

# សេចក្តីបង្គាប់ជាមុនពីការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California

California Advance Health Care Directive

ទម្រង់បែបបទនេះអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកនិយាយអំពីរបៀបដែលអ្នកចង់ឱ្យគេថែទាំ ប្រសិនបើ  
អ្នកមិនអាចនិយាយដោយខ្លួនឯងបាន។

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

ទម្រង់បែបបទនេះមាន 3 ផ្នែក៖ This form has 3 parts:



## ផ្នែកទី 1

### ជ្រើសរើសអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ទំព័រទី 3

Part 1: Choose a medical decision maker, Page 3

អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រគឺជាមនុស្សដែលអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តក្នុងការថែទាំ  
សុខភាពជូនអ្នកបាន ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តបានដោយខ្លួនឯង។

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

មនុស្សម្នាក់នេះនឹងជាអ្នកគាំពាររបស់អ្នក។ This person will be your advocate.

ពួកគេក៏ត្រូវបានហៅផងដែរថាភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព អ្នកតំណាង ឬអ្នកជំនួសមុខ។

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

## ផ្នែកទី 2

### ធ្វើការជ្រើសរើសការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់របស់អ្នក ទំព័រទី 7

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

ទម្រង់បែបបទនេះអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជ្រើសរើសប្រភេទនៃការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកចង់បាន។ របៀបនេះ  
អ្នកទាំងឡាយណាដែលថែទាំអ្នកនឹងមិនចាំបាច់ត្រូវទាយពីអ្វីដែលអ្នកចង់បានឡើយ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រាប់  
ពួកគេដោយខ្លួនឯងបាន។ 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.

## ផ្នែកទី 3

### ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទ ទំព័រទី 13 Part 3: Sign the form, Page 13

ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះមុនពេលវាអាចប្រើប្រាស់បាន។

The form must be signed before it can be used.



អ្នកអាចបំពេញផ្នែកទី 1 ផ្នែកទី 2 ឬទាំងពីរផ្នែកបាន។ You can fill out Part 1, Part 2, or both.

បំពេញតែផ្នែកដែលអ្នកចង់បានតែប៉ុណ្ណោះ។ សូមចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនៅក្នុងផ្នែកទី 3 ជានិច្ច។

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

សាក្សី 2 នាក់ត្រូវតែចុះហត្ថលេខានៅលើទំព័រទី 14 ឬសារការីត្រូវចុះហត្ថលេខានៅទំព័រទី 15 ។

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



www.prepareforyourcare.org

ឈ្មោះរបស់អ្នក Your Name

# នេះគឺជាទម្រង់បែបបទផ្លូវច្បាប់ដែលអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកមានសំឡេងនៅក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

This is a legal form that lets you have a voice in your health care.

វានឹងអនុញ្ញាតឲ្យក្រុមគ្រួសារ មិត្តភក្តិ និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកដឹងនូវរបៀបដែលអ្នកចង់ឲ្យគេថែទាំ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយដោយខ្លួនឯងបាន។

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

## តើខ្ញុំគួរធ្វើអ្វីខ្លះជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ? What should I do with this form?

- សូមចែករំលែកទម្រង់បែបបទនេះជាមួយក្រុមគ្រួសារ មិត្តភក្តិ និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។  
Please share this form with your family, friends, and medical providers.
- សូមធានាថា ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានដាក់នៅក្នុងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកនៅគ្រប់ទីកន្លែងទាំងអស់ដែលអ្នកទទួលបានការថែទាំ។ Please make sure copies of this form are placed in your medical record at all the places you get care.

## ចុះប្រសិនបើខ្ញុំមានសំណួរអំពីទម្រង់បែបបទ? What if I have questions about the form?

- វាមិនអីទេក្នុងការលង់ផ្នែកណាមួយនៃទម្រង់បែបបទនេះប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬមិនចង់ឆ្លើយ។  
It is OK to skip any part of this form if you have questions or do not want to answer.
- សុំវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុប្បដ្ឋាករយិកា បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច ក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិរបស់អ្នកឲ្យជួយ។  
Ask your doctors, nurses, social workers, family, or friends to help.
- មេធាវីក៏អាចជួយបានដែរ។ ទម្រង់បែបបទនេះមិនផ្តល់ដំបូន្មានផ្លូវច្បាប់ទេ។  
Lawyers can help too. This form does not give legal advice.

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

- នៅទំព័រទី 12 អ្នកអាចសរសេរនូវអ្វីមួយផ្សេងទៀតដែលសំខាន់ចំពោះអ្នកបាន។  
On page 12, you can write down anything else that is important to you.



## តើពេលណាខ្ញុំគួរបំពេញទម្រង់បែបបទនេះម្តងទៀត? When should I fill out this form again?

- ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរចិត្តរបស់អ្នកអំពីជម្រើសក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក If you change your mind about your health care choices
- ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ If your health changes
- ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ If your medical decision maker changes

ប្រសិនបើសហព័ទ្ធរបស់អ្នកជាអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក ហើយអ្នកលែងលះគ្នា មនុស្សម្នាក់នោះនឹងលែងជាអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកទៀតហើយ។ If your spouse is your decision maker, and you divorce, that person will no longer be your decision maker.

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

បំផ្លាញទម្រង់បែបបទចាស់ចោល។  
Destroy old forms.

ចែករំលែកទម្រង់បែបបទនេះ និងជម្រើសរបស់អ្នកជាមួយក្រុមគ្រួសារ មិត្តភក្តិ និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។  
Share this form and your choices with your family, friends, and medical providers.

