স্বাস্থ্য পরিচর্যার জন্য অগ্রিম নির্দেশাবলী এবং টেকসই পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি

আপনি যদি খুব অসুস্থ হয়ে পড়েন তবে আপনি কীভাবে চিকিৎসা করতে চান সে সম্পর্কে এই ফর্মটি আপনাকে সিদ্ধান্ত তৈরি করতে দেয়।

HENRY FORD HEALTH

hap

henryford.com

এই ফর্মটির পাঁচটি অংশ আছে। এটি আপনাকে অনুমতি দেয়:

বিভাগ 1: একজন পেশেন্ট অ্যাডভোকেট বেছে নেওয়া।

একজন পেশেন্ট অ্যাডভোকেট এমন একজন ব্যক্তি যিনি আপনার জন্য চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে পারেন যদি আপনি খুব অসুস্থ হন বা সেগুলি নিজে করতে না পারেন।

বিভাগ 2: আপনার নিজের স্বাস্থ্যসেবা বাছাই করুন।

এই ফর্মটি আপনাকে আপনার পছন্দ মতো স্বাস্থ্যসেবা বেছে নিতে দেয়। এইভাবে, যদি আপনি তাদের নিজে না বলতে পাড়ার মতন ভীষণ অসুস্থ হয়ে পড়েন তাহলে যারা আপনার যত্ন নেয় তাদের অনুমান করতে হবে না যে যে আপনি কী চান।

বিভাগ 3: ফর্মটি স্বাক্ষর করুন।

ফর্মটি ব্যবহার করার আগে আপনাকে অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে।

বিভাগ 4: আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে স্বাক্ষর করতে বলুন।

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হতে সম্মত হতে আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে অবশ্যই 11 নম্বর পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করতে হবে।

বিভাগ 5: আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট কি আপনার হয়ে মানসিক স্বাস্থ্যের পছন্দগুলি বাছাই করবে (ঐচ্ছিক)।

আপনাকে অবশ্যই এই পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করতে হবে যদি আপনি এই বিকল্পটি চান।

এখানে আপনার নাম লিখুন:

____

জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর):

______________/__________/__________

- আপনি যদি **শুধুমাত্র একজন পেশেন্ট অ্যাডভোকেট চান** নামক **বিভাগ 1** এ যান।
- আপনি যদি **কেবল আপনার নিজের স্বাস্থ্যসেবা পছন্দ করতে চান** তাহলে **বিভাগ 2** এ যান।
- আপনি যদি **দুটোই চান** তাহলে **বিভাগ 1** এবং **বিভাগ 2** পূরণ করুন।

আপনি শুধুমাত্র যে অংশগুলি চান সেগুলি পূরণ করুন।
সর্বদা বিভাগ 3 এ ফর্মটিতে স্বাক্ষর করুন।
দুজন সাক্ষীকে বিভাগ 3 এ স্বাক্ষর করতে হবে।

আমি ফর্মটি পূরণ করার পরে এবং সবাই স্বাক্ষর করার পরে আমি কী করব?

যারা আপনার যত্ন নেন তাদের সাথে ফর্মটি শেয়ার করুন:

- আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট
- ডাক্তাররা
- নার্সরা
- সামাজিক কর্মীরা
- পরিবার এবং বন্ধুরা

নিজের জন্য একটি কপি নিরাপদ স্থানে রাখুন।

আমি যদি আমার মন পরিবর্তন করি?

- আপনি যে কোনো সময় আপনার মন পরিবর্তন করতে পারেন।
- চিকিৎসা সংক্রান্ত যে কোনো উচ্চারিত ইচ্ছাকে অবশ্যই একজন পেশেন্ট অ্যাডভোকেট দ্বারা সম্মানিত করা উচিত, এমনকি তা আপনি আপনার ফর্মে যা লিখেছেন তার থেকে ভিন্ন হলেও।
- একটি নতুন ফর্ম পূরণ এবং স্বাক্ষর করা ভালো।
- আপনার পরিবর্তন সম্পর্কে যারা আপনার জন্য যত্নশীল তাদের বলুন।
- আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট এবং আপনার ডাক্তারদের নতুন ফর্মটি দিন।

আমার যদি ফর্ম সম্পর্কে প্রশ্ন থাকে?

আপনার প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য এটি আপনার ডাক্তার, নার্স, সমাজকর্মী, পেশেন্ট অ্যাডভোকেট, পরিবার বা বন্ধুদের কাছে নিয়ে আসুন।

আমি যদি এই ফর্মে নেই এমন স্বাস্থ্যসেবা বাছাই করতে চাই?

