

হেলথ কেয়ার প্রক্রিয়া

নিউইয়র্ক স্টেটে আপনার হেলথ কেয়ার এজেন্ট নিয়োগ করা

নিউইয়র্ক হেলথ কেয়ার প্রক্রিয়া আইনের মাধ্যমে আপনি আপনার অক্ষমকালে আপনার হয়ে স্বাস্থ্য সেবার সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন এমন আপনার বিশ্বস্ত কাউকে নিয়োগ করতে পারেন-যেমন, পরিবারের একজন সদস্য বা ঘনিষ্ঠ বন্ধু। আপনার স্বাস্থ্যসেবার প্রতিনিধি নিয়োগ করে, আপনি নিশ্চিত হতে পারেন যে চিকিৎসক, সেবিকাদের মতো স্বাস্থ্য-পরিচর্যাকারীরা আপনার ইচ্ছাগুলি অনুসরণ করবেন। এছাড়াও আপনার প্রতিনিধি আপনার চিকিৎসা অবস্থার পরিবর্তনের সঙ্গে সঙ্গে আপনার ইচ্ছা কেমনভাবে প্রযুক্ত হবে তার সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন। হাসপাতাল, চিকিৎসক, অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা আবশ্যিকভাবে আপনার প্রতিনিধির সিদ্ধান্ত অনুসরণ করবেন, যেন সেইগুলিই আপনার সিদ্ধান্ত ছিল। আপনার নির্বাচিত ব্যক্তিকে আপনি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসাবে যত কম বা বেশী অনুমোদন দিতে পারেন। আপনি আপনার প্রতিনিধিকে আপনার সমস্ত সিদ্ধান্ত বা কেবল কয়েকটি সিদ্ধান্ত নিতে দিতে পারেন। এছাড়া আপনার প্রতিনিধিকে যেসব নির্দেশনা অবশ্যই অনুসরণ করতে তা আপনি দিতে পারেন। এই ফর্মটি আপনার অঙ্গ এবং/অথবা টিস্যুদান সম্পর্কিত ইচ্ছা বা নির্দেশনা নথিভুক্ত করতে ব্যবহার করা যেতে পারে।

আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্ম

এটি একটি গুরুত্বপূর্ণ আইনি নথি।
স্বাক্ষর করার আগে আপনাকে
নিম্নলিখিত বিষয়গুলি বুঝতে হবে:

1. আপনি যে ব্যক্তিকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে জীবন বাঁচিয়ে রাখার চিকিত্সা প্রদান বা অপসারণের সিদ্ধান্ত সহ সমস্ত স্বাস্থ্যসেবা সিদ্ধান্তের জন্য চয়ন করেছেন এই ফর্মটি সেই ব্যক্তিকে সেই ক্ষমতা প্রদান করবে, যদি না এই ফর্মে অন্য কিছু বলে রাখেন। “স্বাস্থ্যসেবা” আপনার শারীরিক ও মানসিক অবস্থা নির্ণয় ও তার চিকিত্সার জন্য যে কোনো চিকিত্সা, পরিষেবা বা পদ্ধতি।
2. আপনার প্রতিনিধি পুষ্টি ও হাইড্রেশন (পুষ্টি এবং পানি/জল একটি ফিডিং নল বা ইন্ট্রাভেনাস লাইন দিয়ে পাঠানো) সম্পর্কে আপনার ইচ্ছা ভালোভাবে না জানা পর্যন্ত আপনার পদ্ধতি প্রত্যাখ্যান বা সম্মতি দেওয়ার জন্য অনুমোদিত হবেন না।
3. যখন ডাক্তাররা নির্ধারণ করবেন যে আপনি আর আপনার স্বাস্থ্যসেবা সিদ্ধান্ত নিতে সমর্থ নন তখন আপনার প্রতিনিধি আপনার হয়ে সিদ্ধান্ত নিতে শুরু করবে।
4. এই ফর্মে আপনি উদাহরণের মাধ্যমে জানাতে পারেন কোন ধরনের চিকিত্সার আপনার পছন্দ এবং/অথবা পছন্দ নয়। এই নির্দেশনা প্রতিনিধির সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতাকে সীমিত করতে ব্যবহার করা হতে পারে। আপনার জন্য সিদ্ধান্ত নেওয়ার সময় আপনার প্রতিনিধিকে আপনার সিদ্ধান্ত মেনে চলা আবশ্যিক।
5. এই ফর্মটি পূরণ করার জন্য আপনার কোনো আইনজীবীর প্রয়োজন নেই।
6. আপনি আপনার পরিবারের সদস্য বা ঘনিষ্ঠ বন্ধু সহ যে কোনো প্রাপ্তবয়স্ক