# ផ្នែកទី 1:

## ជ្រើសរើសអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក

Part 1: Choose your medical decision maker

### អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តខាងផ្នែកថែទាំសុខភាពជូនអ្នកបាន ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន។

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

### អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តខាងវេជ្ជសាស្ត្រដ៏ល្អម្នាក់ គឺជាសមាជិកក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិដែល៖

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

- មានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬលើសនេះ is 18 years of age or older
- អាចនិយាយនឹងអ្នកបានអំពីបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នក can talk to you about your wishes
- អាចនៅទីនោះដើម្បីអ្នកពេលអ្នកត្រូវការពួកគេ can be there for you when you need them
- អ្នកទុកចិត្តថានឹងធ្វើតាមបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នក ហើយធ្វើអ្វីដែលល្អបំផុតសម្រាប់អ្នក you trust to follow your wishes and do what is best for you
- អ្នកទុកចិត្តថានឹងដឹងនូវព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក you trust to know your medical information
- មិនខ្លាចក្នុងការសួររដ្ឋបណ្ឌិតនូវសំណួរ និងហ៊ាននិយាយអំពីបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នក is not afraid to ask doctors questions and speak up about your wishes



តាមផ្លូវច្បាប់ អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកមិនអាចជាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលធ្វើការនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិករបស់អ្នកឡើយ លុះត្រាតែពួកគេជាសមាជិកក្រុមគ្រួសារ។

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

### តើអ្វីនឹងកើតឡើងប្រសិនបើខ្ញុំមិនជ្រើសរើសអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ?

What will happen if I do not choose a medical decision maker?

ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្ទាល់របស់អ្នកបាន នោះវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកនឹងដាក់ទៅក្រុមគ្រួសារ និងមិត្តភក្តិ ឬចៅក្រមដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តជូនអ្នក។ មនុស្សម្នាក់នេះអាចនឹងមិនដឹងអ្វីដែលអ្នកចង់បានទេ។

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.

### ប្រសិនបើអ្នកមិនអាច អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកអាចជ្រើសរើសរឿងទាំងនេះឲ្យអ្នកបាន៖

If you are not able, your medical decision maker can choose these things for you:

- វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុប្បដ្ឋាកយិកា បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច អ្នកផ្តល់ការថែទាំ doctors, nurses, social workers, caregivers
- មន្ទីរពេទ្យ គ្លីនិក មណ្ឌលចាស់ជរា hospitals, clinics, nursing homes
- ឱសថ ការធ្វើតេស្ត ឬការព្យាបាល medications, tests, or treatments
- អ្នកដែលអាចមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកបាន who can look at your medical information
- អ្វីដែលកើតឡើងចំពោះរាងកាយ និងសរីរាង្គរបស់អ្នកក្រោយពីអ្នកស្លាប់ទៅ what happens to your body and organs after you die



# នេះគឺជាសេចក្តីសម្រេចចិត្តច្រើនទៀតដែលអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកអាចធ្វើឡើងបាន៖

Here are more decisions your medical decision maker can make:

## ចាប់ផ្តើម ឬបញ្ឈប់ការគាំទ្រជីវិត ឬការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជា៖

Start or stop life support or medical treatments, such as:



- **CPR ឬការជួយសង្គ្រោះបេះដូង និងដង្ហើម** CPR or cardiopulmonary resuscitation  
 cardio = បេះដូង • pulmonary = សួត • resuscitation = ការព្យាយាមនាំត្រលប់មកវិញ  
 cardio = heart • pulmonary = lungs • resuscitation = try to bring back

វាអាចនឹងពាក់ព័ន្ធ៖ This may involve:

- ការសង្កត់ខ្នាំងនៅលើទ្រូងរបស់អ្នក ដើម្បីព្យាយាមរក្សាឈាមរបស់អ្នកឲ្យនៅច្របាច់  
 pressing hard on your chest to try to keep your blood pumping
- ការឆក់ដោយចរន្តអគ្គិសនី ដើម្បីព្យាយាមធ្វើឲ្យបេះដូងរបស់អ្នកដំណើរការ  
 electrical shocks to try to jump start your heart
- ឱសថនៅក្នុងសរសៃធុររបស់អ្នក medicines in your veins



- **ម៉ាស៊ីនដង្ហើម ឬម៉ាស៊ីនសប់ដង្ហើម** Breathing machine or ventilator  
 ម៉ាស៊ីននេះស្រូបខ្យល់ចូលទៅក្នុងសួតរបស់អ្នក ហើយព្យាយាមដកដង្ហើមជំនួសអ្នក។  
 អ្នកមិនអាចនិយាយបានទេ នៅពេលអ្នកដាក់ម៉ាស៊ីននេះ។  
 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.

- **ការលាងឈាម** Dialysis  
 ម៉ាស៊ីនដែលព្យាយាមសម្អាតឈាមរបស់អ្នក ប្រសិនបើតម្រងនោមរបស់អ្នកឈប់ធ្វើការ។  
 A machine that tries to clean your blood if your kidneys stop working.



- **បំពង់ផ្តល់ចំណីអាហារ** Feeding Tube  
 បំពង់ដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីព្យាយាមផ្តល់អាហារដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចលេប បាន។  
 បំពង់នោះអាចត្រូវបានដាក់ឆ្លងកាត់តាមច្រមុះរបស់អ្នកចុះក្រោមចូលទៅក្នុងបំពង់ក និងក្រពះរបស់អ្នក។  
 វាក៏អាចត្រូវបានដាក់ដោយការវះកាត់ចូលទៅក្នុងក្រពះរបស់អ្នកផងដែរ។  
 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.

- **ការបញ្ចូលឈាម និងទឹក (IV)** Blood and water transfusions (IV)  
 ដើម្បីដាក់ឈាម និងទឹកចូលទៅក្នុងរាងកាយរបស់អ្នក។  
 To put blood and water into your body.