- কাগজের টুকরোতে আপনার পছন্দগুলি লিখুন।
- এই ফর্মের সাথে কাগজটি রাখুন।
- যারা আপনার খেয়াল রাখেন তাদের সাথে আপনার পছন্দ শেয়ার করুন।

বিভাগ 1: আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট বেছে নিন

যে ব্যক্তি আপনার জন্য চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে পারে যখন আপনি সেগুলি নিজে নেওয়ার ক্ষেত্রে খুব বেশি অসুস্থ হয়ে পড়েন

আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হওয়ার জন্য আমার কাকে বেছে নেওয়া উচিত?

একজন পরিবারের সদস্য বা বন্ধু যাদের:

- বয়স কমপক্ষে 18 বছর
- আপনাকে ভালোভাবে চেনেন
- আপনার প্রয়োজন হলে আপনার জন্য সেখানে থাকতে পারবে
- আপনি আপনার জন্য যা সবচেয়ে ভালো তা করতে বিশ্বাস করেন
- এই ফর্মটিতে আপনি যে সিদ্ধান্তগুলি নিয়েছেন সে সম্পর্কে আপনার ডাক্তারদের স্পষ্টভাবে বলতে পারেন

আমি একজন পেশেন্ট অ্যাডভোকেট নির্বাচন না করলে কি হবে?

আপনি যদি নিজের সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে খুব বেশি অসুস্থ হন, তাহলে আপনার ডাক্তাররা আপনার পরিবারের নিকটতম সদস্যদের আপনার জন্য সিদ্ধান্ত নিতে বলবেন।

যদি আপনার পরিবারের সদস্যরা সিদ্ধান্ত নিতে না পারে, তাহলে একজন বিচারক আপনার জন্য সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য কাউকে নিয়োগ করতে পারেন।

আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট কি ধরনের সিদ্ধান্ত নিতে পারেন?

সম্মত হওয়া, না বলা, পরিবর্তন করা, থান বা বেছে নেওয়া:

- ডাক্তার, নার্স, সমাজকর্মী
- হাসপাতাল বা ক্লিনিক
- ওষুধ, পরীক্ষা বা চিকিৎসা
- আপনি মারা যাওয়ার পরে আপনার শরীর এবং অঙ্গগুলির কী হবে

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটও করতে পারে:

- আপনাকে একটি নার্সিং হোমে নিয়ে যাওয়া হবে কি না সেরকম ধরণের অন্যান্য সিদ্ধান্ত নেওয়া
- এই সিদ্ধান্ত নিতে সাহায্য করার জন্য আপনার মেডিকেল রেকর্ড দেখুন

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে আপনার পার্ট 2-এ করা স্বাস্থ্যসেবা পছন্দগুলি অনুসরণ করতে হবে।

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট **লাইফ সাপোর্ট ট্রিটমেন্ট** সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে পারেন *(আপনাকে দীর্ঘজীবী করতে সাহায্য করার চেষ্টার জন্যে স্বাস্থ্যসেবা)*

CPR বা কার্ডিওপালমোনারি রিসাসিটেশন
কার্ডিও = হার্ট
পালমোনারি = ফুসফুস
রিসাসিটেশন = ফিরিয়ে আনা

এটি জড়িত হতে পারে:

- আপনার রক্ত পাম্প করার জন্য আপনার বুকে শক্ত করে চাপ দেওয়া
- আপনার হার্ট জাম্প স্টার্ট করতে ইলেকট্রিক শক
- আপনার শিরায় ওষুধ দেওয়া

শ্বাসযন্ত্র বা ভেন্টিলেটর
মেশিনটি আপনার ফুসফুসে হাওয়া পাম্প করে এবং আপনার জন্য শ্বাস নেয়। আপনি যখন মেশিনের সাহায্যে থাকবেন তখন আপনি কথা বলতে পারবেন না।

ডায়ালিসিস
একটি মেশিন যা আপনার কিডনি কাজ করা বন্ধ করে দিলে আপনার রক্ত পরিষ্কার করে।

ফিডিং টিউব
আপনি যদি গিলতে না পারেন তবে আপনাকে খাওয়ানোর জন্য ব্যবহৃত একটি টিউব।
টিউবটি আপনার গলার মধ্যে দিয়ে আপনার পেট পর্যন্ত রাখা হয়।
এটি অস্ত্রোপচারের মাধ্যমেও স্থাপন করা যেতে পারে।

