

Կալիֆոռնիայի նախնական համաձայնությամբ բժշկական խնամքի հրահանգ

California Advance Health Care Directive

Այս ձևաթուղթը ձեզ հնարավորություն է տալիս արտահայտվել, թե ինչպիսի խնամք
էք ցանկանում, եթե ինքնեղ չէք կարող այդ մասին արտահայտվել:

This form lets you have a say about how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

Այս ձևաթուղթը բաղկացած է 3 մասից. This form has 3 parts:

Մաս 1

Ընտրեք ձեր հոգաբարձուն, էջ 3

Part 1: Choose a medical decision maker, Page 3

Ձեր հոգաբարձուն այն մարդն է, ով կարող է ձեր փոխարեն բժշկական խնամքի հետ կապված որոշումներ կայացնել, եթե դուք ի վիճակի չէք դրանք ինքնուրույն կայացնել:

A medical decision maker is a person who can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

Այդ անձը կլինի ձեր ներկայացուցիչը: This person will be your advocate.

Նրանք անվանում են նաև բուժ-ծառայող, խնամակալ կամ փոխնակ:

They are also called a health care agent, proxy, or surrogate.



Մաս 2

Կատարեք սեփական բժշկական խնամքի հետ կապված ձեր ընտրությունը, էջ 7

Part 2: Make your own health care choices, Page 7

Այս ձևաթուղթը հնարավորություն է տալիս ընտրել ձեր ուզած բժշկական խնամքի ապահովագրության տեսակը: Այսպիսով նրանք, ովքեր հոգ են տանում ձեր մասին, ստիպված չեն լինի կռահել, թե ինչ էք դուք ուզում, եթե ինքնեղ ի վիճակի չէք ասել այդ մասին:

This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are not able to tell them yourself.

Մաս 3

Ստորագրեք ձևաթուղթը, էջ 13

Part 3: Sign the form, Page 13

Ձևաթուղթը պետք է ստորագրվի նախքան այն օգտագործելը:

The form must be signed before it can be used.



Դուք կարող եք լրացնել 1-ին, 2-րդ մասերը կամ երկուսն էլ: You can fill out Part 1, Part 2, or both.

Լրացրեք միայն այն մասերը, որոնք ցանկանում եք: Միշտ ստորագրեք ձևաթղթի 3-րդ

մասում: Fill out only the parts you want. Always sign the form in Part 3.

2 վկաները պետք է ստորագրեն էջ 14-ում, կամ նոտարը՝ էջ 15-ում:

2 witnesses need to sign on page 14, or a notary on page 15.

Սա իրավական ձևաթուղթ է, որը թույլ է տալիս ունենալ ձայն առողջապահության ոլորտում: This is a legal form that lets you have a voice in your health care.

Այս ձևաթուղթը հնարավորություն է տալիս ձեր ընտանիքին, ընկերներին և հիվանդապահներին իմանալ, թե ինչպիսի խնամք եք ցանկանում, եթե ինքներդ չէք կարող այդ մասին արտահայտվել:

It will let your family, friends, and medical providers know how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

Ի՞նչ պետք է անել այս ձևաթղթի հետ: What should I do with this form?

- Խնդրում ենք այս ձևաթղթով կիսվել ձեր ընտանիքի, ընկերների, և հիվանդապահների հետ: Please share this form with your family, friends, and medical providers.
- Համոզվեք, որ այս ձևաթղթի պատճենները կցված են բոլոր այն տեղերի ձեր բժշկական գրանցամատյաններում, որտեղից դուք խնամք եք ստանում: Please make sure copies of this form are placed in your medical record at all the places you get care.

Ի՞նչ պետք է անել, եթե ես այս ձևաթղթի մասին հարցեր ունեմ:

What if I have questions about the form?

- Ավելի լավ է բաց թողնել այս ձևաթղթի որևէ մասը, եթե հարցեր ունեք կամ չէք ցանկանում պատասխանել: It is OK to skip any part of this form if you have questions or do not want to answer.
- Խնդրեք ձեր բժիշկներին, բուժքույրերին, սոցիալական աշխատողներին, ընտանիքին կամ ընկերներին՝ օգնել ձեզ: Ask your doctors, nurses, social workers, family, or friends to help.
- Փաստաբանները և կարող են օգնել: Այս ձևաթուղթը իրավաբանական ուժ չունի: Lawyers can help too. This form does not give legal advice.

Ի՞նչ անել, եթե ես ուզում եմ ընտրել մի առողջապահության ոլորտ, որը նշված չէ այս ձևաթղթի մեջ:

What if I want to make health care choices that are not on this form?

- 12-րդ էջում դուք կարող եք գրել այն ամենը, ինչ կարևոր է ձեզ համար: On page 12, you can write down anything else that is important to you.



Ե՞րբ կարող եմ կրկին լրացնել այս ձևաթուղթը: When should I fill out this form again?

- Եթե մտափոխվեք ձեր բժշկական խնամքի ընտրության հարցում: If you change your mind about your health care choices
- Եթե ձեր առողջական վիճակը փոփոխվի: If your health changes
- Եթե ձեր հոգաբարձուն փոխվի: If your medical decision maker changes

Եթե ձեր ամուսինը ձեր հոգաբարձուն է և դուք բաժանվում եք, ապա այդ անձը այլևս չի լինի ձեր հոգաբարձուն: If your spouse is your decision maker, and you divorce, that person will no longer be your decision maker.