- **ការវះកាត់** Surgery

- **ឱសថ** Medicines

## សេចក្តីសម្រេចចិត្តអំពីការបញ្ឈប់ជីវិតដែលអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកអាចធ្វើបាន៖

End of life decisions your medical decision maker can make:

- កោះអញ្ជើញមេដឹកនាំសាសនា  
 call in a religious or spiritual leader
- សម្រេចចិត្តថាតើអ្នកស្លាប់នៅផ្ទះ ឬនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ  
 decide if you die at home or in the hospital
- សម្រេចចិត្តអំពីការវះពិនិត្យសាកសព ឬការបរិច្ចាគសរីរាង្គ  
 decide about autopsy or organ donation
- សម្រេចចិត្តអំពីការកប់ ឬការដុតបូជា  
 decide about burial or cremation

# តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ អ្នកអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក៖

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

- យល់ស្របចំពោះ បដិសេធនឹង ឬដកការគាំទ្រជីវិត ឬការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយដោយខ្លួនឯងបាន។ agree to, refuse, or withdraw any life support or medical treatment if you are not able to speak for yourself
- សម្រេចថាអ្វីកើតឡើងចំពោះរាងកាយរបស់អ្នកក្រោយអ្នកស្លាប់បាត់ ដូចជាផែនការបុណ្យសព និងការបរិច្ចាគសរីរាង្គ decide what happens to your body after you die, such as funeral plans and organ donation

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

---

---

## តើពេលណាអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តឱ្យខ្ញុំបាន?

When can my medical decision maker make decisions for me?



- តែបន្ទាប់ពីខ្ញុំមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្ទាល់របស់ខ្ញុំប៉ុណ្ណោះ ONLY after I am not able to make my own decisions
- ឥឡូវនេះ ភ្លាមៗក្រោយពីខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ NOW, right after I sign this form

ប្រសិនបើអ្នកចង់ អ្នកអាចសរសេរមូលហេតុដែលអ្នកមានអារម្មណ៍រៀបរយនេះបាន។ If you want, you can write why you feel this way.

---

---

## សរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ Write the name of your medical decision maker.

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

ឈ្មោះដំបូង first name \_\_\_\_\_ ឈ្មោះត្រកូល last name \_\_\_\_\_  
 ទូរស័ព្ទទី #1 phone #1 \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទទី #2 phone #2 \_\_\_\_\_ ទំនាក់ទំនង relationship \_\_\_\_\_  
 អាសយដ្ឋាន address \_\_\_\_\_ ទីក្រុង city \_\_\_\_\_ រដ្ឋ state \_\_\_\_\_ ហ្សឺបកូដ zip code \_\_\_\_\_

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

ឈ្មោះដំបូង first name \_\_\_\_\_ ឈ្មោះត្រកូល last name \_\_\_\_\_  
 ទូរស័ព្ទទី #1 phone #1 \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទទី #2 phone #2 \_\_\_\_\_ ទំនាក់ទំនង relationship \_\_\_\_\_  
 អាសយដ្ឋាន address \_\_\_\_\_ ទីក្រុង city \_\_\_\_\_ រដ្ឋ state \_\_\_\_\_ ហ្សឺបកូដ zip code \_\_\_\_\_



# ហេតុអ្វីបានអ្នកជ្រើសរើសអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ?

Why did you choose your medical decision maker?

ប្រសិនបើអ្នកចង់ អ្នកអាចសរសេរមូលហេតុដែលអ្នកជ្រើសរើសអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត #1 និង #2 របស់អ្នកបាន។

If you want, you can write why you chose your #1 and #2 decision makers.

សរសេរឈ្មោះនរណាម្នាក់ដែលអ្នកមិនចង់ឲ្យជួយធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឲ្យអ្នក។

Write down anyone you would NOT want to help make medical decisions for you.

## តើអ្នកចង់ឲ្យអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកធ្វើតាមបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នកតឹងរឹងយ៉ាងណា ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយដោយខ្លួនឯងបាន ?

How strictly do you want your medical decision maker to

follow your wishes if you are not able to speak for yourself?

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

ការសម្រេចចិត្តពីមុនអាចនឹងជាបំណងប្រាថ្នាដែលអ្នកបានសរសេរ ឬនិយាយអំពីជាមួយអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ អ្នកអាចសរសេរបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នកបាននៅក្នុងផ្នែកទី 2 នៃទម្រង់បែបបទនេះ។

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.

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

ភាពបត់បែនទាំងស្រុង៖ វាមិនអីទេសម្រាប់អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំក្នុងការផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយក្នុងចំណោមការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតខ្ញុំគិតថាវាល្អបំផុតសម្រាប់ខ្ញុំនៅពេលនោះ។ 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.

ភាពបត់បែនខ្លះៗ៖ វាមិនអីទេសម្រាប់អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំក្នុងការផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តខ្លះៗក្នុងចំណោមការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតគិតថាវាល្អបំផុត។ ប៉ុន្តែ បំណងប្រាថ្នាទាំងនេះខ្ញុំមិនដែលចង់ឲ្យត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរឡើយ។ 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:

គ្មានការបត់បែនទេ៖ ខ្ញុំចង់ឲ្យអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំគោរពតាមបំណងប្រាថ្នាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំតែម្តង។ វាមិនអីទេក្នុងការផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំ បើទោះជាវេជ្ជបណ្ឌិតបានផ្តល់អនុសាសន៍អំពីវាក៏ដោយ។ 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.

ប្រសិនបើអ្នកចង់ អ្នកអាចសរសេរមូលហេតុដែលអ្នកមានអារម្មណ៍រៀបនេះបាន។ If you want, you can write why you feel this way.

