यालिएटिभ स्याहार उपलब्ध गराउन सकिन्छ। पल्लोएटिभ स्याहारले निम्न प्रदान गर्न सक्छ:

- दुखाइ र अन्य लक्षणहरूबाट आराम
- तपाईं र तपाईंको परिवारका लागि भावनात्मक र अध्यात्मिक समर्थन
- जटिल उपचार निर्णयहरू बनाउन मद्दत गर्नुहोस्

हस्पाइस केयर आगामी 6 महिनाभित्र मर्ने अपेक्षा गरिएकाहरूलाई उपलब्ध गराइने आरामदायी हेरचाहको स्तर हो। केन्द्रविन्दु लक्षण व्यवस्थापन, एक शान्तिमय मृत्यु र मृत्यु पछि जीवन मा छ। तपाईंको स्वास्थ्य घट्टै जाँदा, परिवार र साथीहरूसँग आशा अर्थपूर्ण समयमा परिवर्तन हुन्छ। हस्पाइस केयरले पल्लोएटिभ केयर प्लसका लागि सूचीबद्ध सबै लाभहरू दिन सक्छ:

- नयाँ ऊर्जा विकास गर्न वा उर्जा संरक्षण गर्न शारिरिक थेरापी वा व्यावसायिक थेरापी
- कला, सङ्गीत र अन्य अनुपूरक थेरापीहरू
- स्याहारकर्ताहरूका लागि विश्राम उपलब्ध गराउन राहत स्याहार
- नुहाउने, ग्रुमिङ, खाना खाने र अन्य व्यक्तिगत स्वास्थ्य आवश्यकताहरूमा मद्दत गर्नका लागि गृह स्वास्थ्य सहयोगीहरू
- धावन र खाना तयार गर्ने जस्ता सहायताका लागि प्रशिक्षित स्वयंसेवकहरू
- स्याहारकर्ताहरूका लागि शोक परामर्श सहित सहायता सेवाहरू

अङ्ग दान

आफ्नो निर्णय बनाउँदा अंग दानबारे यी तथ्यहरूलाई विचार गर्नुहोस्। www.life-source.org मा दर्ता गर्नुहोस् वा तपाईंको सवारी चालक अनुमतिपत्रमा आफ्ना इच्छाहरू राख्नुहोस्।

- माथिल्लो मध्यपश्चिममा भएका 3000 भन्दा बढी मानिसहरूले प्रत्यारोपणका लागि प्रतीक्षा गरिरहेका छन्।
- अङ्ग दानले तपाईंको परिवारलाई शोकको प्रक्रियामा मद्दत गर्न सक्छ। एक व्यक्तिले 60 जना मानिसको जीवन बचाउन सक्छ।
- तपाईंले अङ्गहरू दान गर्दा तपाईं वा तपाईंको परिवारलाई शुल्क लाग्दैन।
- तपाईंको स्वास्थ्य अवस्थाहरू भए तापनि, तपाईंले दान गर्न सक्नुहुन्छ।
- सबै मुख्य धर्महरूले अङ्ग दानको समर्थन गर्छ।
- अङ्ग देखिने कुनै पनि अन्त्येष्टिका योजनाहरूलाई प्रभाव पार्ने छैन।
- अङ्ग दानहरू गोप्य रहन्छन्।

तपाईंको पूरै शरीर विज्ञानलाई दान गर्दा छुट्टै फारामहरू आवश्यक पर्न सक्छ।

निम्न दश वटा पृष्ठ अग्रिम स्याहार योजनाका फाराम हुन्।

- यी पृष्ठहरू भर्नुहोस्। तपाईं तिनीहरूलाई हातेपुस्तिकामा छोड्न सक्नुहुन्छ वा तिनीहरूलाई आफूले चाहेअनुसार मेटाउन सक्नुहुन्छ।
- हरेक पृष्ठको तल आफ्नो नाम, जन्म मिति र पूर्ण मिति लेख्नुहोस्।
- तपाईंका साक्षीहरू वा नोटरी सर्वसाधारण उपस्थित नहुँदासम्म पृष्ठ 10 को 8 मा रहेको भाग 4 "कानुनी अधिकार" मा हस्ताक्षर नगर्नुहोस्।
- आफ्ना रेकर्डहरूका लागि प्रतिलिपिहरू बनाउनुहोस् र परिवारलाई साझा गर्नुहोस्।
- पूरा भएको फारामहरूलाई तपाईंको मेडिकल रेकर्डमा राख्नका लागि आफ्नो स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक र/वा स्वास्थ्य सेवा सुविधास्थलमा फर्काउनुहोस्।
- पूरा गरिएको अग्रिम स्याहार योजना फारामलाई के गर्ने भन्नेबारे जान्नका लागि पृष्ठ 10 को 10 हेर्नुहोस्।

My Advance Care Plan

मेरो अग्रिम स्याहार योजना

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.

मैले यस अग्रिम निर्देशिकालाई एकसमै विचार गरेर पूरा गरेको छु। यस कागजातले मेरो उपचारका विकल्पहरू र प्राथमिकताहरू दिन्छ र/वा मैले मेरो आफ्नै स्वास्थ्य हेरचाह निर्णयहरू बताउन सक्दिन भने मेरो पक्षमा बोल्नका लागि स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट (जसलाई स्वास्थ्य स्याहार अख्तियारनामा पनि भनिन्छ) नियुक्त गर्दछ। यदि नाम राखिएको छ भने, मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट, मैले गर्न नचाहने उपचारहरू अस्वीकार गर्ने निर्णय सहित मेरो लागि चिकित्सा निर्णयहरू गर्न सक्षम छन्।

This document will replace any previous advance directive.

