

# پیش رهنمون ورمونت برای مراقبت سلامت

آماده سازی توسط شبکه اخلاقیات ورمونت



## Vermont Advance Directive for Health Care

Prepared by the Vermont Ethics Network

### توضیح و دستورالعملها

#### EXPLANATION & INSTRUCTIONS

شما حق دارید که:

■ You have the right to:

1. Name someone else to make health care decisions for you when or if you are unable to make them yourself.
2. Give instructions about what types of health care you want or do not want.

■ مهم است که با افراد نزدیک به شما و با ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی خود در مورد اهداف، خواسته‌ها و ترجیحات خود برای درمان صحبت کنید.

■ It is important to talk with those people closest to you and with your health care providers about your goals, wishes and preferences for treatment.

■ شما می‌توانید از این فرم به طور کامل استفاده کنید یا می‌توانید از بخشی از آن استفاده کنید. به عنوان مثال، اگر فقط می‌خواهید نماینده‌ای را در قسمت اول انتخاب کنید، می‌توانید فقط آن بخش را پر کنید و سپس به قسمت پنجم بروید تا در حضور شاهدان مناسب امضا کنید.

■ You may use this form in its entirety or you may use any part of it. For example, if you only want to choose an agent in Part One, you may fill out just that section and then go to Part Five to sign in the presence of appropriate witnesses.

■ شما آزاد هستید که از فرم دیگری استفاده کنید به شرطی که در حضور شاهد باشد. فرم‌های دقیق‌تر ارائه گزینه‌ها و اطلاعات بیشتر در مورد اولویت مراقبت از سلامت روان را می‌توانید در وبسایت [www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org) در VEN پیدا کنید.

■ You are free to use another form so long as it is properly witnessed. More detailed forms providing greater options and information regarding mental health care preference can be found on the VEN website at [www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org).

بخش دوم از این فرم به شما امکان می‌دهد اهداف و خواسته‌های درمانی خود را بیان کنید. گزینه‌هایی برای بیان خواسته‌های خود در مورد دریافت، عدم دریافت یا توقف درمان تحت شرایط خاص برای شما فراهم شده است. همچنین فضایی برای شما در نظر گرفته شده است تا بتوانید خواسته‌های بیشتر یا خاص خود را بر اساس ارزش‌ها، وضعیت سلامت یا اعتقادات خود بنویسید.

#### Part TWO of this form lets you state Treatment Goals & Wishes.

Choices are provided for you to express your wishes about having, not having, or stopping treatment under certain circumstances. Space is also provided for you to write out any additional or specific wishes based on your values, health condition or beliefs.

بخش سوم این فرم به شما امکان می‌دهد خواسته‌های خود را در مورد محدودیت‌های درمان بیان کنید. این درمان‌ها شامل CPR، ماشین‌های تنفسی، لوله‌های تغذیه و آنتی‌بیوتیک‌ها است. فضایی برای نوشتن هر گونه خواسته بیشتر برای شما وجود دارد. توجه: اگر CPR، دستگاه تنفس، لوله تغذیه یا آنتی‌بیوتیک نمی‌خواهید، لطفاً این موضوع را با پزشک خود در میان بگذارید، او می‌تواند دستور DNR/COLST (احیا نکنید/دستور پزشک برای درمان بازگرداننده حیات) را تکمیل کند تا اطمینان حاصل شود که شما درمان‌هایی را که نمی‌خواهید دریافت نمی‌کنید، به خصوص در مواقع اضطراری. پرسنل فوریت‌های پزشکی موظفند درمان نجات دهنده را به شما ارائه دهند، مگر اینکه دستور DNR/COLST امضا شده‌ای داشته باشند که برخی از محدودیت‌های درمان در آن مشخص باشد. اگر دستور DNR/COLST وجود نداشته باشد، تیم پزشکی اورژانس CPR را انجام خواهد داد، زیرا زمانی برای مشورت در مورد پیش رهنمون، خانواده، نماینده یا پزشک شما ندارند.

Part THREE of this form lets you express your wishes about

**Limitations of Treatment.** These treatments include CPR, breathing machines, feeding tubes, and antibiotics. There is space for you to write any additional wishes. NOTE: If you DO NOT want CPR, a breathing machine, a feeding tube, or antibiotics, please discuss this with your doctor, who can complete a **DNR/COLST order** (Do Not Resuscitate/Clinician Order for Life Sustaining Treatment) to ensure

بخش اول این فرم به شما این امکان را می‌دهد که فردی را به عنوان "نماینده" خود نام ببرید تا در صورت عدم توانایی یا عدم تمایل به تصمیم‌گیری برای خود، برای شما تصمیمات مراقبت بهداشتی را اتخاذ کند. شما همچنین می‌توانید نمایندگان جایگزین را نام ببرید. شما باید فردی را انتخاب کنید که به او اعتماد دارید و بتواند از طرف شما تصمیمات سخت را بگیرد. آنها باید بر مبنای ارزش‌های شما، انتخاب‌ها را انجام دهند و موافق باشند که به عنوان نماینده شما عمل کنند. حتی اگر نماینده‌ای را معرفی نکنید، می‌توانید فرم پیش رهنمون را پر کنید که ترجیحات پزشکی‌تان را بیان می‌کند. ارائه دهندگان مراقبت‌های پزشکی از دستورالعمل‌های شما در پیش رهنمون بدون نماینده تا حد امکان پیروی می‌کنند، اما داشتن فردی که به عنوان نماینده شما تعیین شده است تا برای شما تصمیم بگیرد به ارائه دهندگان پزشکی و کسانی که از شما مراقبت می‌کنند، کمک می‌کند تا بهترین تصمیم را در شرایطی اتخاذ کنند که ممکن است در پیش رهنمون شما به تفصیل موجود نباشد. طبق قانون ورمونت، اگر شما قادر به انجام این کار نباشید، خویشاوندان نمی‌توانند به طور خودکار از طرف شما تصمیم بگیرند. به همین دلیل است که بهتر است از قبل شخصی را به انتخاب خود، انتخاب کنید.