ដើម្បីធ្វើការជ្រើសរើសការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់របស់អ្នក សូមទៅកាន់ផ្នែកទី 2 នៅទំព័រទី 7។ ប្រសិនបើអ្នករួចរាល់ហើយ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះនៅទំព័រទី 13។ សូមចែករំលែកបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នកជាមួយក្រុមគ្រួសារ មិត្តភក្តិ និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

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.

# ផ្នែកទី 2៖

## ធ្វើការជ្រើសរើសការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់របស់អ្នក បំពេញតែសំណួរដែលអ្នកចង់បំពេញប៉ុណ្ណោះ។

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

### តើអ្នកចង់ធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រយ៉ាងដូចម្តេច ? How do you prefer to make medical decisions?

មនុស្សខ្លះចូលចិត្តធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់របស់ពួកគេ។ មនុស្សខ្លះចូលចិត្តមតិចូលរួមពីអ្នកផ្សេងទៀត (ក្រុមគ្រួសារ មិត្តភក្តិ និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ) មុនពេលពួកគេធ្វើការសម្រេចចិត្ត។ ហើយ មនុស្សខ្លះទៀតចូលចិត្តឲ្យមនុស្សដទៃទៀតធ្វើការសម្រេចចិត្តឲ្យពួកគេ។ 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.

**សូមកត់សម្គាល់៖** អ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តឲ្យអ្នកបានទេ។ ពួកគេអាចត្រឹមតែផ្តល់ព័ត៌មាន ដើម្បីជួយដល់ការធ្វើការសម្រេចចិត្តតែប៉ុណ្ណោះ។ Please note: Medical providers cannot make decisions for you. They can only give information to help with decision making.

### តើអ្នកចូលចិត្តធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រយ៉ាងដូចម្តេច ? How do you prefer to make medical decisions?

- ខ្ញុំចូលចិត្តធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយខ្លួនឯងដោយគ្មានមតិចូលរួមពីអ្នកដទៃ។ I prefer to make medical decisions on my own without input from others.
- ខ្ញុំចូលចិត្តធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រតែក្រោយពីបានមតិចូលរួមពីអ្នកដទៃប៉ុណ្ណោះ។ I prefer to make medical decisions only after input from others.
- ខ្ញុំចូលចិត្តឲ្យមនុស្សដទៃទៀតធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឲ្យខ្ញុំ។ I prefer to have other people make medical decisions for me.

ប្រសិនបើអ្នកចង់ អ្នកអាចសរសេរមូលហេតុដែលអ្នកមានអារម្មណ៍របៀបនេះបាន និងនរណាដែលអ្នកចង់បានមតិចូលរួមពី។  
If you want, you can write why you feel this way, and who you want input from.

### តើអ្វីដែលសំខាន់បំផុតនៅក្នុងជីវិត ? គុណភាពនៃជីវិតខុសគ្នាសម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗ។

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

### តើអ្វីសំខាន់បំផុតក្នុងជីវិតរបស់អ្នក ? What is most important in your life?

គូសផឹកឲ្យបានច្រើនតាមដែលអ្នកចង់។  
Check as many as you want.

- ក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិរបស់អ្នក Your family or friends \_\_\_\_\_
- សត្វចិញ្ចឹមរបស់អ្នក Your pets \_\_\_\_\_
- ការងារកម្សាន្តដូចជាការធ្វើស្នូន ការដើរលេងកាត់ព្រៃភ្នំ និងការចម្អិនអាហារ Hobbies, such as gardening, hiking, and cooking
- ការងារកម្សាន្តរបស់អ្នក Your hobbies \_\_\_\_\_
- ធ្វើការងារ ឬស្ម័គ្រចិត្ត Working or volunteering \_\_\_\_\_
- ការថែទាំខ្លួនអ្នក និងការដែលមានឯករាជ្យម្ចាស់ការ Caring for yourself and being independent
- មិនជាបន្ទុកនៅលើក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក Not being a burden on your family
- សាសនា ឬផ្នែកផ្លូវសាសនា៖ សាសនារបស់អ្នក Religion or spirituality: Your religion \_\_\_\_\_
- អ្វីមួយផ្សេងទៀត Something else \_\_\_\_\_

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

# តើអ្វីសំខាន់បំផុតសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក? ចំណុចនេះខុសគ្នាសម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗ។

What matters most for your medical care? This differs for each person.

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

- ពួកគេត្រូវតែត្រូវបានរក្សាឱ្យមានជីវិតដោយដាក់ម៉ាស៊ីន និងកំពុងរងទុក្ខ They have to be kept alive on machines and are suffering
- ពួកគេឈឺខ្លាំងពេកមិនអាចនិយាយទៅកាន់ក្រុមគ្រួសារ និងមិត្តភក្តិរបស់ពួកគេបាន They are too sick to talk to their family and friends

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

- មនុស្សទាំងនេះចង់បានការស្លាប់តាមធម្មជាតិ និងមិនត្រូវបានរក្សាឱ្យនៅរស់ដោយដាក់ម៉ាស៊ីនទេ។  
These people would prefer a natural death, and not be kept alive on machines

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

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

## ថ្ងៃនេះ នៅក្នុងសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក TODAY, IN YOUR CURRENT HEALTH

ដាក់ X នៅតាមបណ្តោយបន្ទាត់នេះដើម្បីបង្ហាញតើអ្នកមានអារម្មណ៍ដូចម្តេចនៅថ្ងៃនេះ នៅក្នុងសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ Put an X along this line to show how you feel today, in your current health.



ប្រសិនបើអ្នកចង់ អ្នកអាចសរសេរមូលហេតុដែលអ្នកមានអារម្មណ៍រៀបរយនេះបាន។ If you want, you can write why you feel this way.