यो कागजातले अघिल्लो अग्रिम निर्देशनलाई प्रतिस्थापन गर्ने छ।

My name (मेरो नाम): _____

Date (मिति): _____

My date of birth (मेरो जन्ममिति): _____

My address (मेरो ठेगाना): _____

My telephone numbers: (home) (मेरो टेलिफोन नम्बरहरू: (घर)) _____ (C (cell.)) (सेल) _____



My initials here indicate a professional medical interpreter helped me complete this document. व्यवसायिक चिकित्सा दोभाषेले यो कागजात पूरा गर्न मद्दत गर्नुभएको थियो भनी यहाँ भएका मेरा आद्यक्षरहरूले सूचित गर्छन्।

Part 1: My Health Care Agent

(Also Known as Health Care Power of Attorney)

भाग 1: मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट

(स्वास्थ्य स्याहार अख्तियारना भनेर पनि चिनिन्छ)

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

मैले रोग वा चोटपटकका कारणले गर्दा मेरा इच्छाहरू र स्वास्थ्य स्याहारका निर्णयहरू बताउन नसकेमा वा मैले मेरो आफ्नै स्वास्थ्य स्याहारका निर्णयहरू गर्न सक्दिन भनी मेरो स्वास्थ्य स्याहार टोलीले निर्धारण गरेमा, म मेरा इच्छाहरू बताउन र मेरो स्वास्थ्य स्याहारका निर्णयहरू लिनका लागि तल नाम दिइएको व्यक्ति छनोट गर्छु। मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टले निम्न कुरा गर्नुपर्छ:

- यस कागजातमा भएका मेरा स्वास्थ्य स्याहार निर्देशनहरूको पालना
- मैले उहाँलाई दिएको अन्य कुनै स्वास्थ्य स्याहार निर्देशनहरूको पालना
- मेरा उत्कृष्ट रुचिहरू र स्वीकृत चिकित्सा मानदण्डहरू अनुसार निर्णयहरू बनाउन

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

राज्य कानून बमोजिम एजेन्ट वा स्वास्थ्य स्याहार अख्तियारनामाहुने सक्नेहरूका आवश्यकताहरू

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.

Iowa: मैले यो कागजातमा हस्ताक्षर गरेको मितिमा मेरो एजेन्ट मेरो हेरचाह गर्ने स्वास्थ्य सेवा प्रदायक हुन सक्नुहुन्न। मेरो एजेन्ट पनि सम्बन्धको तेस्रो श्रेणीमा रगत, विवाह वा दत्तकग्रहणबाट मसँग सम्बन्धित नहुँदासम्म स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकको कर्मचारी हुन सक्नुहुन्न।

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.

Minnesota: मेरो एजेन्ट वयस्क हुनुपर्छ। मेरो एजेन्ट म त्यो व्यक्तिसँग रगत वा विवाह, दर्ता गरिएको घरेलु साझेदारी वा दत्तकग्रहणबाट सम्बन्धित नहुँदासम्म वा मसँग यस कागजातमा अन्यथा उल्लेख नहुँदासम्म मलाई प्रत्यक्ष स्याहार दिने स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक वा स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकको कर्मचारी हुन सक्नुहुन्न (यहाँ उल्लेख गर्नुहोस्: _____)।

साथै, निर्णयहरू बनाउनका लागि मेरो क्षमता निर्धारण गर्न नियुक्त गरिएको कुनै व्यक्ति मेरो एजेन्ट हुन सक्दैन।

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.

North Dakota: मेरो एजेन्ट वयस्क हुनुपर्छ। मेरो एजेन्ट निम्न हुन सक्नुहुन्न: 1) मेरो स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक; 2) मेरो स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकको कर्मचारी भएको कोही तर मसँग सम्बन्धित नभएको; 3) मेरो दीर्घकालीन स्याहार सेवा प्रदायक; 4) मेरो दीर्घकालीन स्याहार सेवा प्रदायकको कर्मचारी भएको कोही तर मसँग सम्बन्धित नभएको।

South Dakota: My agent must be an adult.

South Dakota: मेरो एजेन्ट वयस्क हुनुपर्छ।

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)
Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

My Primary (Main) Health Care Agent Is:

मेरो प्राथमिक (मुख्य) स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट निम्न हो:

Name (नाम): _____ Relationship (सम्बन्ध): _____

Telephone numbers: (H) टेलिफोन नम्बर: (H) _____ (C (C)) _____
(W (W)) _____

Full address (पूरा ठेगाना): _____

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.