ব্লাড ট্রান্সফিউশন
আপনার শিরায় রক্ত দেওয়ার জন্য।

সার্জারি

ওষুধগুলো

এন্ড-অফ-লাইফ কেয়ার
আপনি যদি শীঘ্রই মারা যেতে পারেন, আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট করতে পারেন:

- একজন আধ্যাত্মিক নেতাকে ডাকতে পারে
- আপনি বাড়িতে না হাসপাতালে মারা যাবেন তার সিদ্ধান্ত নেওয়া

বিভাগ 1: আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট বেছে নিন

আমি চাই যে এই ব্যক্তি আমার চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেবে এবং আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হবে।

প্রথম নাম | শেষ নাম

রাস্তার ঠিকানা | শহর | রাজ্য | জিপ কোড

বাড়ির ফোন নম্বর | কাজের ফোন নম্বর | সেল ফোন নম্বর

যদি প্রথম ব্যক্তি এটি করতে না পারে, তাহলে আমি চাই যে এই ব্যক্তি আমার চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেবে এবং আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হবেন।

প্রথম নাম | শেষ নাম

রাস্তার ঠিকানা | শহর | রাজ্য | জিপ কোড

বাড়ির ফোন নম্বর | কাজের ফোন নম্বর | সেল ফোন নম্বর

আপনি এই ফর্মে আপনার স্বাস্থ্যসেবার পছন্দগুলি লিখতে পারেন। আপনি কীভাবে আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে চান এই পছন্দগুলি অনুসরণ করুক? আপনি যে বাক্যটির সাথে সবচেয়ে বেশি সম্মত হন তার পাশে একটি X চিহ্ন দিন।

☐ আমি চাই আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট আমার ডাক্তারদের সাথে কাজ করুক এবং তাকে/তাঁর সর্বোত্তম বিচার ব্যবহার করুক। আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের পক্ষে এই ফর্মটিতে আমার স্বাস্থ্যসেবা পছন্দগুলিকে সাধারণ গাইড হিসাবে অনুসরণ করার জন্যে ঠিক আছে।

যদিও একটি সাধারণ নির্দেশিকা হিসাবে আমার পছন্দগুলি অনুসরণ করা ঠিক, তবে কিছু পছন্দ আছে যা আমি পরিবর্তন করতে চাই না:

☐ আমি চাই আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট এই ফর্মে আমার স্বাস্থ্যসেবা পছন্দগুলি সঠিকভাবে অনুসরণ করুক। আমি কখনই চাই না যে আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট আমার পছন্দ পরিবর্তন করুক, এমনকি যদি ডাক্তাররা মনে করেন যে এটি আমার জন্য ভালো নয়।

আপনার নিজের স্বাস্থ্যসেবা পছন্দ করতে পরবর্তী পৃষ্ঠায় **বিভাগ 2** এ যান।

এই ফর্মে স্বাক্ষর করতে **বিভাগ 3**-এ যান। **বিভাগ 4** এ আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে।

বিভাগ 2: আপনার নিজের স্বাস্থ্যসেবা পছন্দ করুন

আপনার পছন্দগুলি লিখুন যাতে যারা আপনার যত্ন নেয় তাদের অনুমান না করতে হয়।

আপনার জীবনে বেঁচে থাকার জন্য কি যোগ্য করে তোলে তা সম্পর্কে চিন্তা করুন।

আমার জীবন কেবল বেঁচে থাকার যোগ্য যদি আমি পারি:

আপনি যে সকল বাক্যের সাথে সবচেয়ে বেশি সম্মত হন তার পাশে বৃত্তে একটি X চিহ্ন দিন।

☐ পরিবার বা বন্ধুদের সাথে কথা বলা
☐ কোমা থেকে জেগে ওঠা
☐ খাওয়া, স্নান করা বা নিজের যত্ন নেওয়া
☐ ব্যথা থেকে মুক্ত থাকা
☐ যন্ত্রের সাথে যুক্ত না থেকে বাঁচা
☐ আমি নিশ্চিত নই

<<অথবা>>

☐ **আমি যতই অসুস্থ থাকি না কেন আমার জীবন সবসময় বেঁচে থাকার মূল্যবান।**

যদি আমি মারা যাই, আমার জন্য এখানে থাকা গুরুত্বপূর্ণ:

☐ বাড়িতে
☐ হাসপাতালে
☐ আমি নিশ্চিত নই

ধর্ম বা আধ্যাত্মিকতা কি আপনার কাছে গুরুত্বপূর্ণ?