Part ONE of this form allows you to name a person as your "agent" to make health care decisions for you if you become unable or unwilling to make your own decisions. You may also name alternate agents. You should choose someone you trust, who will be comfortable making what might be hard decisions on your behalf. They should be guided by your values in making choices for you and agree to act as your agent. You may fill out the Advance Directive form stating your medical preferences even if you do not identify an agent. Medical providers will follow your directions in the Advance Directive without an agent to their best ability, but having a person designated as your agent to make decisions for you will help medical providers and those who care for you make the best decisions in situations that may not have been detailed in your Advance Directive. According to Vermont law, next-of-kin will not automatically make decisions on your behalf if you are unable to do so. That is why it is best to appoint someone of your choosing in advance.



STEP  
**2**  
TAKING  
STEPS  
VERMONT

## A Comprehensive Guide to Medical Decision-Making

Includes advance directive form to appoint a health care agent and document treatment preferences



A publication by the Vermont Ethics Network

ممکن است بخواهید کتابچه Taking Steps (قدم به قدم) را بخوانید تا به شما کمک کند درباره انتخاب‌ها و موقعیت‌های مختلف فکر کنید و نمایندگان یا عزیزانتان درباره آن‌ها بحث کنید.

You may wish to read the booklet *Taking Steps* to help you think about and discuss different choices and situations with your agent(s) or loved ones.

کپی‌هایی از کتابچه Taking Steps (قدم به قدم) را می‌توانید از اینجا خریداری کنید:

Copies of *Taking Steps* can be purchased from:

**Vermont Ethics Network**  
61 Elm Street  
Montpelier, VT 05602.

تلفن (Tel) (802) 828-2909

فکس (Fax) (802) 828-2646

[www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org)

برای کسب اطلاعات در مورد رجیستری پیش رهنمون ورمونت به این سایت مراجعه کنید:

For information about the Vermont Advance Directive Registry visit:

وبسایت VEN:

VEN website

[www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org)

یا / or

وبسایت رجیستری در اداره بهداشت ورمونت:

Registry website at the Vermont Department of Health:

[www.healthvermont.gov/vadr](http://www.healthvermont.gov/vadr)

that you do not receive treatments you do not want, especially in an emergency. Emergency Medical Personnel are required to provide you with life-saving treatment unless they have a signed DNR/COLST order specifying some limitation of treatment. If there is no DNR/COLST order the emergency medical team will perform CPR as they will not have time to consult an Advance Directive, your family, agent, or physician.

بخش چهارم این فرم به شما امکان می‌دهد خواسته‌های خود را در رابطه با اهدای عضو/بافت و ترجیحات خود برای تشییع جنازه، دفن و دفع بقایای خود بیان کنید.

**Part FOUR** of this form allows you to express your wishes related to **organ/tissue donation & preferences for funeral, burial and disposition** of your remains.

بخش پنجم برای امضاها است. شما باید این را در مقابل دو شاهد بالغ امضا کنید و تاریخ بنزید. افراد زیر نمی‌توانند شاهد باشند: نماینده شما و نمایندگان جایگزین. همسر یا شریک زندگی شما؛ والدین؛ خواهر و برادر؛ فرزندان یا نوه‌ها.

شما باید کپی‌هایی از فرم تکمیل شده را به نماینده و نماینده(های) جایگزین خود، به پزشک، خانواده خود و به هر مرکز مراقبت بهداشتی که در آن اسکان دارید یا احتمالاً در آنجا مورد مراقبت قرار می‌گیرید، بدهید. لطفاً توجه داشته باشید که چه کسی یک نسخه از پیش رهنمون شما را دارد تا در صورت تغییر تنظیمات انتخابی‌تان، امکان بروزرسانی فراهم باشد.

همچنین به شما پیشنهاد می‌شود که یک نسخه از پیش‌رهنمون خود را به همراه فرم توافقنامه ثبت که در انتهای این سند یافت می‌شود، به رجیستری پیش رهنمون ورمونت ارسال کنید.

شما این حق را دارید که تمام یا بخشی از این پیش رهنمون برای مراقبت‌های بهداشتی را لغو کنید یا این فرم را در هر زمانی جایگزین کنید. اگر آن را لغو کنید، تمام نسخه‌های قدیمی باید از بین بروند. اگر تغییراتی ایجاد کرده‌اید و یک کپی از سند اصلی خود را به رجیستری پیش رهنمون ورمونت ارسال کرده‌اید، حتماً یک نسخه جدید یا یک فرم اعلان تغییر را همراه با اطلاعات مورد نیاز برای به‌روزرسانی پیش رهنمون برای آنها ارسال کنید.

**Part FIVE** is for signatures. You must sign and date the form in the presence of two adult witnesses. The following persons may not be witnesses: your agent and alternate agents; your spouse or partner; parents; siblings; children or grandchildren.

You should give copies of the completed form to your agent and alternate agent(s), to your physician, your family and to any health care facility where you reside or at which you are likely to receive care. Please note who has a copy of your Advance Directive so it may be updated if your preferences change.

You are also encouraged to send a copy of your Advance Directive to the Vermont Advance Directive Registry with the Registration Agreement Form found at the end of this document.

You have the right to revoke all or part of this Advance Directive for Health Care or replace this form at any time. If you do revoke it, all old copies should be destroyed. If you make changes and have sent a copy of your original document to the Vermont Advance Directive Registry, be sure to send them a new copy or a notification of change form with information needed to update your Advance Directive there.