मेरो प्राथमिक एजेन्टले मेरा लागि स्वास्थ्य स्याहार निर्णय गराउन इच्छुक नभएमा, सक्षम नभएमा वा उचित रूपमा उपलब्ध नभएमा, मैले वैकल्पिक स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट छनोट गर्छु।

My Alternate Health Care Agent Is:

मेरो वैकल्पिक स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट निम्न हो:

Name (नाम): _____ Relationship (सम्बन्ध): _____

Telephone numbers: (H) टेलिफोन नम्बर: (H) _____ (C (C)) _____
(W (W)) _____

Full address (पूरा ठेगाना): _____

Powers of My Health Care Agent:

मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टको सामर्थ्य:

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:

मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट स्वचालित रूपमा निम्नमध्ये सबै सामर्थ्य छ जब मसँग निर्णय गर्ने क्षमता छैन र/वा म आफ्नै लागि कुरा गर्न असमर्थ छु:

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.

मेरो स्वास्थ्य स्याहारका बारेमा निर्णय अस्वीकार गर्न वा रद्द गर्न सहमत हुने। यसले परीक्षण, औषधि, शल्यक्रिया, कृत्रिम पोषण र हाइड्रेसन (जस्तै ट्युबबाट खुवाउने वा IV (इन्ट्राभेनस) तरल पदार्थ) र उपचारहरूसँग सम्बन्धित अन्य निर्णयहरू समावेश गर्छ। उपचार पहिले नै सुरु भएमा, मेरो एजेन्टले मेरो निर्देशनहरूको आधारमा यो गर्न जारी राख्न वा रोक्न सक्नुहुन्छ।

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

मेरो इच्छा, महत्त्व र विश्वासको उहाँको बुझाइको आधारमा यस कागजातमा कुनै पनि निर्देशन व्याख्या गर्नुहोस्।

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)
Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

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).

स्वास्थ्य बीमा वहनीयता र जवाफदेहिता ऐन 1996 मा उल्लेख गरिएनुसार मेरो स्वास्थ्य स्याहारका लागि आवश्यकतानुसार मेरो चिकित्सा रेकर्ड र व्यक्तिगत फाइलहरू समीक्षा गर्नुहोस् र खुलासा गर्नुहोस्।

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

उहाँले उचित भएको सोचेको स्थानमा मेरो स्वास्थ्य स्याहार तथा उपचारका लागि व्यवस्थित गर्नुहोस्।

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

मेरो स्वास्थ्य स्याहार कुन स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक र संस्थाले उपलब्ध गराउँछ भनी निर्णय लिनुहोस्।

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

यस कागजातको भाग 2 मा मेरो निर्देशनहरूको आधारमा अङ्ग तथा तन्तु दानबारे निर्णयहरू बनाउनुहोस्।

Comments or limits on the above (माथिका टिप्पणी वा सीमाहरू): _____

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)
Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

Additional Powers of My Health Care Agent:

मेरो सामर्थ्य स्याहार एजेन्टको अतिरिक्त शक्तिहरू:

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

तलका मेरा प्रारम्भहरूले मेरो स्वास्थ्य सेवा एजेन्टलाई पनि अधिकृत गर्छु भन्ने कुराको सङ्केत गर्दछ:

Make decisions about the care of my body after death.
मरो मृत्युपछि शरीरको स्याहारबारे निर्णयहरू बनाउनुहोस्।

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

म North Dakota वा Minnesota मा बस्छु भने, तलका मेरा आद्याक्षहरूले म मेरो स्वास्थ्य सेवा एजेन्टलाई पनि अधिकृत गर्छु भन्ने कुराको सङ्केत गर्दछ:

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

यदि हाम्रो विवाह वा घरेलु साधेदारी कानूनी रूपमा समाप्त हुदैँ छ वा समाप्त भएको छ भने पनि मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टको रूपमा जारी राख्नुहोस्।

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

यदि म आफ्नो निर्णय आफैँ बनाउन वा आफ्नो लागि आफैँ बोल्न सक्छु भने पनि, यदि मैले त्यसो गर्न छनोट गरे भनी मेरो लागि स्वास्थ्य स्याहार निर्णयहरू बनाउनुहोस्।

Part 2: My Health Care Instructions

भाग 2: मेरा स्वास्थ्य स्याहार निर्देशनहरू

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.

स्वास्थ्य स्याहारका लागि मेरो रोजाइ र प्राथमिकताहरू तल सङ्केत गरिएका छन्। यदि म सञ्चार गर्न वा आफ्नो रोजाइहरू बनाउन सक्दैन भने म आफ्नो स्वास्थ्य एजेन्टलाई यी रोजाइहरू सञ्चार गर्न, र मेरो स्वास्थ्य स्याहार टोलीलाई तिनीहरूलाई सम्मान गर्न सोध्छु।

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

मैले हरेक स्थितिका लागि रूचाएको विकल्पका लागि तल एउटा बाकस सुरु गरेको छु।

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

नोट: तपाईंलाई आफ्नो जीवन लम्ब्याउनका लागि उपचारबारे निर्देशनहरू लेख्न आवश्यक छैन। यदि तपाईंसँग लिखित निर्देशनहरू छैन भने, तपाईंको एजेन्टले तपाईंको बोलीको इच्छाको आधारमा वा तपाईंको इच्छाहरू अज्ञात भएमा तपाईंको सर्वोत्तम हितमा निर्णय गर्ने छ।

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)
Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

A. Cardiopulmonary Resuscitation: A Decision for the Present कार्डियोपुल्मोनरी रिससिटेसन: हालका लागि निर्णय

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.