☐ না
☐ হ্যাঁ

আপনার যদি একটি থাকে তবে আপনার ধর্ম কি? ____________________

আপনার ধর্ম বা আধ্যাত্মিকতা সম্পর্কে আপনার ডাক্তারদের কী জানা উচিত?

____
____
____
____

বিভাগ 2: আপনার নিজের স্বাস্থ্যসেবা পছন্দ করুন

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট চিকিৎসা বন্ধ করার সিদ্ধান্ত নিতে পারেন এবং আপনাকে মারা যাওয়ার অনুমতি দিতে পারেন।

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট শুধুমাত্র তখনই এই সিদ্ধান্ত নিতে পারেন যদি তারা মনে করেন যে এটাই সেই যা আপনি চেয়েছিলেন।

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে কখনো এই সিদ্ধান্ত নেওয়ার প্রয়োজন হয় না। কিন্তু যদি তারা তা করে, তবে মিশিগান আইন শুধুমাত্র তাদের চিকিৎসা বন্ধ করতে দেবে এবং যদি আপনার ডাক্তাররা জানেন যে এটি সময়ের আগে ঠিক আছে তবে আপনাকে মারা যেতে দেবে।

আপনি যে সকল বাক্যের সাথে সবচেয়ে বেশি সম্মত হন তার পাশে বৃত্তে একটি X চিহ্ন দিন।

☐ **আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট চিকিৎসা বন্ধ করে আমাকে মারা যেতে দেওয়ার সিদ্ধান্ত নিতে পারেন।**

☐ **আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট কখনই চিকিৎসা বন্ধ করে আমাকে মারা যেতে দেওয়ার সিদ্ধান্ত নিতে পারেন না।**

আপনার ডাক্তার আপনার মৃত্যুর পরে অঙ্গ দান সম্পর্কে জিজ্ঞাসা করতে পারেন। আপনার অঙ্গ দান (দান) করে জীবন বাঁচাতে সাহায্য করতে পারে। আমাদের আপনার ইচ্ছাটি বলুন।

আপনি যে সকল বাক্যের সাথে সবচেয়ে বেশি সম্মত হন তার পাশে বৃত্তে একটি X চিহ্ন দিন।

☐ **আমি** আমার অঙ্গ দান **করতে চাই**।

আপনি কোন অঙ্গ দান করতে চান?

☐ যে কোনো অঙ্গ

☐ শুধুমাত্র এই অঙ্গগুলি: ____________________

☐ **আমি** আমার অঙ্গ দান করতে **চাই না**।

☐ আমি চাই আমার **পেশেন্ট অ্যাডভোকেট সিদ্ধান্ত নিক**।
যদি আপনি আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে সিদ্ধান্ত নিতে দেন, তাহলে তিনি আপনার মৃত্যুর পরে সেই পছন্দটি করতে পারবেন।

☐ **আমি নিশ্চিত নই।**

বিভাগ 3: ফর্মে স্বাক্ষর করুন

এই ফর্মটি ব্যবহার করার আগে, আপনাকে অবশ্যই:

- এই ফর্মে স্বাক্ষর করতে হবে
- দুজন সাক্ষীকে ফর্মে স্বাক্ষর করতে হবে

আপনার সাক্ষীদের অবশ্যই:

- বয়স কমপক্ষে 18 বছর হতে হবে
- আপনাকে এই ফর্ম স্বাক্ষর করতে দেখতে হবে

আপনার সাক্ষীরা পারে না:

- আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হতে
- আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী হতে
- আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর জন্য কাজ করতে
- আপনি যেখানে থাকেন সেখানে কাজ করে (যদি আপনি একটি নার্সিং হোম বা গ্রুপ হোমে থাকেন)
- যে কোন উপায়ে আপনার সাথে সম্পর্কিত হতে হবে
- আপনি মারা যাওয়ার পরে আর্থিকভাবে উপকৃত হবে (কোন অর্থ বা সম্পত্তি পাবে)
- আপনার বীমা কোম্পানির জন্য কাজ করে

আপনার নাম স্বাক্ষর করুন এবং তারিখ লিখুন।

____

আপনার নাম স্বাক্ষর করুন | তারিখ

____

আপনার প্রথম নাম প্রিন্ট করুন | আপনার পদবী প্রিন্ট করুন

____

রাস্তার ঠিকানা | শহর | রাজ্য | জিপ কোড

____

জন্ম তারিখ: (মাস/দিন/বছর)