Նոր ձևաթուղթը տվեք ձեր հոգաբարձուին և հիվանդապահներին:

Give the new form to your medical decision maker and medical providers.

Հին ձևաթուղթը ոչնչացրեք: Destroy old forms.

Այս ձևաթղթով և ձեր որոշմամբ կիսվեք ձեր ընտանիքի, ընկերների, և հիվանդապահների հետ: Share this form and your choices with your family, friends, and medical providers.

Մաս 1

Ընտրեք ձեր հոգաբարձուին

Part 1: Choose your medical decision maker

Ձեր հոգաբարձուն կարող է ձեր փոխարեն բժշկական խնամքի հետ կապված որոշումներ կայացնել, եթե դուք ի վիճակի չեք դրանք ինքնուրույն կայացնել:

Your medical decision maker can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

Ձեր լավագույն հոգաբարձուն ընտանիքի անդամն է կամ ընկերը, ով.

A good medical decision maker is a family member or friend who:

- 18 կամ ավելի տարեկան է *is 18 years of age or older*
- կարող է ձեզ հետ խոսել ձեր ցանկությունների մասին *can talk to you about your wishes*
- կարող է լինել ձեր կողքին, երբ ձեզ պետք է *can be there for you when you need them*
- դուք վստահ եք, որ կհետևի ձեր ցանկություններին և ձեզ համար կանի լավագույնը *you trust to follow your wishes and do what is best for you*
- ում դուք վստահում եք ձեր բժշկական տվյալները *you trust to know your medical information*
- չի վախենում բժիշկներին հարցեր տալ և բարձրաձայնել ձեր ցանկությունների մասին *is not afraid to ask doctors questions and speak up about your wishes*



Օրենքով՝ ձեր հոգաբարձուն **չի կարող** լինել ձեր բժիշկը կամ մեկը, ով աշխատում է ձեր հիվանդանոցում կամ կլինիկայում, բացառությամբ եթե նրանք ընտանիքի անդամ են:

Legally, your decision maker cannot be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless they are a family member.

Ի՞նչ կլինի, եթե ես հոգաբարձու չընտրեմ: *What will happen if I do not choose a medical decision maker?*

Եթե ի վիճակի չեք ինքնուրույն որոշումներ կայացնել, բժիշկները կդիմեն ձեր ընտանիքին և ընկերներին կամ դատավորին՝ ձեր փոխարեն որոշումներ կայացնելու համար: Այդ անձը գուցե չիմանա, թե ինչ եք ուզում: *If you are not able to make your own decisions, your doctors will turn to family and friends or a judge to make decisions for you. This person may not know what you want.*

Եթե դուք ի վիճակի չեք, ձեր հոգաբարձուն կարող է ձեր փոխարեն ընտրել հետևյալը. *If you are not able, your medical decision maker can choose these things for you:*

- բժիշկներ, բուժքույրեր, սոցիալական աշխատողներ, խնամակալներ *doctors, nurses, social workers, caregivers*
- հիվանդանոցներ, կլինիկաներ, ծերանոցներ *hospitals, clinics, nursing homes*
- դեղամիջոցներ, թեստեր կամ թերապիա *medications, tests, or treatments*
- ով կարող է տեսնել ձեր բժշկական տվյալները *who can look at your medical information*
- թե ինչ տեղի կունենա ձեր մարմնի և օրգանների հետ ձեր մահից հետո *what happens to your body and organs after you die*



Ահա մի քանի այլ որոշումներ, որոնք կարող է ընդունել ձեր հոգաբարձուն.

Here are more decisions your medical decision maker can make:

Սկսել կամ դադարեցնել կյանքը երկարաձգող կամ բժշկական օգնության մեթոդները, ինչպիսիք են. Start or stop life support or medical treatments, such as:



- **CPR կամ սիրտ-թոքային վերակենդանացումը** CPR or cardiopulmonary resuscitation
սրտային = սիրտ * թոքային = թոքերի * վերակենդանացում = փորձել կյանքի կոչել
cardio = heart • pulmonary = lungs • resuscitation = try to bring back

Սա կարող է ներառել. This may involve:

- ձեր կրծքավանդակի վրա ուժեղ սեղմելով՝ սրտամկանի պոմպին ստիպել աշխատել **pressing hard on your chest to try to keep your blood pumping**
- էլեկտրաշոկերով փորձել վերականգնել սրտի բաբախյունը **electrical shocks to try to jump start your heart**
- բուժօգնություն ձեր երակներին **medicines in your veins**



- **Շնչառական սարքեր և օդամղիչներ** Breathing machine or ventilator
Սարքը օդ է մղում ձեր թոքերը և փորձում շնչել ձեր փոխարեն: Սարքը գործելիս, դուք չեք կարող խոսել:

The machine pumps air into your lungs and tries to breathe for you. You are not able to talk when you are on the machine.

- **Դիալիզ** Dialysis

Մի սարք է, որը փորձում է մաքրել ձեր արյունը, եթե ձեր երիկամները դադարում են գործել:

A machine that tries to clean your blood if your kidneys stop working.



- **Սնուցող խողովակ** Feeding Tube

Մի խողովակ է, որը փորձում է ձեզ կերակրել, երբ դուք չեք կարողանում կուլ տալ: Խողովակը կարող է մտցվել ձեր քթով դեպի ներս՝ կոկորդի և ստամոքսի մեջ: Այն կարող է նաև տեղադրվել ձեր ստամոքսում՝ վիրահատական եղանակով: A tube used to try to feed you if you cannot swallow. The tube can be placed through your nose down into your throat and stomach. It can also be placed by surgery into your stomach.