ব্যক্তিকে (18 বছর বা তার বেশী) চয়ন করতে পারেন। যদি আপনি কোনো ডাক্তারকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে চয়ন করেন তাহলে তাকে হয় আপনার ডাক্তার বা আপনার প্রতিনিধি যে কোনো একটির ভূমিকা পালন করতে হবে কারণ একজন ডাক্তার একই সময়ে উভয় কাজ করতে পারবেন না। এছাড়াও আপনি যদি কোনো হাসপাতাল, নার্সিং হোম বা মানসিক স্বাস্থ্যবিধি কেন্দ্রের রোগী বা আবাসিক হন তাহলে সেই কেন্দ্রে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে কাজ করবেন এমন কারোর জন্য বিশেষ বিধিনিষেধ আছে। এইসব বিধিনিষেধ কেন্দ্রের নার্সের থেকে জেনে নিন।

7. কাউকে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে নিয়োগ করার আগে তার সঙ্গে আলোচনা করে নিশ্চিত হন যে তিনি আপনার প্রতিনিধি হবেন। আপনি তাকে জানান যে আপনি তাকে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে চয়ন করেছেন। আপনার প্রতিনিধির সঙ্গে আপনার ইচ্ছা এবং এই ফর্ম নিয়ে আলোচনা করুন। তাকে একটি স্বাক্ষর করা প্রতিলিপি দিন। সঠিক বিশ্বাসে স্বাস্থ্যসেবা সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আপনার প্রতিনিধির বিরুদ্ধে স্বাস্থ্যসেবা সিদ্ধান্ত নেওয়া যাবে না।
8. যদি আপনি আপনার স্বামী/স্ত্রীকে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে চয়ন করেন এবং পরে আপনার বিবাহ বিচ্ছেদ হয়ে গেলে অথবা আইনিভাবে পৃথক হয়ে গেলে তখন আপনার আগের স্বামী বা স্ত্রী আইন অনুসারে আর আপনার প্রতিনিধি থাকতে পারবে না, যদি না আপনি কোনোভাবে বলেন। যদি আপনি চান যে আপনার স্বামী/স্ত্রী আপনার প্রতিনিধি থাকুক তাহলে আপনি তা আপনার বর্তমান ফর্মে তারিখ দিয়ে জানাতে পারেন অথবা আপনার স্বামী/স্ত্রীর নাম দিয়ে একটি নতুন ফর্ম পূরণ করে তা জানাতে পারেন।

9. এমনকি আপনি এই ফর্মটি স্বাক্ষর করে থাকলেও আপনার যতদিন সামর্থ রয়েছে ততদিন আপনার স্বাস্থ্যের বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার অধিকার আছে এবং আপনি আপত্তি চিকিত্সা আপনাকে দেওয়া হবে না বা থামানো হবে এবং আপনার প্রতিনিধি আপত্তি জানাতে পারবেন না।
10. আপনি আপনার প্রতিনিধিকে যে ক্ষমতা দিয়েছেন তা তাকে বা আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে মুখে বলে বা লিখিতভাবে জানিয়ে খর্ব করতে পারেন।
 11. স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি নিয়োগ করা
ঐচ্ছিক।
আপনি কাউকে নাও নিয়োগ করতে পারেন।
12. এই ফর্মে আপনি আপনার অঙ্গদান এবং/অথবা টিস্যু সংক্রান্ত নির্দেশিকা বা ইচ্ছা জানাতে পারেন।