यो निर्णयले मेरो हालको स्वास्थ्यमा आधारित रहेर आज मैले गरीरहेको उपचार छनोट उल्लेख गर्दछ। **खण्ड C तल (मेरो जीवन लम्ब्याउने उपचारहरू: भविष्यका लागि निर्णयहरू)** ले मेरो स्वास्थ्य भविष्यमा परिवर्तन भने र मैले आफ्नै लागि सञ्चार गर्न सकिदिन भने मैले चाहेको उपचार विकल्पहरू सङ्केत गर्दछ।

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 हृदयको लय र सास फेर्न रोकिएको बेला पुनर्स्थापना ल्याउन प्रयासका लागि प्रयोग गरिने उपचार हो। CPR ले छातीको सङ्कुचन (रगत सञ्चालन गर्न छातीमा प्रभावशाली धक्का), औषधिहरू, इलेक्ट्रिकल अघातहरू, श्वास ट्युब र अस्पतालमा भर्ना सम्मिलित गर्न सक्छ।

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.

म बुझ्दछु कि CPR ले जीवन बचाउन सक्छ तर यसले सधै काम गर्दैन। म यो कुरा पनि बुझ्दछु कि CPR ले ती व्यक्तीहरूका लागि काम गर्दैन जोसँग पुरानो (लामो अवधि) बिमारी वा खराब कार्य वा दुवै हुन्छ। म बुझ्दछु कि CPR बाट पुनः प्राप्ति हुन पीडादायी वा कठीन हुन सक्छ।

Therefore (initial one)

त्यसकारण (प्रारम्भिक)

I want CPR attempted if my heart or breathing stops.
मेरो हृदय वा श्वासप्रश्वास बन्द हुन्छ भने मलाई CPR प्रयास चाहिन्छ।

Or (वा)

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:

मेरो स्वास्थ्यको हालको स्थितिको आधारमा मेरो हृदय वा श्वासप्रश्वास बन्द हुन्छ भने मलाई CPR प्रयास चाहिन्छ। यद्यपि, भविष्यमा यदि मेरो स्वास्थ्य परिवर्तन भएको छ भने, त्यसपछि मेरो एजेन्ट वा मैले (म सक्षम छु भने) मेरो स्वास्थ्य स्याहार टोलीसँग CPR छलफल गर्नुपर्छ। **खण्ड B मा भएका मेरा विकल्पहरू: उपचार प्राथमिकताहरू र खण्ड C: यो निर्णय लिने बेलामा मेरो जीवन लम्ब्याउने तल दिइएका उपचारहरूलाई विचार गर्नुपर्छ।** मेरो स्वास्थ्य परिवर्तन भएको उदाहरणहरूमा निम्न समावेश छन्:

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)
Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

- have an incurable illness or injury and am dying
मलाई निको नहुने रोग वा चोट लागेको छ र म मर्दैछु
- have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops
मेरो मुटु वा श्वासप्रश्वास रोकियो भने म बाच्ने कुनै उचित सम्भावना छैन
- have little chance of long-term survival if my heart or breathing stops and CPR would cause significant suffering
यदि मेरो मुटु वा श्वासप्रश्वास रोकियो भने म दीर्घकालीन समयसम्म बाच्ने थोरै सम्भावना हुन्छ र CPR ले अर्थपूर्ण पीडा निम्त्याउँछ

Or (वा)

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.

मेरो मुटु वा श्वासप्रश्वास बन्द भएमा म CPR गर्न चाहन्न। म प्राकृतिक मृत्युलाई अनुमति दिन चाहन्छु। यदि मैले यो विकल्प छनोट गरे भने मैले डु नट रिसुसिटे (DNR) अर्डर लेख्नेबारे आफ्नो स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकलाई हेर्नुपर्छ भन्ने कुरा बुझ्दछु।

B. Treatment Choices: My Health Condition

उपचारका रोजाइहरू: मेरो स्वास्थ्य अवस्था

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.

मेरा विशिष्ट स्वास्थ्य अवस्था(हरू) का लागि मेरो उपचार रोजाइहरू यहाँ लेखिएको छ। कुनै पनि उपचार विकल्पका साथ, म बुझ्दछु कि मैले पीडानाशक औषधि र साथसाथै, यदि म मुखले खाना तथा तरल पदार्थ लिन सक्षम हुन्छु भने मैले प्राप्त गर्न जारी राख्ने छु।

My initials here indicate additional documents are attached.

यहाँ भएका मेरा आद्यक्षरहरूले थप कागजातहरू संलग्न गरिएको छ भनी सूचित गर्छन्।

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)
Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

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

मेरो जीवन लम्ब्याउने उपचारहरू: भविष्यका लागि निर्णय

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):

यदि म अब आफ्नो लागि निर्णय गर्न सकिदिन र मेरो स्वास्थ्य स्याहार टोली र एजेन्टले म को हो भनेर जान्न मेरो क्षमता पुनः प्राप्त गर्न सकिदिन भन्ने विश्वास गर्नुहुन्छ भने, म (प्रारम्भिक) चाहन्छु:

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.

नोट: कुनै पनि छनोटका साथ, मैले दुखाइ र आरामको औषधिहरू प्राप्त गरिरहने छु, साथै मैले निल्न सकेमा खाना र तरल पदार्थहरू मुखले खाने कार्य जारी राख्ने छु भन्ने कुरा बुझ्दछु।

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.