- **Արյան և հեղուկի փոխներարկում (IV)** Blood and water transfusions (IV)

Ձեր մարմնին արյուն և հեղուկ սնուցելու համար:

To put blood and water into your body.

- **Վիրաբուժություն** Surgery

- **Դեղամիջոցներ** Medicines



Ձեր հոգաբարձուն կարող է կայացնել ձեր կյանքի վերջի հետ կապված որոշումներ.

End of life decisions your medical decision maker can make:

- հրավիրել կրոնական կամ հոգևոր առաջնորդին **call in a religious or spiritual leader**
- որոշել, թե որտեղ պետք է մահանաք՝ տանը թե հիվանդանոցում **decide if you die at home or in the hospital**
- որոշել դիակերման կամ օրգանների նվիրատվության հարցը **decide about autopsy or organ donation**
- որոշել հուղարկավորման կամ դիակիզման հարցը **decide about burial or cremation**

Ստորագրելով այս ձևաթուղթը, Դուք թույլ եք տալիս ձեր հոգաբարձուին.

By signing this form, you allow your medical decision maker to:

- համաձայնել, հրաժարվել կամ դադարեցնել կյանքը երկարաձգող կամ բժշկական օգնության մեթոդներից, եթե ի վիճակի չեք ինքնուրույն խոսել
agree to, refuse, or withdraw any life support or medical treatment if you are not able to speak for yourself
- որոշել, ձեր մարմնի ճակատագիրը ձեր մահից հետո, ինչպես օրինակ՝ հուղարկավորության արարողակարգը և օրգանների նվիրատվությունը
decide what happens to your body after you die, such as funeral plans and organ donation

Եթե կան որոշումներ, որ չեք ուզում ուրիշ մեկը կայացնի, գրեք դրանք այստեղ.

If there are decisions you do not want them to make, write them here:

Ե՞րբ կարող է իմ հոգաբարձուն որոշում կայացնել իմ փոխարեն:

When can my medical decision maker make decisions for me?

- ՄԻԱՅՆ այն բանից հետո, երբ ես չկարողանամ կայացնել իմ սեփական որոշումները ONLY after I am not able to make my own decisions
- ԱՅժՄ՝ այս ձևաթուղթը ստորագրելուց անմիջապես հետո NOW, right after I sign this form



Եթե ցանկանում եք, կարող եք գրել, թե ինչու եք այդպես ցանկանում:

If you want, you can write why you feel this way.

Գրեք ձեր հոգաբարձուի անունը: Write the name of your medical decision maker.

Ես ուզում եմ, որ այս անձը իմ փոխարեն բժշկական խնամքի հետ կապված որոշումներ կայացնի, եթե ես ինքնուրույն չկարողանամ կայացնել.

I want this person to make my medical decisions if I am not able to make my own:

անուն <small>first name</small>	ազգանուն <small>last name</small>		
հեռախոս # 1 <small>phone #1</small>	հեռախոս # 2 <small>phone #2</small>	փոխհարաբերություն <small>relationship</small>	
հասցե <small>address</small>	քաղաք <small>city</small>	նահանգ <small>state</small>	փոստային կոդ <small>zip code</small>

Եթե առաջին անձը չկարողանա դա անել, ապա ես ուզում եմ, որ այս անձը իմ փոխարեն բժշկական խնամքի հետ կապված որոշումներ կայացնի.

If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions:

անուն <small>first name</small>	ազգանուն <small>last name</small>		
հեռախոս # 1 <small>phone #1</small>	հեռախոս # 2 <small>phone #2</small>	փոխհարաբերություն <small>relationship</small>	
հասցե <small>address</small>	քաղաք <small>city</small>	նահանգ <small>state</small>	փոստային կոդ <small>zip code</small>

Ինչո՞ւ եք ընտրել ձեր հոգաբարձուին: Why did you choose your medical decision maker?

Եթե ցանկանում եք, կարող եք նշել, թե ինչու եք ընտրել ձեր # 1 և # 2 հոգաբարձուներին: If you want, you can write why you chose your #1 and #2 decision makers.

Գրեք նրա անունը, ում ՉԵՔ ցանկանա, որ ձեր փոխարեն բժշկական խնամքի հետ կապված որոշումներ կայացնի: Write down anyone you would NOT want to help make medical decisions for you.

Ի՞նչ խստությամբ եք ուզում, որ ձեր հոգաբարձուն հետևի ձեր ցանկություններին, եթե ի վիճակի չեք ինքնուրույն խոսել: How strictly do you want your medical decision maker to follow your wishes if you are not able to speak for yourself?

Անվերապահորեն գործելու հնարավորությունը թույլ է տալիս ձեր հոգաբարձուին փոխել ձեր նախորդ որոշումները, եթե բժիշկները կարծում են, որ սվյալ պահին ինչ-որ բան կարող է ավելի լավ լինել ձեզ համար:

Flexibility allows your decision maker to change your prior decisions if doctors think something else is better for you at that time.

Նախորդ որոշումները կարող են լինել ցանկություններ, որոնք դուք արձանագրել կամ քննարկել եք ձեր հոգաբարձուի հետ: Ձեր ցանկությունները կարող եք գրել այս ձևաթղթի 2-րդ մասում:

Prior decisions may be wishes you wrote down or talked about with your medical decision maker. You can write your wishes in Part 2 of the form.