## នៅចុងបញ្ចប់នៃជីវិត AT THE END OF LIFE

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



ប្រសិនបើអ្នកចង់ អ្នកអាចសរសេរមូលហេតុដែលអ្នកមានអារម្មណ៍រៀបរយនេះបាន។ If you want, you can write why you feel this way.



# គុណភាពនៃជីវិតខ្លួនស្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗនៅចុងបញ្ចប់នៃជីវិត។ តើអ្វីដែលនឹងសំខាន់បំផុតចំពោះអ្នក?

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

## នៅចុងបញ្ចប់នៃជីវិត AT THE END OF LIFE

មនុស្សខ្លះសុខចិត្តរស់នៅឆ្លងកាត់រឿងរ៉ាវជាច្រើនដើម្បីបានឱកាសរស់នៅកាន់តែយូរ។

Some people are willing to live through a lot for a chance of living longer.

មនុស្សដទៃទៀតដឹងថារឿងជាក់លាក់ខ្លះនឹងពិបាកធ្ងន់ធ្ងរណាស់ចំពោះគុណភាពនៃជីវិតរបស់ពួកគេ។

Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

- រឿងទាំងនោះអាចនឹងធ្វើឲ្យពួកគេចង់ផ្តោតទៅលើសុខភាពជាជាងការព្យាយាមរស់នៅឲ្យបានយូរតាមដែលអាចទៅរួច។  
Those things may make them want to focus on comfort rather than trying to live as long as possible.

## នៅចុងបញ្ចប់នៃជីវិត តើរឿងមួយណាក្នុងចំណោមរឿងទាំងនេះនឹងពិបាកណាស់ចំពោះគុណភាពជីវិតរបស់អ្នក? ត្រូវស្នើឲ្យបានច្រើនតាមដែលអ្នកចង់បាន។

At the end of life, which of these things would be very hard on your quality of life? Check as many as you want.

- កំពុងសន្លប់ និងមិនអាចភ្ញាក់ដឹងខ្លួន ឬនិយាយទៅកាន់ក្រុមគ្រួសារ និងមិត្តភក្តិរបស់ខ្ញុំបាន។ Being in a coma and not able to wake up or talk to my family and friends
- មិនអាចរស់នៅដោយមិនបានពាក់ភ្ជាប់ទៅនឹងម៉ាស៊ីន Not being able to live without being hooked up to machines
- មិនអាចគិតឲ្យខ្លួនខ្ញុំបាន ដូចជាមានជំងឺភ្លេចភ្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ Not being able to think for myself, such as severe dementia
- មិនអាចបរិភោគ ងូតទឹក ឬមើលថែទាំខ្លួនឯងបាន Not being able to feed, bathe, or take care of myself
- មិនអាចរស់នៅតែឯងបាន ដូចជានៅក្នុងមណ្ឌលចាស់ជរា Not being able to live on my own, such as in a nursing home
- មានការឈឺចាប់ ឬភាពគ្មានជាសុខភាពជាប់ជានិច្ច ធ្ងន់ធ្ងរ Having constant, severe pain or discomfort
- អ្វីមួយផ្សេងទៀត \_\_\_\_\_  
Something else
- ឬ ខ្ញុំសុខចិត្តរស់នៅឆ្លងកាត់រឿងរ៉ាវទាំងអស់នេះ ដើម្បីមានឱកាសរស់នៅបានកាន់តែយូរ។  
OR, I am willing to live through all of these things for a chance of living longer.

ប្រសិនបើអ្នកចង់ អ្នកអាចសរសេរមូលហេតុដែលអ្នកមានអារម្មណ៍របៀបនេះបាន។ If you want, you can write why you feel this way.

តើបទពិសោធន៍អ្វីខ្លះដែលអ្នកមានជាមួយជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬជាមួយនរណាម្នាក់ដែលជិតស្និទ្ធនឹងអ្នកដែលយឺតយ៉ាវខ្លាំង ឬកំពុងជិតស្លាប់? What experiences have you had with serious illness or with someone close to you who was very sick or dying?

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ អ្នកអាចសរសេរអ្វីដែលដំណើរការបានល្អ ឬមិនដំណើរការទៅបានល្អ និងហេតុអ្វី។  
If you want, you can write down what went well or did not go well, and why.

ប្រសិនបើអ្នកជិតស្លាប់ តើអ្នកចង់នៅកន្លែងណា? If you were dying, where would you want to be?

- នៅផ្ទះ at home
- នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ in the hospital
- មួយណាក៏បាន either
- ញ៉ឹមិនច្បាស់ I am not sure

តើអ្វីខ្លះផ្សេងទៀតដែលនឹងសំខាន់ ដូចជាអាហារ តន្ត្រី សត្វចិញ្ចឹម ឬមនុស្សដែលអ្នកចង់ឲ្យនៅជុំវិញអ្នក? What else would be important, such as food, music, pets, or people you want around you?

# តើអ្នកធ្វើឲ្យគុណភាពជីវិតមានគុណភាពជាមួយការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រយ៉ាងដូចម្តេច? ពេលខ្លះជំងឺ និងការព្យាបាលដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីព្យាយាមជួយមនុស្សឲ្យរស់នៅបានកាន់តែយូរអាចបណ្តាលឲ្យមានការឈឺចាប់ ផលរំខានបន្ទាបបន្សំ និងអសមត្ថភាពក្នុងការថែទាំខ្លួនអ្នក។

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.

## សូមអានទំព័រទាំងមូលនេះមុនពេលធ្វើការជ្រើសរើស។ Please read this whole page before making a choice.

នៅចុងបញ្ចប់នៃជីវិត មនុស្សខ្លះសុខចិត្តរស់នៅឆ្លងកាត់រឿងរ៉ាវច្រើនយ៉ាង ដើម្បីឱកាសរស់នៅកាន់តែយូរ។ មនុស្សដទៃទៀតដឹងថារឿងជាក់លាក់ខ្លះនឹងពិបាកធ្ងន់ធ្ងរណាស់ចំពោះគុណភាពនៃជីវិតរបស់ពួកគេ។ 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.

ការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិតអាចជា CPR ម៉ាស៊ីនដកដង្ហើម បំពង់សម្រាប់បញ្ចូលអាហារ ការលាងឈាម ឬការបញ្ចូលឈាម។

Life support treatment can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, or transfusions.



## សូមត្រួតពិនិត្យជម្រើសមួយដែលអ្នកយល់ស្របជាមួយច្រើនបំផុត។

Check the one choice you most agree with.

## ប្រសិនបើអ្នកធ្លាក់ខ្លួនឈឺយ៉ាងខ្លាំងដែលអ្នកអាចនឹងស្លាប់ភ្លាមៗនេះ តើអ្នកចង់បានអ្វី?

If you were so sick that you may die soon, what would you prefer?

- សាកល្បងគ្រប់ការព្យាបាលដើម្បីទ្រទ្រង់ជីវិតទាំងអស់ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំគិតថាអាចនឹងជួយបាន។ ខ្ញុំចង់នៅបន្តការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិតបើទោះបីជាមានសង្ឃឹមតិចតួចក្នុងការបានប្រសើរឡើងវិញ ឬបានរស់នៅក្នុងជីវិតដែលខ្ញុំឲ្យតម្លៃក៏ដោយ។  
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.
- ធ្វើការសាកល្បងការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិតដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំគិតថាអាចនឹងជួយបាន។ ប៉ុន្តែ ខ្ញុំមិនចង់បន្តនៅក្នុងការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិតឡើយប្រសិនបើការព្យាបាលមិនមានប្រសិទ្ធភាព ហើយមានសង្ឃឹមតិចតួចក្នុងការបានប្រសើរឡើងវិញ ឬបានរស់នៅក្នុងជីវិតដែលខ្ញុំឲ្យតម្លៃ។  
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.
- ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិតឡើយ ហើយខ្ញុំចង់ផ្តោតលើការមានជាសុភាព។ ខ្ញុំចង់ស្លាប់តាមធម្មជាតិ។  
I do not want life support treatments, and I want to focus on being comfortable. I prefer to have a natural death.

តើអ្វីផ្សេងទៀតដែលអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកគួរដឹងអំពីជម្រើសនេះ? ឬ ហេតុអ្វីបានអ្នកជ្រើសរើសជម្រើសនេះ?

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

---

---

---

---

---

# អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកអាចនឹងត្រូវបានគេសួរអំពីការបរិច្ចាគសរីរាង្គ និង ការវះកាត់ពិនិត្យសពក្រោយអ្នកស្លាប់។ សូមប្រាប់យើងអំពីបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នក។

Your decision maker may be asked about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

## ការបរិច្ចាគសរីរាង្គ ORGAN DONATION

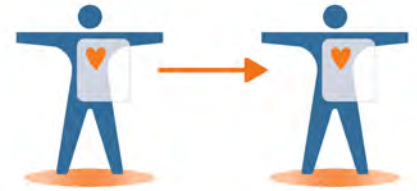
### មនុស្សខ្លះសម្រេចចិត្តបរិច្ចាគសរីរាង្គ ឬផ្នែកនៃរាងកាយពួកគេ។ តើអ្នកចង់ធ្វើអ្វី?

Some people decide to donate their organs or body parts. What do you prefer?

ខ្ញុំចង់បរិច្ចាគសរីរាង្គ ឬផ្នែកនៃរាងកាយរបស់ខ្ញុំ។  
I want to donate my organs or body parts.

តើសរីរាង្គ ឬផ្នែកនៃរាងកាយមួយណាដែលអ្នកចង់បរិច្ចាគ?  
Which organ or body part do you want to donate?

- សរីរាង្គ ឬផ្នែកនៃរាងកាយណាមួយក៏បាន Any organ or body part
- តែ \_\_\_\_\_ ប៉ុណ្ណោះ: Only



ខ្ញុំមិនចង់បរិច្ចាគសរីរាង្គ ឬផ្នែកនៃរាងកាយរបស់ខ្ញុំឡើយ។ I do not want to donate my organs or body parts.

តើមានអ្វីផ្សេងទៀតដែលអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកគួរដឹងអំពីការបរិច្ចាគសរីរាង្គ ឬផ្នែកនៃរាងកាយរបស់អ្នក?

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

---

---

## ការវះកាត់ពិនិត្យសព AUTOPSY

### ការពិនិត្យកោសលវិទ្យាសាកសពអាចធ្វើឡើងបានក្រោយការស្លាប់ ដើម្បីស្វែងរកឲ្យដឹងមូលហេតុដែលមនុស្សម្នាក់ស្លាប់។ វាត្រូវបានធ្វើឡើងដោយការវះកាត់។ វាអាចប្រើពេលប៉ុន្មានថ្ងៃ។

An autopsy can be done after death to find out why someone died. It is done by surgery. It can take a few days.

- ខ្ញុំចង់បានការវះកាត់ពិនិត្យសព។ I want an autopsy.
- ខ្ញុំមិនចង់បានការវះកាត់ពិនិត្យសពទេ។ I do not want an autopsy.
- ខ្ញុំចង់បានការវះកាត់ពិនិត្យសពលុះត្រាតែមានសំណួរអំពីការស្លាប់របស់ខ្ញុំប៉ុណ្ណោះ។  
I only want an autopsy if there are questions about my death.



## បំណងប្រាថ្នាទាក់ទងបុណ្យសព ឬការកប់ FUNERAL OR BURIAL WISHES

### តើអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកគួរដឹងអ្វីខ្លះអំពីរបៀបដែលអ្នកចង់ឲ្យរាងកាយរបស់អ្នកត្រូវបានប្រព្រឹត្តទៅក្រោយពីអ្នកស្លាប់ទៅ និងបំណងប្រាថ្នាទាក់ទងនឹងបុណ្យសព ឬការកប់របស់អ្នក?