# پیش رهنمون ورمونت برای مراقبت سلامت

## Vermont Advance Directive for Health Care

تاریخ  
DATE

تاریخ تولد  
DATE OF BIRTH

نام شما  
YOUR NAME

آدرس  
ADDRESS

کد پستی  
ZIP

ایالت  
STATE

شهر  
CITY

### بخش اول: نماینده مراقبت‌های بهداشتی PART ONE: YOUR HEALTH CARE AGENT

**نماینده مراقبت‌های سلامت** می‌تواند در مواردی که امکان یا تمایلی برای تصمیم‌گیری در خصوص مراقبت‌های سلامت خود ندارید، برای شما تصمیم‌گیری کند. لازم است شخصی را انتخاب نمایید که مورد اعتمادتان باشد و خواسته‌های شما را درک نموده و با پذیرش مسئولیت به عنوان نماینده شما موافق باشد. ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما **می‌تواند** نماینده شما باشد، مگر اینکه یکی از بستگان شما باشد. نماینده شما **می‌تواند** مالک، اپراتور، کارمند یا پیمانکار یک مرکز مراقبت دارای قابلیت اسکان، مرکز مراقبت‌های بهداشتی یا مرکز اصلاحی که در زمان تکمیل پیش رهنمون شما در آن ساکن هستید، باشد.

Your health care agent can make health care decisions for you when you are unable or unwilling to make decisions for yourself. You should pick someone that you trust, who understands your wishes and agrees to act as your agent. Your health care provider may **NOT** be your agent unless they are a relative. Your agent may **NOT** be the owner, operator, employee or contractor of a residential care facility, health care facility or correctional facility where you reside at the time your advance directive is completed.

من شخص زیر را منصوب می‌کنم که **نماینده** من باشد:

I appoint this person to be my health care **AGENT**:

ایمیل  
EMAIL

نام نماینده  
AGENT NAME

آدرس  
ADDRESS

تلفن همراه  
CELL PHONE

تلفن منزل  
WORK PHONE

تلفن منزل  
HOME PHONE

(اگر **نمایندگان همکار** را منصوب می‌کنید، اسامی آنها را در یک برگه جداگانه فهرست کنید)

(If you appoint **CO-AGENTS**, list them on a separate sheet of paper)

اگر این نماینده در دسترس نباشد، نخواهد یا نتواند به عنوان نماینده من عمل کند، من این شخص را به عنوان **نماینده جایگزین** خود منصوب می‌کنم:

If this agent is unavailable, unwilling or unable to act as my agent, I appoint this person as my **ALTERNATE AGENT**:

ایمیل  
EMAIL

نام نماینده جایگزین  
ALTERNATE AGENT NAME

آدرس  
ADDRESS

تلفن همراه  
CELL PHONE

تلفن منزل  
WORK PHONE

تلفن منزل  
HOME PHONE

افراد دیگری که ممکن است از طرف من درباره تصمیمات پزشکی با آنها مشورت شود عبارتند از:

Others who may be consulted about medical decisions on my behalf include:

ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (پزشک، دستیار پزشک یا پزشک پرستار):

Primary care provider (Physician, PA or Nurse Practitioner):

تلفن  
PHONE

نام  
NAME

آدرس  
ADDRESS

تلفن  
PHONE

نام  
NAME

آدرس  
ADDRESS

افرادی که نباید با آنها مشورت کنیم عبارتند از:

Those who should NOT be consulted include:

تاریخ  
DATEتاریخ تولد  
DOBنام  
NAME

می‌خواهم پیش رهنمون من از این زمان شروع شود:

I want my Advance Directive to start:

وقتی نمی‌توانم خودم تصمیم بگیرم  
When I cannot make my own decisionsاز همین حالا  
Nowوقتی این اتفاق افتاد:  
When this happens:بخش دوم: اهداف مراقبت سلامت و خواسته‌های معنوی  
PART TWO: HEALTH CARE GOALS AND SPIRITUAL WISHES

## اهداف کلی مراقبت‌های بهداشتی من عبارتند از: / My overall health care goals include:

من فقط می‌خواهم درمان برای راحتی من باشد.  
I only want treatment directed toward my comfort.من فقط در صورتی می‌خواهم زندگی‌ام را حفظ کنم که:  
I want treatment to sustain my life only if I will:من می‌خواهم با هر وسیله پزشکی زندگی خود را تا آنجا که ممکن است حفظ کنم.  
I want to have my life sustained as long as possible by any medical means.بتوانم با دوستان و خانواده ارتباط برقرار کنم.  
be able to communicate with friends and family.بتوانم از خودم مراقبت کنم.  
be able to care for myself.بدون رنج ناتوانی زندگی کنم.  
live without incapacitating pain.نسبت به اطرافم هوشیار و آگاه باشم.  
be conscious and aware of my surroundings.

اهداف، خواسته‌ها یا باورهای دیگری که می‌خواهم بیان کنم عبارتند از:

Additional Goals, Wishes, or Beliefs I wish to express include:

People to notify if I have a life-threatening illness:

افرادی که باید در صورت ابتلا به یک بیماری تهدید کننده زندگی به آنها اطلاع دهند:

If I am dying it is important for me to be (check choice):

اگر در حال مرگ هستم برای من مهم است که (انتخاب را تیک بزنید):

در منزل باشم  
At homeدر بیمارستان باشم  
In the hospitalسایر:  
Other:ترجیحی ندارم  
No preference

## My Spiritual Care Wishes include:

خواسته‌های مراقبت معنوی من عبارتند از:

مذهب/اعتقاد من:  
My Religion/Faith:مکان عبادت  
PLACE OF WORSHIPآدرس  
ADDRESSتلفن  
PHONE

The following items or music or readings would be a comfort to me:

موارد زیر یا موسیقی یا خواندن این موارد برای من آرامش‌بخش است:

تاریخ  
DATEتاریخ تولد  
DOBنام  
NAME

### بخش سوم: محدودیت‌های درمان PART THREE: LIMITATIONS OF TREATMENT

شما می‌توانید تصمیم بگیرید که در زمانی که به شدت بیمار می‌شوید یا در حال مرگ هستید، چه نوع درمانی را می‌خواهید یا نمی‌خواهید دریافت کنید. صرف نظر از محدودیت‌های درمانی بیان شده، شما حق دارید درد و علائم خود (تهوع، خستگی، تنگی نفس) را مدیریت کنید. مگر اینکه محدودیت‌های درمانی عنوان شود، لازم است و انتظار می‌رود که تیم پزشکی هر کاری که ممکن است را برای نجات جان شما انجام دهد.