X նշանը դրեք այն առաջարկի կողքին, որի հետ ամենաշատն եք համաձայն:

Put an X next to the one sentence you most agree with.

Անվերապահորեն գործելը. Դա այն է, երբ իմ հոգաբարձուն կարող է փոխել իմ խնամքի հետ կապված որոշումներից ցանկացածը, եթե իմ բժիշկները կարծում են, որ սվյալ պահին ինչ-որ բան կարող է ավելի լավ լինել ինձ համար:
Total Flexibility: It is OK for my decision maker to change any of my medical decisions if my doctors think it is best for me at that time.

Որոշակի սահմանափակումներով գործելը. Դա այն է, երբ իմ հոգաբարձուն կարող է փոխել իմ խնամքի հետ կապված որոշումներից ցանկացածը, եթե բժիշկները կարծում են, որ դա լավագույնն է:
Some Flexibility: It is OK for my decision maker to change some of my decisions if the doctors think it is best. But, these wishes I NEVER want changed.

Անվերապահորեն գործելու բացակայություն. Ես ուզում եմ, որ իմ հոգաբարձուն ճշգրտորեն հետևի իմ բժշկական խնամքի հետ կապված ցանկություններին: ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ փոխել իմ որոշումները, նույնիսկ եթե բժիշկները խորհուրդ են տալիս:
No Flexibility: I want my decision maker to follow my medical wishes exactly. It is NOT OK to change my decisions, even if the doctors recommend it.

Եթե ցանկանում եք, կարող եք գրել, թե ինչու եք այդպես ցանկանում:

If you want, you can write why you feel this way.

Սեփական խնամքի հետ կապված ձեր ընտրությունը կատարելու համար անցեք էջ 7-ի 2-րդ մասին: Եթե դուք ավարտվել եք, դուք պետք է ստորագրեք այս ձևաթուղթը էջ 13-ում: Խնդրում ենք կիսվել ձեր ցանկություններով ընտանիքի, ընկերների, և հիվանդապահների հետ:

To make your own health care choices, go to Part 2 on page 7. If you are done, you must sign this form on page 13. Please share your wishes with your family, friends, and medical providers.

Մաս 2

Կատարեք սեփական բժշկական խնամքի հետ կապված ձեր ընտրությունը

Make your own health care choices
Fill out only the questions you want.

Պատասխանեք միայն այն հարցերին, որոնք ցանկանում եք:

Ինչպե՞ս եք նախընտրում որ ձեր փոխարեն բժշկական խնամքի հետ կապված որոշումներ կայացնեն: How do you prefer to make medical decisions?

Ոմանք նախընտրում են բժշկական խնամքի ոլորտում իրենց սեփական որոշումները կայացնել: Նախքան որոշում կայացնելը որոշ մարդիկ նախընտրում են խորհուրդ հարցնել ուրիշներից (ընտանիք, ընկերներ և հոգաբարձուներ): Եվ, որոշները նախընտրում են, որ իրենց փոխարեն ուրիշները որոշումներ կայացնեն:

Some people prefer to make their own medical decisions. Some people prefer input from others (family, friends, and medical providers) before they make a decision. And, some people prefer other people make decisions for them.

Խնդրում ենք ի նկատի ունենալ. Հիվանդապահները չեն կարող ձեր փոխարեն որոշումներ կայացնել: Նրանք կարող են միայն տեղեկատվություն տրամադրել՝ որոշումներ կայացնելու հարցում օգնելու համար:

Please note: Medical providers cannot make decisions for you. They can only give information to help with decision making.

Ինչպե՞ս եք նախընտրում որ ձեր փոխարեն բժշկական խնամքի հետ կապված որոշումներ կայացնեն: How do you prefer to make medical decisions?

- Ես նախընտրում եմ բժշկական խնամքի հետ կապված որոշումները կայացնել ինքնուրույն՝ առանց ուրիշների խորհրդի: I prefer to make medical decisions on my own without input from others.
- Ես նախընտրում եմ բժշկական խնամքի հետ կապված որոշումները կայացնել միայն ուրիշների խորհրդով: I prefer to make medical decisions only after input from others.
- Ես նախընտրում եմ, որ բժշկական խնամքի հետ կապված որոշումները իմ փոխարեն կայացնեն ուրիշները: I prefer to have other people make medical decisions for me.

Եթե ցանկանում եք, կարող եք գրել, թե ինչու եք ընտրում այդ տարբերակը, և ումից եք ուզում տեղեկատվություն ստանալ: If you want, you can write why you feel this way, and who you want input from.

Ի՞նչն է կյանքում ավելի կարևոր: Ամեն մարդու կյանքի որակը տարբեր է:

What matters most in life? Quality of life differs for each person.

Ի՞նչն է ձեր կյանքում ամենակարևորը: What is most important in your life?

Նշեք այնքան, որքան ցանկանում եք:
Check as many as you want.