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?

- តើអ្នកមានបំណងប្រាថ្នាខាងសាសនា ឬខាងផ្លូវសាសនាដែរឬទេ? Do you have religious or spiritual wishes?
- តើអ្នកមានបំណងប្រាថ្នាទាក់ទងនឹងបុណ្យសព ឬការកប់ដែរឬទេ? Do you have funeral or burial wishes?

---

---

# តើអ្វីផ្សេងទៀតដែលអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកគួរដឹងអំពីអ្នក និងជម្រើសរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ?

What else should your medical providers and medical decision maker know about you and your choices for medical care?

Lined writing area for providing additional information.

## ជាជម្រើស៖ តើអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រយ៉ាងដូចម្តេច?

OPTIONAL: How do you prefer to get medical information?

មនុស្សខ្លះប្រហែលជាចង់ដឹងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់របស់ពួកគេ។ មនុស្សផ្សេងទៀតប្រហែលជាមិនចង់ដឹងទេ។

Some people may want to know all of their medical information. Other people may not.

## ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ តើអ្នកចង់ឲ្យវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកប្រាប់អ្នកថាអ្នកឈឺខ្លាំងប៉ុណ្ណា ឬអ្នកអាចរស់នៅបានយូរប៉ុន្មានទៀតដែរឬទេ?

If you had a serious illness, would you want your doctors and medical providers to tell you how sick you are or how long you may have to live?

បាទ/ចាស ខ្ញុំចង់ដឹងព័ត៌មាននេះ។ Yes, I would want to know this information.

ទេ ខ្ញុំមិនចង់ដឹងទេ។ សូមនិយាយជាមួយអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តជំនួសខ្ញុំ។

No, I would not want to know.

Please talk with my decision maker instead.

## ប្រសិនបើអ្នកចង់ អ្នកអាចសរសេរថាហេតុអ្វីបានជាអ្នកមានអារម្មណ៍បែបនេះ។

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

Lined writing area for explaining feelings.

\* ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកដើម្បីឱ្យពួកគេដឹងពីរបៀបដែលអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មាន។

\* Talk to your medical providers so they know how you want to get information.

# ផ្នែកទី 3៖

## ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទ Part 3: Sign the form



**មុនទម្រង់បែបបទនេះអាចប្រើប្រាស់បាន អ្នកត្រូវតែ៖** Before this form can be used, you must:

- ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ ប្រសិនបើអ្នកអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬលើសនេះ: sign this form if you are 18 years of age or older
- មានសាក្សីពីរនាក់ ឬសារការីម្នាក់ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ: have two witnesses or a notary sign the form

**ចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់អ្នក ហើយសរសេរកាលបរិច្ឆេទ។** Sign your name and write the date.

ចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់អ្នក signature

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ: today's date

សរសេរនាមខ្លួនរបស់អ្នកជាអក្សរពុម្ព first name

សរសេរនាមត្រកូលរបស់អ្នកជាអក្សរពុម្ព last name

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត DOB

អាសយដ្ឋាន address

ទីក្រុង city

រដ្ឋ state

ហ្សឺបកូដ zip code

**សាក្សី ឬសារការី** Witnesses or Notary

**មុនទម្រង់បែបបទនេះអាចប្រើប្រាស់បាន អ្នកត្រូវតែមានសាក្សី 2 នាក់ ឬសារការីចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ការងាររបស់សារការីគឺធានាឲ្យប្រាកដថាវាគឺជារូបអ្នកមែនដែលចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទ។**

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.

**សាក្សីរបស់អ្នកត្រូវតែ៖** Your witnesses must:

- មានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬលើសនេះ: be 18 years of age or older
- ស្គាល់អ្នក know you
- យល់ស្របថាវាគឺជារូបអ្នកដែលចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ: agree that it was you that signed this form



**សាក្សីរបស់អ្នកមិនអាច៖** Your witnesses cannot:

- ជាអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក be your medical decision maker
- ជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក be your health care provider
- ធ្វើការឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក work for your health care provider
- ធ្វើការនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ (ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលចាស់ជរា សូមទៅកាន់ទំព័រទី 15) work at the place that you live (if you live in a nursing home go to page 15)

**ដូចគ្នាផងដែរ សាក្សីម្នាក់មិនអាច៖** Also, one witness cannot:

- ជាប់សាច់ញាតិនឹងអ្នកនៅក្នុងរបៀបណាមួយ be related to you in any way
- ទទួលបានប្រយោជន៍ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ (ទទួលបានប្រាក់ ឬទ្រព្យសម្បត្តិណាមួយ) ក្រោយពីអ្នកស្លាប់ទៅ benefit financially (get any money or property) after you die

**សាក្សីត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់ពួកគេនៅទំព័រទី 14។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន សាក្សីទេ សារការីត្រូវតែចុះហត្ថលេខានៅលើទំព័រទី 15 ។**

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



# សូមឲ្យសាក្សីរបស់អ្នកចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់ពួកគេ និងសរសេរកាលបរិច្ឆេទ។

Have your witnesses sign their names and write the date.