You can decide what kind of treatment you want or don't want if you become seriously ill or are dying. Regardless of the treatment limitations expressed, you have the right to have your pain and symptoms (nausea, fatigue, shortness of breath) managed. Unless treatment limitations are stated, the medical team is required and expected to do everything possible to save your life.

#### ۱. اگر قلب من باز ایستاد (یکی را انتخاب کنید):

##### If my heart stops (choose one):

من نمی‌خواهم CPR انجام شود تا قلبم دوباره بکار بیفتد.  
I DON'T want CPR done to try to restart my heart.

من می‌خواهم CPR انجام شود تا قلبم دوباره بکار بیفتد.  
I DO want CPR done to try to restart my heart.

CPR به معنای احیای قلبی (قلب) - ریوی (ریه)، از جمله فشردن سازی شدید قفسه سینه، استفاده از شوک الکتریکی، داروهایی برای حمایت یا بازیابی عملکرد قلب، و تنفس‌های نجات دهنده (به زور وارد کردن هوا به داخل ریه‌ها) است.

CPR means cardio (heart)-pulmonary (lung) resuscitation, including vigorous compressions of the chest, use of electrical stimulation, medications to support or restore heart function, and rescue breaths (forcing air into your lungs).

#### ۲. اگر خودم نتوانم نفس بکشم (یکی را انتخاب کنید):

##### If I am unable to breathe on my own (choose one):

من برای هیچ مدت زمانی دستگاه تنفس نمی‌خواهم.  
I DO NOT want a breathing machine for ANY length of time.

من می‌خواهم برای مدت کوتاهی دستگاه تنفس داشته باشم تا ببینم زنده می‌مانم یا خیر یا اینکه بهتر می‌شوم.  
I want to have a breathing machine for a short time to see if I will survive or get better.

من یک دستگاه تنفس بدون محدودیت زمانی می‌خواهم.  
I DO want a breathing machine without any time limit.

"دستگاه تنفس" به دستگاهی اطلاق می‌شود که به طور مکانیکی هوا را به داخل و خارج از ریه‌های شما منتقل می‌کند، مانند دستگاه تنفس مصنوعی.

"Breathing machine" refers to a device that mechanically moves air into and out of your lungs such as a ventilator.

#### ۳. اگر نتوانم به اندازه کافی غذا یا آب را قورت دهم تا زنده بمانم (یکی را انتخاب کنید):

##### If I am unable to swallow enough food or water to stay alive (choose one):

من برای هیچ مدت زمانی لوله تغذیه نمی‌خواهم.  
I DO NOT want a feeding tube for any length of time.

من می‌خواهم برای مدت کوتاهی لوله تغذیه داشته باشم تا ببینم زنده می‌مانم یا خیر یا اینکه بهتر می‌شوم.  
I want to have a feeding tube for a short time to see if I will survive or get better.

من یک لوله تغذیه بدون محدودیت زمانی می‌خواهم.  
I DO want a feeding tube without any time limits.

توجه: اگر در ایالت دیگری تحت درمان قرار می‌گیرید، ممکن است نماینده شما به طور خودکار این اختیار را نداشته باشد که لوله تغذیه را متوقف کند یا بردارد. اگر می‌خواهید نماینده شما در مورد لوله‌های تغذیه تصمیم بگیرد، لطفاً کادر زیر را علامت بزنید.

NOTE: If you are being treated in another state your agent may not automatically have the authority to withhold or withdraw a feeding tube. If you wish to have your agent decide about feeding tubes please check the box below.

من به نماینده خود اجازه می‌دهم در مورد لوله‌های تغذیه تصمیم‌گیری کند.  
I authorize my agent to make decisions about feeding tubes.

#### ۴. اگر بیمار لاعلاج هستم یا آنقدر بیمار هستم که بعید است بهتر شوم (یکی را انتخاب کنید):

##### If I am terminally ill or so ill that I am unlikely to get better (choose one):

من آنتی بیوتیک یا داروی دیگری برای مبارزه با عفونت نمی‌خواهم.  
I DON'T want antibiotics or other medication to fight infection.

من آنتی بیوتیک یا داروی دیگری برای مبارزه با عفونت می‌خواهم.  
I DO want antibiotics or other medication to fight infection.

اگر اعلام کرده‌اید که تحت هیچ شرایطی CPR، دستگاه تنفس، لوله تغذیه یا آنتی‌بیوتیک نمی‌خواهید، لطفاً این موضوع را با پزشک خود در میان بگذارید که او می‌تواند فرم DNR/COLST را تکمیل کند تا مطمئن شود که درمان‌هایی را که نمی‌خواهید، دریافت نمی‌کنید. به خصوص در شرایط اضطراری. دستور DNR / COLST خارج از محیط بیمارستان اعطا خواهد شد.

If you have stated you DO NOT want CPR, a breathing machine, a feeding tube, or antibiotics under any circumstances, please discuss this with your doctor who can complete a DNR/COLST form to ensure you don't receive treatments you don't want, particularly in an emergency situation. A DNR/COLST order will be honored outside of the hospital setting.