প্রায়শই জিজ্ঞাসিত প্রশ্নাবলী

স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি নিয়োগ করা ঐচ্ছিক।

যদি আপনি স্বাস্থ্যসেবা সিদ্ধান্ত নিতে অক্ষম হয়ে যান তাহলে কাউকে না কাউকে সিদ্ধান্ত নিতে হবে। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা নির্দেশ দেওয়ার জন্য পরিবারের সদস্যের খোঁজেন। কোনো নির্দিষ্ট চিকিত্সার ক্ষেত্রে পরিবারের সদস্যরা আপনার ইচ্ছা সম্পর্কে যা ভাবছেন তা ব্যাখ্যা করতে পারেন। প্রতিনিধি নিয়োগ করলে আপনি আপনার চিকিত্সা এইরূপে নিয়ন্ত্রণ করতে পারবেন:

- আপনি আপনার প্রতিনিধিকে সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা প্রদানের কারণে তিনি আপনার স্বাস্থ্যসেবা সিদ্ধান্ত নেবেন;
- স্বাস্থ্যসেবা সিদ্ধান্তের জন্য একজন চয়ন করুন কারণ আপনি মনে সেই ব্যক্তি সবথেকে ভালো সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন;
- বিবাদ বা বিভ্রান্তি এড়াতে পরিবারের সদস্য এবং/অথবা গুরুত্বপূর্ণ ব্যক্তিদের মধ্যে কাউকে চয়ন করা।

যদি আপনার প্রথম প্রতিনিধি সিদ্ধান্ত নিতে না পারেন সেইক্ষেত্রে আপনি একজনকে বিকল্প হিসেবে চয়ন করতে পারেন।

স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি নিয়োগ করা ঐচ্ছিক।

18 বছর বা তার বেশী বয়সী কাউকে স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে চয়ন করা যায়। আপনার প্রতিনিধি বা বিকল্প প্রতিনিধি হিসেবে যে ব্যক্তিকে নিয়োগ করছেন তাকে আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্লি ফর্মে একজন সাক্ষী হিসেবে স্বাক্ষর করতে পারবেন না।

স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি নিয়োগ করা ঐচ্ছিক।

18 বছর বয়সী বা তার অধিক বয়সী যে কোনো সমর্থ ব্যক্তিকে হেলথ কেয়ার প্রক্লি নামের ফর্মটি স্বাক্ষর করে স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসাবে স্বাক্ষর করানো যাবে। আপনার কোনো আইনজীবী বা নোটারির প্রয়োজন কেবল দুইজন প্রাপ্তবয়স্ক সাক্ষী প্রয়োজন। আপনার প্রতিনিধি সাক্ষী হিসেবে স্বাক্ষর করতে পারবেন না। আপনি এখানে প্রিন্ট করা ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন কিন্তু

আপনাকে সেই ফর্মটি ব্যবহার করতেই হবে এমন নয়।

কখন আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি আমার হয়ে স্বাস্থ্যসেবার সিদ্ধান্ত নিতে পারবে?

আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি তখনই আপনার জন্য স্বাস্থ্যসেবার সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন যখন আপনার ডাক্তার সিদ্ধান্ত নেবেন যে আপনি আপনার নিজের স্বাস্থ্যসেবা সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন না। আপনি যখন আপনার স্বাস্থ্যসেবা সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য সমর্থ হয়ে যাবেন তখন আপনি সিদ্ধান্ত নেবেন।

আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি কি কি সিদ্ধান্ত নিতে পারবে?