সাক্ষীদের পরবর্তী পৃষ্ঠায় তাদের নাম স্বাক্ষর করতে হবে।

বিভাগ 3: ফর্মে স্বাক্ষর করুন

স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি প্রতিশ্রুতি দিচ্ছি যে ______________________________ এই ফর্মটি দেখার সময় স্বাক্ষর করেছেন।

তিনি স্পষ্টভাবে চিন্তা করছিলেন এবং তাতে স্বাক্ষর করতে বাধ্য করানো হয়নি।

সাক্ষী #1

____

আপনার নাম স্বাক্ষর করুন | তারিখ

____

আপনার প্রথম নাম প্রিন্ট করুন | আপনার পদবী প্রিন্ট করুন

____

রাস্তার ঠিকানা | শহর | রাজ্য | জিপ কোড

সাক্ষী #2

____

আপনার নাম স্বাক্ষর করুন | তারিখ

____

আপনার প্রথম নাম প্রিন্ট করুন | আপনার শেষ নাম প্রিন্ট করুন

____

রাস্তার ঠিকানা | শহর | রাজ্য | জিপ কোড

যদি আপনি একজন পেশেন্ট অ্যাডভোকেট নামে পরিচিত হন তাহলে পরবর্তী পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করুন।

এই ফর্মটি আপনার ডাক্তার, নার্স, সমাজকর্মী, বন্ধু, পরিবার এবং পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের সাথে শেয়ার করুন। আপনার পছন্দ সম্পর্কে তাদের সাথে কথা বলুন।

বিভাগ 4: পেশেন্ট অ্যাডভোকেট দ্বারা গ্রহণযোগ্যতা

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে অবশ্যই এই ফর্মটি পড়তে হবে এবং স্বাক্ষর করতে হবে।

- আপনার সর্বদা রোগীর সর্বোত্তম স্বার্থ নিয়ে কাজ করা উচিত এবং আপনার নিজের স্বার্থ নয়।
- আপনি শুধুমাত্র রোগীর জন্য সিদ্ধান্ত নেওয়া শুরু করবেন যখন 2 জন ডাক্তার সম্মত হবেন যে রোগী তার নিজের সিদ্ধান্ত নেওয়ার পক্ষে খুব অসুস্থ।
- আপনি এমন সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন না যা রোগী সাধারণত করতে পারবেন না।
- গর্ভবতী রোগীর চিকিৎসা বন্ধ করার ক্ষমতা আপনার নেই যদি এটি তার মৃত্যু ঘটায়।
- আপনি চিকিৎসা বন্ধ করার সিদ্ধান্ত নিতে পারেন এবং রোগীকে স্বাভাবিকভাবে মারা যাওয়ার অনুমতি দিতে পারেন যদি সে স্পষ্ট করে দেয় যে আপনি সেই সিদ্ধান্ত নিতে পারেন।
- একজন পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হিসাবে আপনার ভূমিকার জন্য আপনাকে অর্থ প্রদান করা যাবে না তবে আপনি রোগীর চিকিৎসা ব্যয়ের জন্য যে অর্থ ব্যয় করেন তার জন্য আপনি অর্থ ফেরত পেতে পারেন।
- রোগী যখনই চান আপনাকে পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হিসাবে সরিয়ে দিতে পারেন।
- আপনি যখনই চান নিজেকে পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হিসেবে সরিয়ে নিতে পারেন।
- রোগী যদি চান যে আপনি মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসার সিদ্ধান্ত নিন বিভাগ 5 দেখুন।

স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আপনি বলছেন যে এই নথিটি কী বলে তা আপনি বুঝতে পেরেছেন এবং আপনি

পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হবেন____ (রোগীর নাম)

যিনি 9 নং পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করেছেন _________________________ (তারিখ)।

____

পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের স্বাক্ষর **তারিখ**

____

2য় পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের স্বাক্ষর (যদি একজন দ্বিতীয় পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের নাম থাকে) **তারিখ**

বিভাগ 5: মানসিক স্বাস্থ্য পরিচর্যার পছন্দ

(ঐচ্ছিক)

আপনি মানসিক স্বাস্থ্যের যত্ন পান কিনা তা সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে দিতে চাইলেই এই অংশটি পূরণ করুন।

আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট আমার জন্য মানসিক স্বাস্থ্যের সিদ্ধান্ত নেওয়ার আগে 2টি জিনিস অবশ্যই ঘটবে। প্রথমে একজন ডাক্তার এবং একজন মানসিক স্বাস্থ্য প্রদানকারীকে আমাকে পরীক্ষা করতে হবে এবং আমার সাথে কথা বলতে হবে। তারপর তাদের অবশ্যই লিখতে হবে যে আমি নিজের সিদ্ধান্ত নিতে পারি না।

আমি আমার জন্য মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের ক্ষমতা বাতিল করতে পারি। তবে এটি 30 দিনের জন্য কার্যকর হবে না। এটি শুধুমাত্র মানসিক স্বাস্থ্যের যত্নের জন্য এটি দীর্ঘ সময় নেয়, কিন্তু চিকিৎসা যত্ন নয়।

আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট যদি সম্মত হন যে আমাকে মানসিক স্বাস্থ্য হাসপাতালে থাকতে হবে, তবে আমি যে হাসপাতালটি ছেড়ে যেতে চাই তা বলার অধিকার আমার আছে। কিন্তু আমাকে হাসপাতালকে 3 দিনের নোটিশ দিতে হবে।

এটি আপনার মানসিক স্বাস্থ্যের যত্ন সম্পর্কে আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট যে সিদ্ধান্তগুলি নিতে পারে তার একটি তালিকা।

আপনি যে সকল বাক্যের সাথে সবচেয়ে বেশি সম্মত হন তার পাশে বৃত্তে একটি X চিহ্ন দিন।

আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট আমার পক্ষে সিদ্ধান্ত নিতে পারেন:

☐ ক্লিনিকে বা হাসপাতালের পাশাপাশি কোথাও মানসিক স্বাস্থ্যের যত্ন নেওয়া।

☐ স্বেচ্ছাসেবী রোগী হিসেবে মানসিক স্বাস্থ্যসেবা পেতে হাসপাতালে থাকা।
কিন্তু আমি এখনও বলতে পারি যে আমি তিন দিনের মধ্যে হাসপাতাল ছেড়ে যেতে চাই।

☐ আমি যেতে না চাইলেও মানসিক স্বাস্থ্যসেবা পেতে হাসপাতালে যাওয়া।

☐ এমন ওষুধ পাওয়া যা আমার অনুভূতি, চিন্তা বা কাজ পরিবর্তন করতে পারে।

☐ ইলেক্ট্রোকনভালসিভ (বৈদ্যুতিক শক) থেরাপি

এই ফর্মটিতে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে আমার মানসিক স্বাস্থ্যের যত্নের সিদ্ধান্ত নেওয়ার অনুমতি দিতে সম্মত হচ্ছি যদি দুজন ডাক্তার বলে যে আমি নিজের সিদ্ধান্ত নিতে পারি না।

____

(আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে এই ক্ষমতা দিতে এখানে আপনার নাম স্বাক্ষর করুন) তারিখ

____

জন্ম তারিখ: (মাস/দিন/বছর)

দ্রষ্টব্য

English	English Henry Ford Health System complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Let the health care team know if you need an interpreter. Henry Ford Health System provides language assistance services free of charge. For questions or additional information, email CommunicationAccess@hfhs.org
Spanish	Español Henry Ford Health System cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina con base en la raza, el color, el país de origen, la edad, la discapacidad o el sexo. Informe al equipo de atención médica si necesita un intérprete. Henry Ford Health System ofrece servicios de asistencia de idioma sin costo alguno. Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, envíe un correo electrónico a CommunicationAccess@hfhs.org
Arabic	العربية يمتثل نظام Henry Ford Health System لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية السارية ولا يُميِّز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس. يُرجى إخبار فريق الرعاية الصحية إذا كنت تحتاج إلى مترجم فوري. يوفر نظام Henry Ford Health System خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. للاستفسارات أو المعلومات الإضافية، أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى CommunicationAccess@hfhs.org
Bengali	বাংলা Henry Ford Health System ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীয় উত্পত্তি, বয়স, প্রতিবন্ধকতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। আপনার কোনো দোভাষীর প্রয়োজন থাকলে তা হেল্থ কেয়ার টিমকে জানান। Henry Ford Health System বিনামূল্যে দোভাষী সহায়তা প্রদান করে। প্রশ্ন ও অতিরিক্ত তথ্যের জন্য এখানে ইমেল করুন: CommunicationAccess@hfhs.org