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា ខ្ញុំសូមសន្យាថា \_\_\_\_\_ បានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ។  
ជនដែលត្រូវបានដាក់ឈ្មោះនៅលើទំព័រទី 13

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

ពួកគេកំពុងគិតយ៉ាងច្បាស់លាស់ ហើយមិនត្រូវបានបង្ខំឲ្យចុះហត្ថលេខាលើវាឡើយ។

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



ខ្ញុំក៏សន្យាផងដែរថា៖ I also promise that:

- ខ្ញុំស្គាល់មនុស្សម្នាក់នេះ ឬពួកគេអាចបញ្ជាក់ឲ្យឃើញពិតថាពួកគេជានរណាគេបាន I know this person or they can prove who they are
- ខ្ញុំមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬលើសនេះ I am 18 years of age or older
- ខ្ញុំមិនមែនជាអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ពួកគេឡើយ I am not their medical decision maker
- ខ្ញុំមិនមែនជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគេឡើយ I am not their health care provider
- ខ្ញុំមិនធ្វើការឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគេឡើយ I do not work for their health care provider
- ខ្ញុំមិនធ្វើការនៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅឡើយ I do not work where they live

សាក្សីមួយរូបក៏ត្រូវតែសន្យាផងដែរថា៖ One witness must also promise that:

- ខ្ញុំមិនជាប់សាច់ញាតិទៅនឹងពួកគេតាមរយៈសាច់ឈាម ការរៀបការ ឬការស្ម័គ្រចិត្តជាមួយគ្នាឡើយ។ I am not related to them by blood, marriage, or adoption
- ខ្ញុំនឹងមិនបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ (ទទួលបានប្រាក់ ឬទ្រព្យសម្បត្តិណាមួយ) ក្រោយពីពួកគេស្លាប់បាត់ទៅឡើយ I will not benefit financially (get any money or property) after they die

## សាក្សី #1 Witness #1

ចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់អ្នក signature កាលបរិច្ឆេទ date

សរសេរនាមខ្លួនរបស់អ្នកជាអក្សរពុម្ព print first name សរសេរនាមត្រកូលរបស់អ្នកជាអក្សរពុម្ព print last name

អាសយដ្ឋាន address ទីក្រុង city រដ្ឋ state ហ្សឺបកូដ zip code

## សាក្សី #2 Witness #2

ចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់អ្នក signature កាលបរិច្ឆេទ date

សរសេរនាមខ្លួនរបស់អ្នកជាអក្សរពុម្ព print first name សរសេរនាមត្រកូលរបស់អ្នកជាអក្សរពុម្ព print last name

អាសយដ្ឋាន address ទីក្រុង city រដ្ឋ state ហ្សឺបកូដ zip code

ឥឡូវនេះអ្នករួចរាល់ជាមួយទម្រង់បែបបទនេះហើយ។ You are now done with this form.

ចែករំលែកទម្រង់បែបបទនេះជាមួយក្រុមគ្រួសារ មិត្តភក្តិ និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ និយាយជាមួយពួកគេអំពីបំណងប្រាថ្នាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទៅកាន់ [www.prepareforyourcare.org](http://www.prepareforyourcare.org)  
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](http://www.prepareforyourcare.org)



ស្នាក់ការសាធារណៈ៖ យកទម្រង់បែបបទនេះទៅកាន់ស្នាក់ការសាធារណៈ លុះត្រាតែស្នាក់ការសាធារណៈ មិនបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះប៉ុណ្ណោះ។ យកអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលមានបិទបិទ ( ប័ណ្ណបើកបរ លិខិតឆ្លងដែន។ល។ )

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)

សម្រាប់អ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលចាស់ជរានៃរដ្ឋ California តែប៉ុណ្ណោះ For California Nursing Home Residents ONLY

ឲ្យទម្រង់បែបបទនេះទៅនាយកមណ្ឌលចាស់ជរារបស់អ្នកលុះត្រាតែអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលចាស់ជរា។ ច្បាប់រដ្ឋ California តម្រូវឲ្យអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលចាស់ជរាមានអ្នកស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងនៅមណ្ឌលចាស់ជរាជាសាក្សីនៃសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន។

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.

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ស្តីពីអ្នកគាំពារអ្នកជំងឺ ឬអ្នកស៊ើបអង្កេតបណ្តឹង Statement of the patient advocate or ombudsman

\*ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការស្តីបំពានក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California ថា ខ្ញុំជាអ្នកគាំពារអ្នកជំងឺ ឬអ្នកស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងដូចដែលត្រូវបានចាត់តាំងដោយក្រសួងជនចាស់ជរាប្រចាំរដ្ឋ និងថាខ្ញុំកំពុងបំពេញតួនាទីជាសាក្សីតាមដែលត្រូវបានតម្រូវដោយផ្នែក 4675 នៃក្រមស្តីអំពីមរតកសាសន៍។ "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."

ចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់អ្នក signature កាលបរិច្ឆេទ date

សរសេរនាមខ្លួនរបស់អ្នកជាអក្សរពុម្ព print first name សរសេរនាមត្រកូលរបស់អ្នកជាអក្សរពុម្ព print last name

អាសយដ្ឋាន address ទីក្រុង city រដ្ឋ state ហ្សីបកូដ zip code

រក្សាសិទ្ធិ © ប្រឹក្សាភិបាលនៃសាកលវិទ្យាល័យ California ឆ្នាំ 2016។ រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។ ពិនិត្យកែសម្រួលឡើងវិញ ឆ្នាំ 2019។ គ្មាននរណាម្នាក់អាចផលិតទម្រង់បែបបទនេះឡើងវិញតាមមធ្យោបាយណាមួយសម្រាប់គោលបំណងពាណិជ្ជកម្ម ឬបន្ថែមទៅកាន់ ឬកែតម្រូវទម្រង់បែបបទនេះនៅក្នុងរបៀបណាមួយដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពីប្រឹក្សាភិបាលឡើយ។ ប្រឹក្សាភិបាលមិនបានធ្វើការធានាអំពីទម្រង់បែបបទនេះឡើយ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីចំណុចនេះ និងលក្ខខណ្ឌប្រើប្រាស់ សូមទៅកាន់ www.prepareforyourcare.org

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