আপনি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধির ক্ষমতা সীমিত না করলে আপনার প্রতিনিধি আপনি আপনার স্বাস্থ্যসেবার যেসব সিদ্ধান্ত নিতেন সেগুলি সব নিতে পারবেন। আপনার প্রতিনিধি আপনার ইচ্ছা ও আগ্রহ অনুসারে সম্মত হতে পারেন যে আপনার চিকিত্সার প্রয়োজন আছে, সেইসব চিকিত্সার থেকে চয়ন করতে পারেন এবং চিকিত্সা প্রদান করা হবে না তার সিদ্ধান্ত নিতে পারেন। তবে আপনার প্রতিনিধি কেবলমাত্র আপনার কৃত্রিম পুষ্টি পুষ্টি ও হাইড্রেশন (পুষ্টি এবং পানি/জল একটি ফিডিং নল বা ইন্ট্রাভেনাস লাইন দিয়ে পাঠানো) সম্পর্কে তখনই সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন যখন তিনি জানবেন আপনি কি বলেছেন বা লিখেছেন। হেলথ কেয়ার প্রক্লি ফর্ম আপনার প্রতিনিধিকে স্বাস্থ্যসেবা সিদ্ধান্তের বাইরে কোনো সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা প্রদান করে না যেমন আর্থিক সিদ্ধান্ত।

স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি নিয়োগ করা ঐচ্ছিক।

একজন স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি নিয়োগ করা ভালো আইডিয়া এমনকি আপনি বার্ষিক্যজনিত কারণে বা চরম অসুস্থ না হলেও। এমনকি আপনি সাময়িকভাবে আপনার নিজের সিদ্ধান্ত নিজে নিতে না পারলে একজন স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি আপনার হয়ে তা নিতে পারবেন (এইরকম হতে পারে আপনাকে সাধারণ

অগ্নেস্বেসিয়া দেওয়া হবে অথবা দুর্ঘটনার কারণে আচ্ছন্ন এমন পরিস্থিতি) যখন আপনি আবার আপনার নিজস্ব স্বাস্থ্যসেবা সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন তখন আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি কাজ করার জন্য অনুমোদিত নন।

আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি কি কি সিদ্ধান্ত নিতে পারবে?

আপনার প্রতিনিধিকে অবশ্যই আপনার ইচ্ছার পাশাপাশি আপনার নৈতিক এবং ধর্মীয় বিশ্বাস অনুসরণ করতে হবে। আপনি হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্মে নির্দেশনা লিখে রাখতে পারেন অথবা আপনার প্রতিনিধির সঙ্গে আলোচনা করতে পারেন।

কিভাবে আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি আমার ইচ্ছা সম্পর্কে জানবেন?

আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধির সঙ্গে খোলাখুলি ও স্পষ্টভাবে কথা বললে আপনার আগ্রহ অনুসারে তিনি কাজ করতে পারবেন। যদি আপনার এজেন্ট আপনার ইচ্ছা বা বিশ্বাসের বিষয়ে না জানেন তাহলে তাকে আপনার স্বার্থ অনুসারে আইনি প্রয়োজনীয়তা অনুযায়ী কাজ করতে হবে। কারণ আপনি যাকে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে নিয়োগ করেছেন তার কাছে একটি বড় দায়িত্ব

প্রায়শই জিজ্ঞাসিত প্রশ্নাবলী, ক্রমশ

আপনাকে সেই ব্যক্তির সঙ্গে বিভিন্ন পরিস্থিতিতে আপনি কি ধরনের চিকিত্সা চান এবং কি ধরনের চিকিত্সা চান না সেই বিষয়ে আলোচনা করতে হবে, যেমন:

- যদি আপনি স্থায়ীভাবে কোমায় চলে যান তাহলে আপনার জীবন সহায়তা শুরু/চলতেই থাকবে/অপসারণ করা হবে কিনা;
- যদি আপনি প্রচণ্ড অসুস্থ হয়ে যান তাহলে আপনার চিকিত্সা শুরু/চলতেই থাকবে/অপসারণ করা হবে কিনা;
- কোন পরিস্থিতিতে আপনার কৃত্রিম পুষ্টি এবং হাইড্রেশন শুরু করা হোক/স্থগিত করা হোক বা চালিয়ে যাওয়া বা বন্ধ করা হোক বলে চান।

আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি কি কি সিদ্ধান্ত নিতে পারবে?