- Ձեր ընտանիքի անդամները կամ ընկերները Your family or friends _____
- Ձեր ընտանի կենդանիները Your pets _____
- Նախասիրությունները, ինչպիսիք են՝ այգեգործությունը, զբոսաշրջությունը և խոհարարությունը Hobbies, such as gardening, hiking, and cooking
Ձեր նախասիրությունները Your hobbies _____
- Աշխատանքը կամ կամավոր գործունեությունը Working or volunteering _____
- Ինքներդ ձեզ համար հոգալը և անկախ լինելը Caring for yourself and being independent
- Ձեր ընտանիքի համար բեռ չդառնալը Not being a burden on your family
- Կրոնը կամ հոգևորականությունը. Ձեր կրոնը Religion or spirituality: Your religion _____
- Ինչ որ ուրիշ բան Something else _____

Կյանքում ի՞նչն է ձեզ ուրախացնում: Կյանքից ի՞նչ եք ամենից շատ ակընկալում:

What brings your life joy? What are you most looking forward to in life?

Ի՞նչն է ամենակարևորը ձեր բժշկական խնամքի համար: Ամեն մարդու համար տարբեր է: What matters most for your medical care? This differs for each person.

Որոշ մարդկանց համար հիմնական նպատակը հնարավորինս երկար ապրելն է, եթե նույնիսկ.

For some people, the main goal is to be kept alive as long as possible even if:

- Նրանք պետք է ապրեն սարքերի շնորհիվ և տառապեն They have to be kept alive on machines and are suffering
- Նրանք չափազանց հիվանդ են և ի վիճակի չեն խոսել իրենց ընտանիքի և ընկերների հետ They are too sick to talk to their family and friends

Ուրիշների համար հիմնական նպատակն է կենտրոնանալ կյանքի որակի ու հանգստի վրա:

For other people, the main goal is to focus on quality of the life and being comfortable.

- Այս մարդիկ գերադասում են բնական մահը, ոչ թե սարքերի շնորհիվ կենդանի մնալը These people would prefer a natural death, and not be kept alive on machines

Ոմանք էլ գտնվում են ինչ-որ տեղ մեջտեղում: **Ի՞նչն է ձեզ համար կարևոր:**

Other people are somewhere in between. What is important to you?

Ձեր նպատակները՝ կախվածձեր ներկայիս առողջական վիճակից և կյանքի վերջում, կարող են տարբեր լինել:

Your goals may differ today in your current health than at the end of life.

ԱՅՍՕՐ, ՁԵՐ ՆԵՐԿԱԿՅԻՍ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿՈՒՄ TODAY, IN YOUR CURRENT HEALTH

Այս տողի երկայնքով X նշան դրեք, որպեսզի ցույց տաք, թե ինչպիսին է այսօր ձեր ներկայիս առողջական վիճակը: Put an X along this line to show how you feel today, in your current health.



Եթե ցանկանում եք, կարող եք գրել, թե ինչու եք այդպես ուզում: If you want, you can write why you feel this way.

ԿՅԱՆՔԻ ՎԵՐՋՈՒՄ AT THE END OF LIFE

Այս տողի երկայնքով X նշան դրեք՝ ցույց տալու համար, թե ինչ կցանկանաք, եթե այն աստիճան հիվանդ լինեք, որ շուտով պետք է մահանաք:

Put an X along this line to show how you would feel if you were so sick that you may die soon.



Եթե ցանկանում եք, կարող եք գրել, թե ինչու եք այդպես ուզում: If you want, you can write why you feel this way.

Ամեն մարդու կյանքի վերջը տարբեր է: Ի՞նչն է ձեզ համար ամենակարևորը:

Quality of life differs for each person at the end of life. What would be most important to you?

ԿՅԱՆՔԻ ՎԵՐՋՈՒՄ AT THE END OF LIFE

Որոշ մարդիկ պատրաստ են շատ բան վերապրել՝ ավելի երկար ապրելու հնարավորության համար: Some people are willing to live through a lot for a chance of living longer.

Որոշ մարդիկ գիտեն, որ որոշ բաներ շատ դժվար կլինեն իրենց կյանքի որակի համար: Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

- Այդ ամենը կարող են ստիպել նրանց կենտրոնանալ հանգստի, այլ ոչ թե հնարավորինս երկար ապրելու վրա: Those things may make them want to focus on comfort rather than trying to live as long as possible.

Կյանքի վերջում, այս կետերից ո՞րը շատ դժվար կլիներ ձեր կյանքի որակի համար: Նշեք այնքան, որքան ցանկանում եք: At the end of life, which of these things would be very hard on your quality of life? Check as many as you want.

- Լինել կոմայի մեջ և չկարողանալ արթնանալ կամ զրուցել իմ ընտանիքի և ընկերների հետ Being in a coma and not able to wake up or talk to my family and friends
- Չկարողանալ ապրել առանց սնուցող սարքերի Not being able to live without being hooked up to machines
- Չկարողանալ իմ մասին մտածել, ինչպես օրինակ՝ ծանր թուլամտությունը Not being able to think for myself, such as severe dementia
- Չկարողանալ ուտել, լողանալ կամ հոգ տանել իմ մասին Not being able to feed, bathe, or take care of myself
- Չկարողանալ մենակ ապրել, ինչպես օրինակ՝ ծերանոցում Not being able to live on my own, such as in a nursing home
- Մշտական, ուժեղ ցավ կամ անհանգստություն ունենալ Having constant, severe pain or discomfort
- Ինչ որ ուրիշ բան _____
Something else

ԿԱՄ, ես պատրաստ եմ վերապրել այս բոլորը՝ ավելի երկար ապրելու հնարավորության համար: OR, I am willing to live through all of these things for a chance of living longer.