मेरो जीवन बढाउन सक्ने **सबै उपचारहरू बन्द गर्न वा रोक्न**। यो समावेश हुन्छ तर कृत्रिम पोषण र हाइड्रेसनमा सीमित छैन (उदाहरणका लागि, ट्युबबाट खुवाउने, IV (इन्ट्राभेनस) तरल पदार्थ), रेस्पिरेटर/भेन्टिलेटर (श्वासप्रश्वास मेसिन), कार्डियोपल्मोनरी रिसुसिटेशन (CPR), डायलायसिसर प्रतिजीवी।

Or (वा)

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.

मेरो स्वास्थ्य सेवा टोलीद्वारा **सिफारिस गरिएको सबै उपचारहरू**। यो समावेश हुन्छ तर कृत्रिम पोषण र हाइड्रेसनमा सीमित छैन (उदाहरणका लागि, ट्युबबाट खुवाउने, IV (इन्ट्राभेनस) तरल पदार्थ), रेस्पिरेटर/भेन्टिलेटर (श्वासप्रश्वास मेसिन), कार्डियोपल्मोनरी रिसुसिटेशन (CPR), डायलायसिसर प्रतिजीवी। म मेरो स्वास्थ्य स्याहार टोली र एजेन्टले त्यस्ता उपचारहरू हानिकारक हुन्छ वा उपयोगी हुँदैन भनेर सहमत नगर्दासम्म उपचार जारी राख्न चाहन्छु।

Comments or directions to my health care team:

मेरो स्वास्थ्य स्याहार टोलीका लागि टिप्पणी वा निर्देशनहरू:

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)

Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

D. Organ Donation (Initial One)

अङ्ग दान (प्रारम्भिक)

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:

योग्य भएमा, मैले मेरो आँखा, तन्तु र/वा अङ्ग दान गर्न चाहन्छु। मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट दान गरेर पूरा नहुँदासम्म मेरो अङ्ग, तन्तु र आँखाहरू सम्भाल्न आवश्यक भएको उपचार वा हस्तक्षेप सुरु गर्न र जारी राख्न सक्नुहुन्छ। मेरो विशेष इच्छाहरू (कुनै भएमा) निम्न हुन्:

I do not want to donate my eyes, tissues and/or organs.

म मेरो आँखा, तन्तु र/वा अङ्ग दान गर्न चाहन्न।

Or (वा)

My Health Care Agent can decide.

मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टले निर्णय गर्न सक्नुहुन्छ।

E. Autopsy (Initial One)

पोस्टमार्टम (प्रारम्भिक)

I want my agent to make decisions about an autopsy of my body.
म मेरो एजेन्टले मेरो शरीरको पोस्टमार्टमका बारेमा निर्णयहरू लियोस् भन्ने चाहन्छु।

I do not want an autopsy unless required by law.
कानुनी रूपमा आवश्यक नहुँदासम्म म पोस्टमार्टम चाहन्न।

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)

Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

F. Comments or Directions to My Health Care Team**मेरो स्वास्थ्य स्याहार टोलीका लागि टिप्पणी वा निर्देशनहरू**

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.

तपाईं आफ्नो स्वास्थ्य स्याहार टोलीलाफ कुनै पनि थप निर्देशन वा सन्देश लेख्नका लागि यस खालीस्थानको प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ जुन यस निर्देशनमा समेटिएको छैन वा स्पष्टीकरणका लागि बिन्दुमा विस्तारपूर्वक प्रस्तुत गरिएको छ। तपाईं यस खाली स्पेसलाई पनि छोड्न सक्नुहुन्छ।

My initials here indicate additional documents are attached.

यहाँ भएका मेरा आद्यक्षरहरूले थप कागजातहरू संलग्न गरिएको छ भनी सूचित गर्छन्।

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)
 Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

Part 3: My Hopes and Wishes (Optional)

भाग 3: मेरो आशा र इच्छाहरू (वैकल्पिक)

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

म मेरो प्रियजनहरूलाई मेरो निम्न विचार र भावनाहरू थाहा होस् भन्ने चाहन्छु।

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

मेरो लागि जीवन अत्यन्तै महत्त्वपूर्ण बनाउने कुरा निम्न हुन्:

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

जीवन अब बाँच्ने लायकको छैन भन्नेबारे मेरा विश्वासहरू:

My thoughts about specific medical treatments, if any:

कुनै भएमा, विशेष चिकित्सा उपचारका बारेमा मेरा विचारहरू:

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

म कसरी मर्न चाहन्छु र म कहाँ मर्न चाहन्छु भन्नेबारे मेरा विचार र भावनाहरू:

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.):

म मृत्युको नजिकै भएमा, म मेरो प्रियजनहरूलाई मैले निम्न सहजता र सहायताका लागि प्रशंसा गर्न चाहन्छु भनी थाहा दिन चाहन्छु (विधिशास्त्र, प्रार्थना, सङ्गीत, आदि):

Religious affiliation:

धार्मिक सम्बन्ध:

I am of the (म) _____ faith, and am a member of
(विश्वासको हो र)

_____ in (city) (सहर) मा _____ faith
community (विश्वास समुदायको सदस्य हो।)

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)
Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

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.