না, আপনার প্রতিনিধিকে আপনার ইচ্ছার ভিত্তিতে আপনার সিদ্ধান্ত নিতে বাধ্য থাকতে হবে। আপনি স্পষ্টভাবে নির্দিষ্ট ইচ্ছা প্রকাশ করেন অথবা নির্দিষ্ট চিকিত্সা নির্দেশনা দিয়ে দেন তাহলে আপনার প্রতিনিধির কর্তব্য হল আপনার সেইসব ইচ্ছা বা নির্দেশনা অনুসরণ করা যদি না তার কাছে যুক্তিসঙ্গত কারণ থাকে যেখানে আপনার ইচ্ছা পরিবর্তন করা প্রয়োজন বা পরিস্থিতির সঙ্গে প্রযোজ্য নয়।

আমার প্রতিনিধিদের প্রতি কে মনোযোগ দেবেন?

সমস্ত হাসপাতাল, নার্সিংহোম, ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদেরকে আইন অনুসারে আপনাকে যে তথ্য প্রদান কর হয়েছে সেই একই তথ্য আপনার প্রতিনিধিকে প্রদান করতে হবে এবং আপনার প্রতিনিধির সিদ্ধান্তের প্রতি সম্মান প্রদর্শন করতে হবে যেন সিদ্ধান্তটি আপনার। যদি হাসপাতাল বা নার্সিং হোম কিছু চিকিত্সা বিকল্পের ক্ষেত্রে আপত্তি জানায় (যেমন কিছু চিকিত্সা অপসারণ করে নেওয়া) তাহলে যুক্তিসঙ্গতভাবে সম্ভব হলে ভর্তির

সময় বা তার আগে অবশ্যই আপনাকে বা আপনার প্রতিনিধিকে জানাতে হবে।

যদি আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি সিদ্ধান্ত নেওয়া অবশ্যই এমন সময়ে উপলভ্য না থাকে তাহলে কি হবে?

যখন সিদ্ধান্ত অবশ্যই নিতে হবে তখন যদি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি উপলভ্য না থাকেন, সিদ্ধান্ত নিতে না পারেন বা ইচ্ছুক না হন তাহলে আপনাকে অবশ্যই একজন বিকল্প স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি নিয়োগ করতে হবে। অন্যথায়, স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা আপনার জন্য আপনার প্রদত্ত নির্দেশনা অনুসরণ করে সিদ্ধান্ত নেবেন যদিও আপনি তা করতে পারবেন। আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্মে আপনি যদি কোনো নির্দেশনা লেখেন তাহলে এইসব পরিস্থিতিতে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা সেইসব থেকে এগিয়ে যাবেন।

আমি আমার সিদ্ধান্ত বদল করলে কি হবে?

আপনি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি যাকে নির্বাচন করেছেন তাকে পরিবর্তন করতে চান অথবা নির্দেশনা পরিবর্তন করতে চান অথবা ফর্মে আপনি যে সীমা অন্তর্ভুক্ত করেছেন তা পরিবর্তন করতে চাইলে আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রক্সি বাতিল করা সহজ। শুধু নতুন করে একটি ফর্ম পূরণ করুন। এছাড়াও, আপনি জানাতে পারেন যে আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সির মেয়াদ কোনো নির্দিষ্ট দিনে উত্তীর্ণ হয়ে গেছে বা কোনো নতুন ইভেন্ট ঘটেছে। অন্যথায়, হেলথ কেয়ার প্রক্সির বৈধতা অসীম। আপনি যদি আপনার স্বামী/স্ত্রীকে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে চয়ন করেন অথবা আপনার বিকল্প প্রতিনিধি হিসেবে চয়ন করেন এবং আপনার যদি বিবাহ বিচ্ছেদ হয়ে যায় বা আইনিভাবে পৃথক হয়ে যান তাহলে অ্যাপয়েন্টমেন্ট স্বয়ংক্রিয়ভাবে বাতিল করা হবে। তবে, যদি আপনি চান যে আপনার স্বামী/স্ত্রী আপনার প্রতিনিধি থাকুক তাহলে আপনি তা আপনার বর্তমান ফর্মে তারিখ দিয়ে জানাতে