Եթե ցանկանում եք, կարող եք գրել, թե ինչու եք այդպես ուզում: If you want, you can write why you feel this way.

Ի՞նչ փորձ եք ունեցել լուրջ հիվանդների կամ ձեզ մոտ գտնվող մեկի հետ, ով շատ հիվանդ էր կամ մահանում էր: What experiences have you had with serious illness or with someone close to you who was very sick or dying?

- Եթե ուզում եք, կարող եք նշել, թե ինչն է լավ եղել, ինչը ոչ և ինչու: If you want, you can write down what went well or did not go well, and why.

Մեռնելիս որտե՞ղ կցանկանայիք լինել: If you were dying, where would you want to be?

- տանը at home
- հիվանդանոցում in the hospital
- այս կամ այն տեղ either
- չգիտեմ I am not sure

Ուրիշ ի՞նչը կարող է ձեզ համար կարևոր լինել, ինչպես օրինակ՝ սնունդը, երաժշտությունը, կենդանիները կամ մարդիկ, որոնց դուք ուզում եք ձեր շուրջը տեսնել: What else would be important, such as food, music, pets, or people you want around you?

Ինչպե՞ս եք համատեղում կյանքի որակը բժշկական խնամքի հետ: Երբեմն, հիվանդությունը և տարբեր բուժումները, որոնք օգտագործվում են մարդկանց կյանքն ավելի երկարացնելու համար, կարող են առաջացնել ցավ, կողմնակի բարդություններ և ինքներդ ձեզ խնամելու անկարողություն:

How do you balance quality of life with medical care? Sometimes illness and the treatments used to try to help people live longer can cause pain, side effects, and the inability to care for yourself.

Խնդրում ենք կարդալ այս ամբողջ էջը՝ նախքան ձեր ընտրություն կատարելը:

Please read this whole page before making a choice.

ԿՅՎԱՆՔԻ ՎԵՐՋՈՒՄ որոշ մարդիկ պատրաստ են շատ բան վերապրել՝ ավելի երկար ապրելու հնարավորության համար: Որոշ մարդիկ գիտեն, որ որոշ բաներ շատ դժվար կլինեն իրենց կյանքի որակի համար: AT THE END OF LIFE, some people are willing to live through a lot for a chance of living longer. Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

Կյանքը երկարաձգող կամ բժշկական օգնության մեթոդներ կարող են լինել CPR, շնչառական սարքը, կերակրման խողովակները, դիալիզը կամ փոխներարկումը: Life support treatment can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, or transfusions.



Նշեք այն տարբերակը, որի հետ համաձայն եք: Check the one choice you most agree with.

Եթե դուք այնքան հիվանդ լինեք, որ շուտով պետք է մահանաք, ո՞րը կնախընտրեք: If you were so sick that you may die soon, what would you prefer?

- Փորձել ապրելու բոլոր տարբերակները**, որոնք բժիշկների կարծիքով կարող են օգնել ինձ: Ես ուզում եմ ունենալ կյանքը երկարաձգելու հնարավորություն, նույնիսկ եթե վիճակը բարելավվելու մի փոքր հույս կա կամ ապրելու հնարավորություն, որը ես գնահատում եմ: Try all life support treatments that my doctors think might help. I want to stay on life support treatments even if there is little hope of getting better or living a life I value.
- Փորձել կյանքը երկարաձգելու բոլոր տարբերակները**, որոնք բժիշկների կարծիքով կարող են օգնել ինձ: Բայց ես չեմ ուզում կյանքը երկարաձգելու հնարավորություն ստանալ, եթե բուժումն ապարդյուն է և վիճակը բարելավվելու կամ ապրելու հնարավորության քիչ հույս կա, որը ես գնահատում եմ: Do a trial of life support treatments that my doctors think might help. But, I DO NOT want to stay on life support treatments if the treatments do not work and there is little hope of getting better or living a life I value.
- Ես չեմ ցանկանում կյանքը երկարաձգել և ուզում եմ կենտրոնանալ հանգիստ ապրելու վրա:** Ես գերադասում եմ բնական մահը: I do not want life support treatments, and I want to focus on being comfortable. I prefer to have a natural death.

Այս ընտրության մասին ուրիշ ի՞նչ պետք է իմանան ձեր հիվանդապահները և հոգաբարձուն: Կամ, ինչո՞ւ եք ընտրել այս տարբերակը:

What else should your medical providers and decision maker know about this choice? Or, why did you choose this option?

Ձեր հոգաբարձուին կարող է հարց տրվել ձեր մահից հետո օրգանների նվիրատվության և դիախերձման մասին: Խնդրում ենք պատմել մեզ ձեր ցանկությունների մասին: *Your decision maker may be asked about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.*

ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՆՎԻՐԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ORGAN DONATION

Ոմանք որոշում են նվիրաբերել իրենց օրգանները կամ մարմնի մասերը: Ի՞նչ եք նախընտրում դուք: *Some people decide to donate their organs or body parts. What do you prefer?*

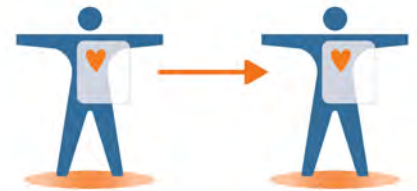
Ես ուզում եմ նվիրաբերել իմ օրգանները կամ մարմնի մասերը: *I want to donate my organs or body parts.*

Ո՞ր օրգանը կամ մարմնի մասն եք ուզում նվիրաբերել:
Which organ or body part do you want to donate?