म मेरो मृत्युका बारेमा मेरो विश्वास समुदायलाई मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टले सूचित गरौं र मेरो शवयात्रा/स्मृति/दफन उपलब्ध गराउन उहाँहरूका लागि व्यवस्थित गरौं भन्ने चाहन्छु।

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

सम्भव भएमा, म मेरो शवयात्रामा निम्न समावेश गर्न चाहन्छु (मानिस, सङ्गीत, विधिशास्त्र, आदि):

Other wishes and instructions:

अन्य इच्छा र निर्देशनहरू:

My initials here indicate additional documents are attached:

यहाँ भएका मेरा आद्यक्षरहरूले थप कागजातहरू संलग्न गरिएको छ भनी सूचित गर्छु: भाग

Part 4: Legal Authority

भाग 4: कानुनी अधिकार

Do not sign unless the witnesses or notary are present.

साक्षी वा नोटरी उपस्थित नहुँदास्म हस्ताक्षर नगर्नुहोस्।

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.

नोट: यो कागजात नोटरी गरिएको वा साक्षी भएको हुनुपर्छ। [पृष्ठ 9 को 9 मा व्यक्तिले उल्लेख गरेको आवश्यकताहरू हेर्नुहोस्]।

दुई साक्षी र नोटरी पब्लिकले तपाईंको हस्ताक्षर र मिति पुष्टि गर्नुपर्छ।

I have made this document willingly. I am thinking clearly. This document states my wishes about my future health care decisions:

मैले यो कागजात इच्छापूर्वक गराएको हो। म स्पष्ट रूपमा सोचिरहेको छु। यो कागजातले मेरो भविष्यका स्वास्थ्य स्याहार निर्णयबारे मेरा इच्छाहरू उल्लेख गर्छ:

Signature (हस्ताक्षर) _____ Date (मिति) _____

If I cannot sign my name, I ask the following person to sign for me:

मैले मेरो नाम हस्ताक्षर गर्न नसकेमा, मैले मेरा लागि हस्ताक्षर गर्न निम्न व्यक्तिलाई अनुरोध गर्छु:

Signature (of person asked to sign) (हस्ताक्षर गर्न भनिएको व्यक्तिको)हस्ताक्षर _____

Date (मिति) _____ Printed Name (पूरा नाम) _____

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)

Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

Option 1: Notary Public

विकल्प 1: नोटरी पब्लिक

_____ State of (को राज्य) _____

County of (को काउन्टी) _____

In my presence on (मेरो उपस्थितिमा) _____ (date) (मिति), _____

(name) (नाम) 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. (ले यो कागजातमा आफ्नो हस्ताक्षर स्वीकार गर्नुभयो वा यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिलाई निजको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्न अधिकार दिएको स्वीकार गर्नुभयो।)

Signature of Notary (नोटरीको हस्ताक्षर) _____ Notary Seal (नोटरीको छाप) _____

My commission expires (मेरो नियुक्ति यसमा समाप्त हुन्छ): _____

Or (वा)

Option 2: Statement of Witnesses

विकल्प 2: साक्षीको बयान

Witness 1: In my presence on (साक्षी 1: मेरो उपस्थितिमा) _____ (date) (मिति),
_____ (name) (नाम) voluntarily signed this document (or authorized

the person signing

this document to sign on his or her behalf. (ले स्वेच्छापूर्वक यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्नुभयो (वा यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिलाई निजको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्न अधिकार दिइयो।)

Signature (हस्ताक्षर) _____ Date (मिति) _____

Printed Name (पूरा नाम) _____ Date (मिति) _____

Witness 2: In my presence on (साक्षी 2: मेरो उपस्थितिमा) _____ Date (मिति) _____

_____ (name)

(नाम) voluntarily signed this document (or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf. (ले स्वेच्छापूर्वक यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्नुभयो (वा यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिलाई निजको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्न अधिकार दिइयो।)

Signature (हस्ताक्षर) _____ Date (मिति) _____

Printed Name (पूरा नाम) _____ Date (मिति) _____

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)

Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

Required in ND (ND मा आवश्यक छ)

Acceptance of Appointment of Health Care Agent (Health Care Power of Attorney)

स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टको अपोइन्टमेन्ट स्वीकृति (स्वास्थ्य स्याहार अख्तियारनामा)

I accept this appointment and agree to serve as an agent for health care decisions. I understand I have a duty to act consistently with the desires expressed in this document and to act in good faith. I understand this individual can revoke my designation as an agent at any time in any manner. I will notify this individual if I choose to withdraw from this role while this individual is competent. I will notify this individual's health care provider if I choose to withdraw from this role when this individual is not able to make health care decisions.