محدودیت‌های بیشتر درمانی که می‌خواهم شامل شود:

Additional Limitations of Treatment I wish to include:

تاریخ  
DATEتاریخ تولد  
DOBنام  
NAME

بخش چهارم: اهدای عضو / بافت و دفن / دفع بقایا

**PART FOUR: ORGAN/TISSUE DONATION & BURIAL/DISPOSITION OF REMAINS****خواسته‌های من برای اهدای عضو و بافت (انتخاب‌های خود را بررسی کنید): / My wishes for organ & tissue donation (check your choices):**من با اهدای اندام‌ها و بافت‌های زیر موافقت می‌کنم:  
I consent to donate the following organs & tissues:هر گونه اندام مورد نیاز  
Any needed organsهر گونه بافت مورد نیاز (پوست، استخوان، قرنیه)  
Any needed tissue (skin, bone, cornea)من مایل به اهدای اندام‌ها و بافت‌های زیر نیستم:  
I do not wish to donate the following organs and tissues:من نمی‌خواهم هیچ عضو یا بافتی را اهدا کنم  
I do not want to donate any organs or tissuesمن می‌خواهم نماینده مراقبت‌های بهداشتی من در این مورد تصمیم بگیرد  
I want my health care agent to decideمن می‌خواهم بدنم را به برنامه (های) پژوهشی یا آموزشی اهدا کنم. (توجه: شما باید از قبل هماهنگی‌های خود را با دانشکده پزشکی یا برنامه‌های دیگر انجام دهید.)  
I wish to donate my body to research or educational program(s). (Note: you will have to make your own arrangements with a medical school or other program in advance.)**دستورالعمل‌های من برای دفن / دفع بقایای من پس از مرگ (تیک بزنید و تکمیل کنید):****My Directions for Burial/Disposition of My Remains after I Die (check & complete):**من یک قرارداد پیش از نیاز برای تمهیدات مربوط به تشییع جنازه دارم:  
I have a Pre-Need Contract for Funeral Arrangements:تلفن  
PHONEنام  
NAMEآدرس  
ADDRESSاز افراد زیر می‌خواهم در مورد دفن یا انتقال بقایای من تصمیم بگیرند (انتخاب‌های خود را تیک بزنید):  
I want the following individuals to decide about my burial or disposition of my remains (check your choices):خانواده:  
Family:نماینده جایگزین  
Alternate Agentنماینده  
Agentتلفن  
PHONEنام  
NAMEآدرس  
ADDRESSسایر:  
Other:تلفن  
PHONEنام  
NAMEآدرس  
ADDRESS**خواسته‌های خاص (انتخاب‌های خود را تیک بزنید):****Specific Wishes (check your choices):**من یک احیا/مشاهده می‌خواهم  
I want a Wake/Viewingمن دفن را ترجیح می‌دهم - در صورت امکان در مکان زیر: (قبرستان، آدرس، شماره تلفن)  
I prefer a Burial — If possible at the following location: (cemetery, address, phone number)من سوزانده شدن را ترجیح می‌دهم - با خاکستر من که به صورت زیر نگهداری یا پراکنده شود:  
I prefer Cremation — With my ashes kept or scattered as follows:من می‌خواهم یک مراسم تشییع جنازه همراه با خاکسپاری یا سوزاندن بعد از آن داشته باشم  
I want a Funeral Ceremony with a burial or cremation to followمن فقط یک مراسم کنار محل دفن را ترجیح می‌دهم  
I prefer only a Graveside Ceremonyمن فقط مراسم یادبودی را ترجیح می‌دهم که مراسم خاکسپاری یا سوزاندن قبل از آن باشد  
I prefer only a Memorial Ceremony with burial or cremation precedingسایر جزئیات: (مانند موسیقی، خواندن، راهبری مراسم)  
Other Details: (such as music, readings, Officiant)

تاریخ  
DATEتاریخ تولد  
DOBنام  
NAMEبخش پنجم: بیانیه خواسته‌های امضا شده  
PART FIVE: SIGNED DECLARATION OF WISHESشما باید این را در مقابل دو شاهد بالغ امضا کنید. افراد زیر نمی‌توانند به عنوان شاهد امضا کنند:  
نماینده(ها)، همسر، والدین، خواهر و برادرها، فرزندان یا نوه‌های شما.You must sign this before TWO adult witnesses. The following people may **not** sign as witnesses: your agent(s), spouse, parents, siblings, children or grandchildren.من اعلام می‌کنم که این سند بازتاب‌دهنده خواسته‌های مراقبت‌های بهداشتی من است و به میل خودم این پیش رهنمون را امضا می‌کنم.  
I declare that this document reflects my health care wishes and that I am signing this Advance Directive of my own free will.تاریخ  
DATEامضا شده  
SIGNEDمن تأیید می‌کنم که به نظر می‌رسد امضاکننده ماهیت این پیش رهنمون را درک کرده و در زمان امضای این رهنمون تحت اجبار یا نفوذ نامناسب نبوده است. (لطفاً امضا کنید و پرینت بگیرید)  
I affirm that the signer appeared to understand the nature of this advance directive and to be free from duress or undue influence at the time this was signed. (Please sign and print)شاهد اول (نام با حروف بزرگ)  
WITNESS 1 (PRINT NAME)تاریخ  
DATEامضا  
SIGNATUREشاهد دوم (نام با حروف بزرگ)  
WITNESS 2 (PRINT NAME)تاریخ  
DATEامضا  
SIGNATURE

اگر شخصی که این سند را امضا می‌کند در حال پذیرش شدن در بیمارستان است یا هم اکنون در بیمارستان است، یکی از موارد زیر باید امضا شود و تأیید شود که ماهیت و تأثیر پیش رهنمون را توضیح داده‌اند و به نظر می‌رسد که بیمار درک می‌کند و تحت فشار یا تأثیر نامناسب در زمان امضا نبوده است: توضیح دهنده تعیین شده بیمارستان، بازرس، نماینده بیماران سلامت روان، عضو شناخته شده جامعه کشیشان، وکیل ورمونت، یا فرد منصوب شده دادگاه انحصار وراثت.

If the person signing this document is being admitted to or is a current patient in a **hospital**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the patient appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *designated hospital explainer, ombudsman, mental health patient representative, recognized member of the clergy, Vermont attorney, or Probate Court designee.*

اگر شخصی که این سند را امضا می‌کند در حال پذیرش شدن در یک خانه سالمندان یا بستری در مرکز مراقبت اقامتی است، یکی از موارد زیر باید امضا شود و تأیید شود که ماهیت و تأثیر پیش رهنمون را توضیح داده‌اند و به نظر می‌رسد که بیمار درک می‌کند و تحت فشار یا تأثیر نامناسب در زمان امضا نبوده است: یک بازرس، عضو شناخته شده جامعه کشیشان، وکیل ورمونت، فرد منصوب شده دادگاه انحصار وراثت، توضیح دهنده تعیین شده بیمارستان، نماینده بیماران سلامت روان، پزشکی که در مرکز استخدام نباشد، یا یک داوطلب آموزش دیده مناسب در خانه سالمندان/مرکز مراقبت‌های دارای قابلیت اسکان.