পারেন অথবা আপনার স্বামী/স্ত্রীর নাম দিয়ে একটি নতুন ফর্ম পূরণ করে তা জানাতে পারেন।

আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি কি আমার হয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আইন অনুসারে দায়বদ্ধ থাকবেন?

না। আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি আপনার হয়ে সরল অন্তরে স্বাস্থ্য সেবার সিদ্ধান্ত নেয় তাহলে দায়বদ্ধ থাকবে না। এছাড়াও আপনার পরিচর্যা বাবদ খরচের জন্য সে আপনার প্রতিনিধি বলে তাকে দায়ী করা যাবে না।

হেলথ কেয়ার প্রক্সি আর লিভিং উইল কি একই?

না। লিভিং উইল হল একটি নথি যেখানে আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা সম্পর্কিত সিদ্ধান্তের নির্দিষ্ট নির্দেশনা দেওয়া থাকে। আপনি এই ধরনের নির্দেশনা হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্মে প্রদান করতে পারেন। হেলথ কেয়ার প্রক্সির মাধ্যমে আপনি আপনার হয়ে স্বাস্থ্যসেবার সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে আপনার বিশ্বস্ত কাউকে চয়ন করতে পারেন। লিভিং উইলের মতো হেলথ কেয়ার প্রক্সির ক্ষেত্রে সমস্ত সিদ্ধান্তের জন্য আপনি আগে থেকে জানবেন এমন প্রয়োজন হয় না। বরং আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি চিকিত্সার পরিস্থিতিতে আপনার ইচ্ছাগুলির বিষয়ে বলতে পারবেন এবং আপনি জানেন না এমনকিছুর বিষয়ে সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন।

স্বাক্ষর করার পর আমাকে আমার হেলথ কেয়ার প্রক্সি কোথায় রাখতে হবে?

আপনার প্রতিনিধি, আপনার ডাক্তার, আপনার অ্যাটর্নি এবং পরিবারের যে কোনো সদস্য বা ঘনিষ্ঠ বন্ধুকে আপনার একটি প্রতিলিপি দিন। আপনার ওয়ালেটে বা পার্স বা অন্যান্য গুরুত্বপূর্ণ কাগজের সঙ্গে একটি প্রতিলিপি রেখে দিন, এমন জায়গায় যাতে সেটি হাতের কাছে না থাকে, যেমন সেফ

প্রায়শই জিজ্ঞাসিত প্রশ্নাবলী, ক্রমশ

ডিপোজিট বাল্কে। আপনি হাসপাতালে ভর্তি হলে একটি প্রতিলিপি নিয়ে আসুন, এমনকি ছোট অস্ত্রপচার বা আউটডোরে কোনো সার্জারি হলেও।

আমি কি আমার প্রক্সি ফর্মে আপনার অঙ্গ এবং/অথবা টিস্যু দানের বিষয়ে আমার ইচ্ছা প্রকাশ করতে পারি?

হ্যাঁ। হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্মের ঐচ্ছিক অঙ্গদান বা টিস্যুদানের বিভাগটি ব্যবহার করুন এবং দুই জনকে সাক্ষী হিসেবে স্বাক্ষর করান। আপনি নির্দিষ্ট করে বলতে পারেন যে আপনার অঙ্গ এবং/অথবা টিস্যু

প্রতিস্থাপন, গবেষণা অথবা শিক্ষামূলক উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা হবে। আপনার ইচ্ছার সঙ্গে থাকা কোনো সীমা প্রক্সির এই বিভাগে উল্লেখ করতে হবে। আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সির ফর্মে কোনো ইচ্ছা এবং নির্দেশনা

লিখতে না পারলে তার মানে এই নয় যে আপনি অঙ্গ এবং/অথবা টিস্যু দান করবেন না।

আমার অঙ্গ এবং/অথবা টিস্যু দানের বিষয়ে আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি কি সিদ্ধান্ত নিতে পারেন?