Ցանկացած օրգան կամ մարմնի մաս *Any organ or body part*

Միայն *Only* _____

Ես չեմ ուզում նվիրաբերել իմ օրգանները կամ մարմնի մասերը:
I do not want to donate my organs or body parts.



Ձեր մահից հետո օրգանների նվիրատվության և դիախերձման մասին ուրիշ ի՞նչ պետք է իմանան ձեր հիվանդապահները և հոգաբարձուն:

What else should your medical providers and medical decision maker know about donating your organs or body parts?

ԴԻԱՎՇԵՐՁՈՒՄ AUTOPSY

Դիախերձումը կատարվում է մահվանից հետո՝ պարզելու, թե ինչու է ինչ-որ մեկը մահացել: Դա իրականացվում է վիրահատական եղանակով: Դա կարող է տևել մի քանի օր: *An autopsy can be done after death to find out why someone died. It is done by surgery. It can take a few days.*

Ես ուզում եմ դիախերձում կատարվի: *I want an autopsy.*

Ես չեմ ուզում դիախերձում կատարվի: *I do not want an autopsy.*

Ես միայն այն դեպքում կցանկանամ, որ դիախերձում կատարվի, եթե իմ մահվան հետ կապված խնդիրներ ծագեն:
I only want an autopsy if there are questions about my death.



ՀՈՒՂԱՐԿՎՈՐՈՒԹՅԱՆ ԿՎՍ ԹԱՂՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՑԱՆԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

FUNERAL OR BURIAL WISHES

Ինչպե՞ս պետք է իմանան ձեր հիվանդապահները և հոգաբարձուները, թե ինչպես եք ցանկանում, որ ձեր մարմինը մշակվի ձեր մահից հետո, կատարվի ձեր հուղարկավորությունը կամ թաղման արարողակարգը:

What should your medical providers and decision maker know about how you want your body to be treated after you die, and your funeral or burial wishes?

- Ունե՞ք կրոնական կամ հոգևոր ուղղությամբ ցանկություններ: *Do you have religious or spiritual wishes?*
- Ունե՞ք հուղարկավորության կամ թաղման վերաբերյալ ցանկություններ: *Do you have funeral or burial wishes?*



Մաս 3

Ստորագրելու ձևաթուղթը Part 3: Sign the form

Նախքան այս ձևաթուղթն օգտագործելը, անհրաժեշտ է. *Before this form can be used, you must:*

- ստորագրել այս ձևաթուղթը, եթե դուք 18 կամ ավելի տարեկան եք *sign this form if you are 18 years of age or older*
- ունենալ երկու վկա կամ նոտարի ստորագրությամբ ձևաթուղթ *have two witnesses or a notary sign the form*

Լրացնել ձեր անունը և ամսաթիվը: *Sign your name and write the date.*

Լրացրեք ձեր անունը *signature*

այսօրվա ամսաթիվը *today's date*

գրեք ձեր անունը *first name*

գրեք ձեր ազգանունը *last name*

ծննդյան ամսաթիվը *DOB*

հասցեն *address*

քաղաքը *city*

երկիրը *state*

փոստային կոդը *zip code*

Վկաներ կամ նոտար *Witnesses or Notary*

Նախքան այս ձևաթուղթն օգտագործելը, անհրաժեշտ է. ունենալ 2 վկա կամ նոտարի ստորագրությամբ ձևաթուղթ: *Նոտարի գործն է համոզվել, որ ձևաթուղթը դուք եք ստորագրել:* *Before this form can be used, you must have 2 witnesses or a notary sign the form. The job of a notary is to make sure it is you signing the form.*

Ձեր վկաները պետք է. *Your witnesses must:*

- լինեն 18 կամ ավելի տարեկան *be 18 years of age or older*
- ճանաչեն ձեզ *know you*
- համաձայնեն, որ հենց դուք եք ստորագրել այդ ձևաթուղթը *agree that it was you that signed this form*

Ձեր վկաները չեն կարող. *Your witnesses cannot:*

- լինել ձեր հոգաբարձուն *be your medical decision maker*
- լինել ձեր հիվանդապահը *be your health care provider*
- աշխատել ձեր հիվանդապահի փոխարեն *work for your health care provider*
- աշխատել այն վայրում, որտեղ դուք ապրում եք (եթե դուք ապրում եք ծերանոցում, անցեք էջ 15) *work at the place that you live (if you live in a nursing home go to page 15)*



Բացի այդ, վկան չի կարող. *Also, one witness cannot:*

- որևէ կապ ունենալ ձեզ հետ *be related to you in any way*
- ձեր մահից հետո ֆինանսական շահ ունենալ (ստանալ ինչ-որ գումար կամ գույք) *benefit financially (get any money or property) after you die*

Վկաները պետք է ստորագրեն էջ 14-ում: Եթե վկաներ չունեք, նոտարը պետք է ստորագրի էջ 15-ում:

Witnesses need to sign their names on Page 14. If you do not have witnesses, a notary must sign on page 15.

Թող ձեր վկաները ստորագրեն և գրեն ամսաթիվը:

Have your witnesses sign their names and write the date.

Ստորագրելով՝ ես վկայում եմ, որ _____ ստորագրել է սույն ձևաթուղթը: [Էջ 13-ում նշված անձը]

By signing, I promise that (the person named on Page 13) signed this form.