If the person signing this document is being admitted to or is a resident in a **nursing home or residential care facility**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the resident appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *an ombudsman, recognized member of the clergy, Vermont attorney, Probate Court designee, designated hospital explainer, mental health patient representative, clinician not employed by the facility, or appropriately trained nursing home/residential care facility volunteer.*

توضیح دهنده همانطور که در بالا ذکر شد ممکن است به عنوان یکی از دو شاهد مورد نیاز نیز عمل کند.

The explainer as outlined above may also serve as one of the two required witnesses.

نام  
NAMEتلفن  
PHONEنام عنوان/موقعیت آدرس  
TITLE/POSITIONآدرس  
ADDRESSتاریخ  
DATEامضا  
SIGNATURE

تاریخ  
DATE

تاریخ تولد  
DOB

نام  
NAME

موارد زیر دارای یک کپی از پیش رهنمون من هستند (لطفاً تیک بزنید):

The following have a copy of my Advance Directive (please check):

تاریخ ثبت نام:  
Date registered:

رجیستری پیش رهنمون ورمونت:  
Vermont Advance Directive Registry

نماینده مراقبت‌های بهداشتی  
Health care agent

نماینده مراقبت سلامت جایگزین  
Alternate health care agent

پزشک / ارائه دهنده (ها):  
Doctor/Provider(s):

بیمارستان(ها):  
Hospital(s):

عضو (اعضا) خانواده:  
Family Member(s): Please list:

نام  
NAME

آدرس  
ADDRESS

نام  
NAME

آدرس  
ADDRESS

نام  
NAME

آدرس  
ADDRESS

نام  
NAME

آدرس  
ADDRESS

نام  
NAME

آدرس  
ADDRESS

سایر:  
Other:

نام  
NAME

آدرس  
ADDRESS

نام  
NAME

آدرس  
ADDRESS

نام  
NAME

آدرس  
ADDRESS

نام  
NAME

آدرس  
ADDRESS

نام  
NAME

آدرس  
ADDRESS

نام  
NAME

آدرس  
ADDRESS



**رجیستری پیش رهنمون ورمونت**  
**توافقنامه ثبت نام و فرم مجوز برای اعمال تغییرات**  
(اسناد A و B بر اساس قانون پیش رهنمون ورمونت)

**Vermont Advance Directive Registry**  
**Registration Agreement & Authorization to Change Form**  
(Documents A & B per the Vermont Advance Directive Rule)

**رهنمون ها / Directions**

- خط مشی ثبت نام را در صفحه 3 بخوانید و بخش های مربوطه را در زیر تکمیل کنید. لطفاً واضح تایپ یا چاپ کنید.  
1. Read the Registration Policy on page 3 and complete the relevant sections below. Please type or print clearly.
  - First-time Registrants:** Complete the Required Registrant Information & Document A.  
ا. ثبت نام کنندگان برای اولین بار: لطفاً اطلاعات مورد نیاز ثبت نام و سند A را تکمیل کنید.
  - Updating an Advance Directive already on file:** Complete the Required Registrant Information & Document B.  
ب. به روزرسانی یک پیش رهنمون که از قبل در پرونده وجود دارد: لطفاً اطلاعات مورد نیاز ثبت نام و سند B را تکمیل کنید.
- یک نسخه امضا شده در حضور شاهد از پیش رهنمون خود ضمیمه کنید.  
2. Attach a signed and witnessed copy of your advance directive.
- ثبت نام باید شامل یک فرم توافقنامه ثبت نام یا مجوز تغییر فرم و یک کپی امضا شده در حضور شاهد از سند پیش رهنمون باشد.  
3. Registrations **must** include a completed and signed Registration Agreement or Authorization to Change form and a copy of the signed and witnessed advance directive document.
- پس از تکمیل و امضای فرم ها، فرم ها را از طریق ایمیل، پست یا فکس ارسال کنید:  
4. Once forms are completed and signed, send forms by email, mail or fax:

[VADRSubmissions@uslwr.com](mailto:VADRSubmissions@uslwr.com)

Vermont Advance Directive Registry (VADR)  
PO Box 2789  
Westfield, NJ 2789-07091  
908-654-1919

ایمیل به:  
E-mail to:

یا ایمیل به:  
Or Mail to:

یا ارسال فکس به:  
Or Fax to:

برای اطلاعات بیشتر از این سایت بازدید کنید: <http://healthvermont.gov/vadr/> یا با این شماره تماس بگیرید: ۹۴۵۵-۵۴۸-۸۸۸-۱

For additional information visit: <http://healthvermont.gov/vadr/> or call 1-888-548-9455

**اطلاعات مورد نیاز ثبت نام کننده / Required Registrant Information**

نام کوچک First Name	نام میانی Middle	نام خانوادگی Last	پسونند Suffix
تاریخ تولد: Date of Birth			
آدرس پستی اصلی: Primary Mailing Address			
شهرستان/شهر: Town/City	ایالت: State	کد پستی: Zip code	
شماره تلفن: Phone Number	اصلی: Primary	سایر: Other	
آیا مایلید از طریق ایمیل با شما تماس گرفته شود? Would you like to be contacted by e-mail?			
بله Yes			
خیر No			
آدرس ایمیل: Email Address			
آدرس پستی ثانویه (در صورتی که در مورد شما صدق می کند): Secondary Mailing Address (if applicable):			
شهرستان/شهر: Town/City	ایالت: State	کد پستی: Zip code	

**مخاطبان در مواقع اضطراری / Emergency Contacts**

نام اصلی: Name Primary	شماره تلفن: Phone Number	نسبت یا ثبت نام کننده: Relationship to Registrant
نام ثانویه: Name Secondary	شماره تلفن: Phone Number	نسبت یا ثبت نام کننده: Relationship to Registrant

توجه: همه موارد ارسالی به دفتر ثبت باید شامل یک نسخه امضا شده در حضور شاهد از پیش رهنمون ثبت نام شونده باشد. این امر هم در مورد ارسالی برای اولین بار و هم برای به روزرسانی اسناد موجود اعمال می‌شود.