म यो अपोइन्टमेन्ट स्वीकार गर्छु र स्वास्थ्य स्याहारका निर्णयहरूका लागि एजेन्टको रूपमा सेवा पुर्याउन सहमति जनाउँछु। यस कागजातमा व्यक्त गरिएका इच्छाहरूका साथ अनुरूप काम गर्नु र राम्रो विश्वासका साथ कार्य गर्नु मेरो कर्तव्य हो भन्ने कुरा म बुझ्दछु। यो व्यक्तिले कुनै पनि समयमा कुनै पनि तरिकाले एजेन्टको रूपमा मेरो पद रद्द गर्न सक्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। यो व्यक्ति सक्षम हुँदा मैले यो भूमिकाबाट पछाडि हट्ने छनोट गरेमा मैले यो व्यक्तिलाई थाहा दिने छु। यो व्यक्ति स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी निर्णयहरू लिन योग्य नहुँदा मैले यो भूमिकाबाट पछाडि हट्ने छनोट गरेमा मैले यो व्यक्तिको स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकलाई थाहा दिने छु।

Primary Agent Signature (प्राथमिक एजेन्टको हस्ताक्षर) _____

Date (मिति) _____

Printed Name (पूरा नाम) _____

Alternate Agent Signature वैकल्पिक एजेन्टको हस्ताक्षर _____

Date (मिति) _____

Printed Name (पूरा नाम) _____

राज्यद्वारा साक्षीहरूका लागि आवश्यकताहरू

Iowa: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) a provider attending the principal on the date this document is signed; (2) an employee of the provider attending the principal on the date this document is signed; (3) the Health Care Agent named in this document; and (4) at least one witness cannot be related to the principal by blood, marriage, or adoption within the third degree of relation.

Iowa: नोटरी पब्लिक वा 2 वयस्क साक्षीहरू आवश्यक हुन्छन्। साक्षी निम्न हुन सक्नुहुन्न: (1) यस कागजातमा हस्ताक्षर गरिएको मितिमा प्रधानाध्यापकमा उपस्थित हुने प्रदायक; (2) यस कागजातमा हस्ताक्षर गरिएको मितिमा प्रधानाध्यापकमा उपस्थित हुने प्रदायकको कर्मचारी; (3) यस कागजातमा नाम दिइएको स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट; र (4) कम्तीमा एक साक्षी सम्बन्धको तेस्रो श्रेणीमा रगत, विवाह वा दत्तकग्रहणबाट प्रधानाध्यापकसँग सम्बन्धित हुन सक्दैन।

Minnesota: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be the Health Care Agent or alternate Health Care Agent. Of the two witnesses, only one can be a health care provider or an employee of a provider giving direct care on the date the document is signed.

Minnesota: नोटरी पब्लिक वा 2 वयस्क साक्षीहरू आवश्यक हुन्छन्। एक साक्षी स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट वा वैकल्पिक स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट हुन सक्दैन। दुई जना साक्षीमध्ये, एक जना मात्र कागजातमा हस्ताक्षर भएको मितिमा स्वास्थ्य सेवा प्रदायक वा प्रत्यक्ष हेरचाह गर्ने प्रदायकको कर्मचारी हुन सक्नुहुन्छ।

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)

Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

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.

North Dakota: नोटरी पब्लिक वा 2 वयस्क साक्षीहरू आवश्यक हुन्छन्। साक्षी निम्न हुन सक्नुहुन्न: (1) स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट; (2) प्रधानाध्यापकको जीवनसाथी वा उत्तराधिकारी; (3) प्रधानाध्यापकसँग रगत, विवाह वा दत्तकग्रहणको सम्बन्ध भएको व्यक्ति; (4) इच्छा वा कर्म अन्तर्गत प्रधानाध्यापकको मृत्युमा प्रधानाध्यापकको सम्पत्तिको कुनै भागको हकदार भएको व्यक्ति; (5) प्रधानाध्यापकको सम्पत्ति विरुद्ध कुनै पनि दावी गर्ने अन्य कुनै व्यक्ति; (6) प्रधानाध्यापकको चिकित्सा स्याहारका लागि सिधै आर्थिक रूपमा जिम्मेवार भएको व्यक्ति; वा (7) प्रधानाध्यापकको उपस्थित चिकित्सक। साथै, कम्तीमा पनि एउटा साक्षी यो कागजात हस्ताक्षर गरिएको मितिमा प्रधानाध्यापकलाई प्रत्यक्ष स्याहार उपलब्ध गराउने स्वास्थ्य स्याहार वा दीर्घकालीन हेरचाह प्रदायक वा यस कागजातमा हस्ताक्षर गरिएको मितिमा प्रधानाध्यापकलाई प्रत्यक्ष स्याहार उपलब्ध गराउने स्वास्थ्य स्याहार वा दीर्घकालीन हेरचाह प्रदायकको कर्मचारी हुन सक्नुहुन्न।

South Dakota: Notary Public or 2 adult witnesses are required.

South Dakota: नोटरी पब्लिक वा 2 वयस्क साक्षीहरू आवश्यक हुन्छन्।

After Completing the Advance Care Plan

अग्रिम स्याहार योजना पूरा गरेपछि

Now that I have completed this document, I will:

मैले यो कागजात पूरा गरेको हुँदा, म निम्न कुरा गर्ने छु:

- Keep the original copy of this document where it can be easily found.
सजिलैसँग फेला पार्न सकिने ठाउँमा यो कागजातको मूल प्रतिलिपि राख्ने
- Make several copies of this document and give to my:
यो कागजातको धेरै प्रतिलिपिहरू बनाउने र मेरो:
 - Primary and Alternate Health Care Agents
प्राथमिक र वैकल्पिक स्वास्थ्य स्याहार एजेन्टहरूलाई दिने
 - Doctor and other health care providers
चिकित्सक र अन्य स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरू
 - Health care facility (hospital, other) whenever I am admitted, and ask that it be placed in my medical record
म भर्ना भएको स्वास्थ्य स्याहार सुविधास्थल (अस्पताल, अन्य) र यसलाई मेरो मेडिकल रेकर्डमा राख्न अनुरोध गर्ने
- 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.
मलाई गम्भीर रोग वा चोट लागेमा संलग्न हुन सक्ने मेरा बाँकी परिवार र नजिकका साथीहरूलाई मेरो स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट को हो र मेरा इच्छाहरू के-के छन् भन्ने कुरा थाहा छ भनी सुनिश्चित गर्दै उहाँहरूसँग कुरा गर्ने।

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)
Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

When to Review Your Advance Care Plan

तपाईंको अग्रिम स्याहार योजनाको समीक्षा कहिले गर्ने

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.