ստորագրել է սույն



Նրանք գտնվել են սթափ վիճակում և նրանց չեն ստիպել ստորագրել:

They were thinking clearly and were not forced to sign it.

Ես նաև խոստանում եմ, որ. I also promise that:

- Ես գիտեմ այդ մարդուն, կամ նրանք կարող են փաստել, թե ովքեր են իրենք
I know this person or they can prove who they are
- Ես 18 կամ ավելի տարեկան եմ I am 18 years of age or older
- Ես նրա հիվանդապահը չեմ I am not their health care provider
- Ես չեմ աշխատում նրա հիվանդապահի փոխարեն I do not work for their health care provider
- Ես չեմ աշխատում այնտեղ, որտեղ նրանք ապրում են I do not work where they live

Վկան պետք է նաև խոստանա, որ. One witness must also promise that:

- Ես նրանց հետ ոչ մի արյունակցական, ամուսնական կամ որդեգրման կապ չունեմ
I am not related to them by blood, marriage, or adoption
- Ես նրա մահից հետո ոչ մի ֆինանսական շահ չունեմ (ստանալ ինչ-որ գումար կամ գույք)
I will not benefit financially (get any money or property) after they die

Վկա # 1 Witness #1

Լրացրեք ձեր անունը signature

ամսաթիվը date

գրեք ձեր անունը print first name

գրեք ձեր ազգանունը print last name

հասցեն address

քաղաքը city

երկիրը state

փոստային կոդը zip code

Վկա # 2 Witness #2

Լրացրեք ձեր անունը signature

ամսաթիվը date

գրեք ձեր անունը print first name

գրեք ձեր ազգանունը print last name

հասցեն address

քաղաքը city

երկիրը state

փոստային կոդը zip code

Դուք լրացրեցիք ձևաթուղթը: You are now done with this form.

Այս ձևաթղթով կիսվեք ձեր ընտանիքի, ընկերների, և հիվանդապահների հետ: Նրանց հետ խոսեք ձեր բժշկական խնամքի ցանկությունների մասին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք՝ www.prepareforyourcare.org կայք-էջ Share this form with your family, friends, and medical providers. Talk with them about your medical wishes. To learn more go to www.prepareforyourcare.org



Նոտար. Սույն ձևը նոտարից վերցրեք ՄԻԱՅՆ այն դեպքում, երբ երկու վկաները չեն ստորագրել սույն ձևաթուղթը: Բերեք լուսանկարով նույնականացման քարտը (վարորդական վկայական, անձնագիր և այլն):

Notary Public: Take this form to a notary public ONLY if two witnesses have not signed this form. Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.).

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

A Notary Public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of California County of _____

On _____ before me, _____, personally appeared _____

Date

Here insert name and title of the officer

Names(s) of Signer(s)

who proved to me the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct. WITNESS my hand and official seal.

Signature _____

Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
Guardian or conservator
Other

(Notary Seal)

ՄԻԱՅՆ Կալիֆոռնիայի ծերանոցում ապրողների համար For California Nursing Home Residents ONLY

Եթե դուք ապրում եք ծերանոցում, այս ձևաթուղթը տվեք ՄԻԱՅՆ ծերանոցի տնօրենին: Կալիֆոռնիայի օրենսդրությունը պահանջում է, որ ծերանոցների բնակիչները ունենան մարդու իրավունքների պաշտպան որպես նախնական համաձայնության վկա: Give this form to your nursing home director ONLY if you live in a nursing home. California law requires nursing home residents to have the nursing home ombudsman as a witness of advance directives.

Հիվանդի փաստաբանի կամ մարդու իրավունքների պաշտպանի հայտարարությունը

Statement of the patient advocate or ombudsman

* Ես՝ գիտակցելով Կալիֆոռնիայի օրենքներին համապատասխան սուտ վկայություն տալու պատժազափը հայտարարում եմ, որ ես հիվանդի փաստաբան եմ կամ ծերության հարցերով պետական դեպարտամենտի կողմից նշանակված մարդու իրավունքների պաշտպան եմ, և որ ես որպես վկա եմ հանդես գալիս՝ «Կտակի մասին» օրենսգրքի 4675-րդ բաժնին համապատասխան: * "I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code."

Լրացրեք ձեր անունը signature

ամսաթիվը date

գրեք ձեր անունը print first name

գրեք ձեր ազգանունը print last name

հասցեն address

քաղաքը city

երկիրը state

փոստային կոդը zip code

Հեղինակային իրավունք © Կալիֆոռնիայի համալսարանի հոգաբարձության, 2016 թ. Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են: Վերանայել է 2019 թ. Ոչ ոք առանց հոգաբարձուների կողմից վավերացված պայմանագրի և զրավոր թույլտվության, որևէ կերպ առևտրային նպատակներով չի կարող վերարտադրել այս ձևաթուղթը, կամ ավելացնել կամ փոփոխել այն: Հոգաբարձուները այս ձևաթուղթի վերաբերյալ երաշխիքներ չեն տալիս: Այս և օգտագործման պայմանների մասին ավելին իմանալու համար այցելեք www.prepareforyourcare.org կայքէջ: Copyright © The Regents of the University of California, 2016. All rights reserved. Revised 2019. No one may reproduce this form by any means for commercial purposes or add to or modify this form in anyway without a licensing agreement and written permission from the Regents. The Regents makes no warranties about this form. To learn more about this and the terms of use, go to www.prepareforyourcare.org