**NOTICE: All submissions to the Registry must include a signed and witnessed copy of the registrant's Advance Directive. This applies to both first-time submissions and updates to existing documents.**

**سند A: توافقنامه ثبت نام**  
**Document A: Registration Agreement**

این بخش را فقط در صورتی تکمیل کنید که این اولین بار است که پیش رهنمون خود را ثبت می‌کنید.  
Complete this section **only** if this is your first time registering your advance directive.

اینجانب، \_\_\_\_\_ (نام با حروف بزرگ) درخواست می‌کنم که پیش رهنمون من در رجیستری پیش رهنمون ورمونت ثبت شود و اجازه دسترسی به آن را به نحوی که توسط قانون ورمونت مجاز شمرده می‌شود، می‌دهم. با امضا کردن در ذیل، تصدیق و تأیید می‌کنم که: اطلاعات ارائه شده دقیق است؛ من شرایط خط مشی ثبت رجیستری را خوانده‌ام، درک کرده‌ام و با آن موافقم؛ من از شماره شناسایی ثبت نام و کارت کیف پول خود در برابر دسترسی غیرمجاز محافظت می‌کنم؛ و من فوراً تغییرات مربوط به اطلاعات ثبت نام یا پیش رهنمون خود را به صورت کتبی به اداره ثبت اطلاع خواهم داد. من این قرارداد را داوطلبانه و بدون اجبار، فشار، یا تأثیر نامناسب از طرف هیچ شخصی اجرا می‌کنم. من می‌دانم که هر کسی که به کارت کیف پول من دسترسی دارد می‌تواند از آن برای دسترسی به اسناد و اطلاعات شخصی من استفاده کند. این مجوز تا زمانی که آن را لغو نکنم به قوت خود باقی است.

I, \_\_\_\_\_ (**print name**) request that my advance directive be registered in the Vermont Advance Directive Registry, and authorize its access as allowed by Vermont law. By signing below, I acknowledge and affirm that: the information provided is accurate; I have read, understand, and agree to the terms of the Registry Registration Policy; I will safeguard my registrant identification number and wallet card from unauthorized access; and I will immediately notify the Registry in writing of changes to my registration information or advance directive. I execute this agreement voluntarily and without coercion, duress, or undue influence by any party. I understand that anyone who has access to my wallet card can use it to gain access to my documents and personal information. This authorization remains in effect until I revoke it.

تاریخ:  
Date:

امضای ثبت نام کننده:  
Signature of Registrant:

**سند B: مجوز برای اعمال تغییرات**  
**Document B: Authorization to Change**

تنها در صورتی تکمیل کنید که در حال حاضر ثبت نام کرده باشید و پیش رهنمونی را که از قبل در رجیستری موجود است، به روزرسانی می‌کنید.  
Complete **only** if you are currently registered and making updates to an advance directive already on file with the registry.

هر کادری از ذیل را که در مورد ارسال شما مصداق دارد، علامت بزنید.

Check the box below that applies to your submission.

اصلاح: برای اصلاح پیش رهنمون خود، این کادر را علامت بزنید. سابقه سند قبلی در پرونده شما حفظ خواهد شد.

**Amend:** Check this box to amend your existing advance directive. Prior document history will be retained in your file.

جایگزینی: برای جایگزینی پیش رهنمون خود، این کادر را علامت بزنید. سابقه سند قبلی در پرونده شما حفظ نخواهد شد.

**Replace:** Check this box to replace your existing advance directive. Prior document history will not be retained in your file.

تعليق کردن: برای اینکه بتوانید به طور موقت تمام یا بخشی از پیش رهنمون خود را برای مدت زمان مشخصی غیرفعال کنید، این کادر را علامت بزنید.

**Suspend:** Check this box to temporarily inactivate all or part of your advance directive for a defined period of time.

تاریخ پایان:

End Date:

تاریخ شروع:

Begin Date:

لغو: این کادر را علامت بزنید تا پیش رهنمون خود را از رجیستری حذف کنید. (این یک حذف دائمی از رجیستری است)

**Revoke:** Check this box to delete your advance directive from the registry. (This is a permanent removal from the Registry)

اینجانب، \_\_\_\_\_ (نام با حروف خوانا) گواهی می‌دهم که این فرم دقیقاً نشان‌دهنده تغییراتی است که انجام داده‌ام، و این تغییرات دقیق هستند. بعلاوه، من اجازه می‌دهم تغییرات در رجیستری پیش رهنمون منعکس شود.

I, \_\_\_\_\_ (**print name**) certify that this form accurately represents the changes I have made, and these changes are accurate. Additionally, I authorize the changes to be reflected in the Advance Directive Registry.

تاریخ:  
Date:

امضای ثبت نام کننده:  
Signature of Registrant:

## Registration Policy / خط مشی ثبت نام

پیش رهنمون یک سند قانونی است که خواسته‌های افراد را در مورد درمان و مراقبت‌های بهداشتی و انتخاب‌های پایان عمر در صورت ناتوان شدن یا عدم توانایی در اتخاذ این تصمیم‌ها بیان می‌کند. رجیستری پیش رهنمون ورمونت یک پایگاه داده است که به افراد اجازه می‌دهد تا به صورت الکترونیکی یک نسخه از سند پیش رهنمون خود را در یک پایگاه داده امن ذخیره کنند. این پایگاه داده ممکن است در صورت نیاز توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مجاز، مراکز مراقبت‌های بهداشتی، مراکز مراقبت‌های دارای قابلیت اسکان، مدیران مراسم خاکسپاری و اپراتورهای کوره‌های سوزاندن اجساد قابل دسترسی باشد. برای اطلاعات بیشتر از این سایت بازدید کنید: <http://healthvermont.gov/vadr/>

An advance directive is a legal document that conveys a person's wishes regarding their health care treatment and end of life choices should they become incapacitated or otherwise unable to make those decisions. The Vermont Advance Directive Registry is a database that allows people to electronically store a copy of their advance directive document in a secure database. That database may be accessed when needed by authorized health care providers, health care facilities, residential care facilities, funeral directors, and crematory operators. For more information, visit: <http://healthvermont.gov/vadr/>.