नियमित रूपमा अग्रिम स्याहार योजनाको समीक्षा र अद्यावधिक गर्नु सामान्य हो। तपाईं यसलाई तपाईंको वार्षिक शारीरिक परीक्षाका साथ वा "Five D's" मध्ये कुनै पनि देखा पर्दा समीक्षा गर्न सक्नुहुन्छ।

- **Decade:** when you start each new decade of your life.
दशकको अवधिमा: तपाईं आफ्नो जीवनको प्रत्येक नयाँ दशक सुरु गर्दा।
- **Death:** whenever you experience the death of a loved one.
मृत्यु: तपाईं कुनै प्रियजनको मृत्युको अनुभव गर्दा
- **Divorce:** when you experience a divorce or other major family change.
सम्बन्ध विच्छेद: तपाईंले सम्बन्ध विच्छेद वा अन्य मुख्य पारिवारिक परिवर्तन अनुभव गर्दा।
- **Diagnosis:** when you are diagnosed with a serious health condition.
निदान: तपाईंलाई गम्भीर स्वास्थ्य अवस्थाको निदान गरिँदा।
- **Decline:** when you experience a significant decline or deterioration of an existing health condition, especially when you are unable to live on your own.
अस्वीकार: तपाईं अवस्थित स्वास्थ्य अवस्थाको महत्त्वपूर्ण अस्वीकार वा बिग्रिएको अनुभव गर्दा, विशेषगरी तपाईं आफैँमा जीवित रहन नसक्दा।

Copies of This Document Have Been Given To:

यो कागजातको प्रतिलिपिहरू निम्नलाई दिइएको छ:

Primary (main) Health Care Agent

(प्राथमिक (मुख्य) स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट)

Name (नाम): _____ Telephone (टेलिफोन): _____

Alternate Health Care Agent (वैकल्पिक स्वास्थ्य स्याहार एजेन्ट)

Name (नाम): _____ Telephone (टेलिफोन): _____

Health care Provider/Clinic/Hospital/Family Members

स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक/क्लिनिक/अस्पताल/परिवारका सदस्यहरू

Name (नाम): _____ Telephone (टेलिफोन): _____

Name (नाम): _____ Telephone (टेलिफोन): _____

Name (नाम): _____ Telephone (टेलिफोन): _____

Name (नाम): _____ Telephone (टेलिफोन): _____

Name (नाम): _____ Telephone (टेलिफोन): _____

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)

Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

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.

यदि तपाईं परिवर्तन गर्न चाहनुहुन्छ भने, नयाँ फाराम भर्नुहोस्। सबैजनालाई नयाँ कागजातको प्रतिलिपिहरू दिनुहोस् जोसँग तपाईंको अघिल्लो प्रतिलिपिहरू छन्। उनीहरूलाई अघिल्लो संस्करण नष्ट गर्न लगाउनुहोस्।

The ACP of (को) ACP _____ (print name) ((प्रिन्ट नाम)
Birth Date (जन्म मिति) _____ Completion Date (पूरा हुने मिति) _____

When You Want Help With Advance Care Planning तपाईंले अग्रिम स्याहार योजनाका साथ मदत चाहँदा

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:

अग्रिम स्याहार योजनाले तपाईंलाई अन्यसँग कुराकानी गर्ने अवसर दिन्छ। स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरू, परिवारका सदस्यहरू र अन्य महत्त्वपूर्ण व्यक्तिहरूले तपाईंलाई विकल्पहरू अन्वेषण गर्नमा मदत गर्न सक्छन्। थप जानकारीका लागि सम्पर्क गर्नुहोस्:

Bemidji

Advance Care Planning Program

Phone: (218) 333-6060

Email: acp.bemidji@sanfordhealth.org

अग्रिम हेरचाह योजना कार्यक्रम

फोन: (218) 333-6060

इमेल acp.bemidji@sanfordhealth.org

फार्गो

Advance Care Planning Program

Phone: (701) 234-6966

Email: FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org

अग्रिम हेरचाह योजना कार्यक्रम

फोन: (701) 234-6966

इमेल: Email: FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org

Bismarck

Advance Care Planning Program

Phone: (701) 323-1ACP (1227)

Email: acp.bismarck@sanfordhealth.org

अग्रिम हेरचाह योजना कार्यक्रम

फोन: (701) 323-1ACP (1227)

इमेल: acp.bismarck@sanfordhealth.org

सिउक्स फल्स

DeGroot Center

Phone: (605) 312-3520

Email: acp.siouxfalls@sanfordhealth.org

DeGroot केन्द्र

फोन: (605) 312-3520

इमेल: acp.siouxfalls@sanfordhealth.org