۱. برای ثبت پیش رهنمون، ثبت‌نام کننده باید فرم توافقنامه ثبت‌نام را به همراه یک کپی از سند پیش رهنمون تکمیل و ارسال کند:

1. To register an advance directive, the registrant must complete and send the Registration Agreement form along with a copy of the advance directive document to:

**The Vermont Advance Directive Registry**  
PO Box 2789  
Westfield, New Jersey 07091-2789

۲. پس از دریافت توافقنامه ثبت‌نام و پیوست‌ها، رجیستری، پیش رهنمون را اسکن کرده و آن را به همراه اطلاعات شناسایی ثبت‌کننده از توافقنامه ثبت‌نام، در پایگاه داده ذخیره می‌کند. رجیستری، یک نامه تأییدیه به همراه یک شماره ثبت، دستورالعمل استفاده از شماره ثبت برای دسترسی به اسناد در وبسایت رجیستری، یک کارت کیف پول و برچسب‌هایی برای چسباندن به گواهینامه رانندگی یا کارت بیمه برای ثبت‌نام کننده ارسال می‌کند. ثبت‌نام تا زمانی که دریافت تأییدیه و مواد ثبت‌نام توسط ثبت‌نام کننده، انجام نشده است، اجرایی نیست.
2. Upon receipt of the Registration Agreement and attachments, the Registry will scan the advance directive and store it in the database along with registrant identifying information from the Registration Agreement. The Registry will send a confirmation letter to the registrant along with a registration number, instructions for using the registration number to access documents at the Registry website, a wallet card, and stickers to affix to a driver's license or insurance card. The registration is not effective until receipt of the confirmation letter and registration materials is made by registrant.
۳. ثبت‌نام کنندگان باید شماره ثبت را از کارت کیف پول با هر کسی که باید به پیش رهنمون‌های آنها دسترسی داشته باشد به اشتراک بگذارد: به عنوان مثال، نماینده ثبت‌نام کننده، اعضای خانواده یا پزشک. هر کسی می‌تواند با استفاده از شماره ثبت به پیش رهنمون یک شخص دسترسی پیدا کند. علاوه بر این، زمانی که شماره ثبت به راحتی در دسترس نباشد، یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی مجاز می‌تواند با استفاده از اطلاعات شناسایی شخصی ثبت‌کننده، پیش رهنمون‌های یک شخص خاص را در رجیستری جستجو کند.
3. Registrants should share the registration number from the wallet card with anyone that should have access to their advance directives: for example, the registrant's agent, family members, or physician. Anyone may access a person's advance directive using the registration number. Additionally, when the registration number is not readily available, an authorized health care provider can search the Registry for a specific person's advance directive using a registrant's personal identifying information.
۴. ثبت‌کننده مسئول اطمینان از این است که:
  ۱. پیش‌رهنمون به درستی مطابق با قوانین ایالت ورمونت اجرا شود.
  ۲. کپی پیش رهنمون در صورتی که فتوکپی اصل صحیح و خوانا باشد، به اداره ثبت ارسال می‌شود.
  ۳. The copy of the advance directive sent to the Registry, if a photocopy of the original, is correct and readable.
  ۴. اطلاعات مندرج در توافقنامه ثبت و اسناد پیش رهنمون دقیق و به روز است.
  ۵. The information in both the Registration Agreement and advance directive documents is accurate and up to date.
  ۶. اداره ثبت در اسرع وقت از هرگونه تغییر در پیش رهنمون یا اطلاعات ثبت از طریق تکمیل و ارسال فرم مجوز تغییر به همراه تغییرات ضمیمه شده یا ترجیحاً ارسال یک نسخه به روز شده از پیش رهنمون به اداره ثبت، مطلع می‌شود.
  ۷. The Registry is notified as soon as possible of any changes to the advance directive or registration information by completing and submitting an Authorization to Change form with the changes appended, or preferably, with an updated copy of the advance directive to the Registry.
  ۸. ثبت‌نام اولیه و همچنین تغییرات و به روزرسانی‌های بعدی در اطلاعات ثبت‌نام یا مدارک پیش رهنمون، رایگان است.
5. Initial registration as well as subsequent changes and updates to the registration information or the advance directive documents are free of charge.
۶. قرارداد ثبت تا زمانی که رجیستری، اطلاعات قابل اعتمادی مبنی بر فوت ثبت‌نام شونده دریافت نکند، یا ثبت‌نام شونده درخواست کتبی مبنی بر فسخ قرارداد ثبت را ندهد، به قوت خود باقی خواهد ماند. هنگامی که توافقنامه خاتمه رجیستری، اداره ثبت، پیش رهنمون ثبت‌نام شونده را از پایگاه داده رجیستری حذف می‌کند و پرونده دیگر برای ارائه‌دهندگان قابل دسترسی نخواهد بود.
6. The Registration Agreement shall remain in effect until the Registry receives reliable information that the registrant is deceased, or the registrant requests in writing that the Registration Agreement be terminated. When the Agreement is terminated, the Registry will remove registrant's advance directive from the Registry database, and the file will no longer be accessible to providers.
۷. فقط رجیستری می‌تواند شرایط قرارداد ثبت‌نام را تغییر دهد.
7. Only the Registry can change the terms of the Registration Agreement.