হ্যাঁ। অগাস্ট 26, 2009 অনুসারে, আপনার হেলথ কেয়ার এজেন্ট আপনার মৃত্যুর পর সিদ্ধান্ত নিতে অনুমোদিত, কেবলমাত্র আপনার অঙ্গ এবং/অথবা টিস্যু দানের বিষয়ে।

আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধিকে আপনার হেলথ কেয়ার

প্রক্সি ফর্মে উল্লেখের হিসাবে এইসব সিদ্ধান্ত নিতে হবে।

এই সময়ে যদি আমি ইচ্ছা জানাতে না পারি তাহলে কে দানের সম্মতি দিতে পারে?

আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধিকে, আপনার বংশধরের এজেন্ট বলে মনোনীত, যদি কেউ নিযুক্ত থাকেন এবং আপনার পরিবারের সদস্য হন তাহলে তাকে আপনার অঙ্গ এবং/অথবা টিস্যু দানের বিষয়ে জানানো গুরুত্বপূর্ণ। নিউইয়র্কের আইন সেইসব ব্যক্তিদের একটি তালিকা প্রদান করে

যারা আপনার হয়ে অঙ্গ এবং/অথবা টিস্যু দানের জন্য সম্মতি দিতে অনুমোদিত।

তাদেরকে অগ্রাধিকার হিসেবে

তালিকাভুক্ত করা হয়েছে: আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি, বংশধরের প্রতিনিধি, আপনার স্বামী/স্ত্রী। যদি আপনাকে আইনানুসারে পৃথক না হন অথবা আপনার ডোমেস্টিক পার্টনার, পুত্র বা কন্যা যাদের বয়স 18 বা তার বেশী, আপনার পিতামাতার কেউ, আপনার 18 বছর বা তার বেশী বয়সের ভাই বা বোন অথবা দাতার মৃত্যুর আগে আদালত দ্বারা নিযুক্ত কোনো অভিভাবক।

হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্মের নির্দেশনা

আইটেম (1)

আপনি যাকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে নির্বাচন করেছেন তার নাম, বাড়ির ঠিকানা এবং সেই ব্যক্তির টেলিফোন নম্বর লিখুন।

আইটেম (2)

যদি আপনি কোনো বিকল্প প্রতিনিধি নিয়োগ করতে চান তাহলে আপনি যাকে আপনার বিকল্প প্রতিনিধি হিসেবে যাকে নির্বাচন করেছেন তার নাম, বাড়ির ঠিকানা এবং সেই ব্যক্তির টেলিফোন নম্বর লিখুন।

আইটেম (3)

আপনি আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্মের কোনো মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ অথবা কোনো শর্ত আরোপ না করেন তাহলে এটির বৈধতা অসীম। এই বিভাগটি ঐচ্ছিক এবং কেবলমাত্র তখনই পূরণ করবেন যখন আপনার মনে হবে যে আপনি আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্মের মেয়াদ উত্তীর্ণ করতে চান।

আইটেম (4)

যদি আপনার প্রতিনিধির জন্য আপনার কোনো বিশেষ নির্দেশনা থাকে তাহলে এখানে লিখুন। এছাড়াও, যদি আপনি আপনার প্রতিনিধির ক্ষমতা সীমিত করতে চান তাহলে আপনি তা এখানে জানাতে পারেন অথবা আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধির সঙ্গে আলোচনা করুন। আপনি যদি কোনো সীমা না জানান, তাহলে আপনার প্রতিনিধি জীবন-টিকিয়ে রাখার চিকিত্সার জন্য অনুমতি বা প্রত্যখ্যানের সিদ্ধান্ত সহ স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সমস্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য অনুমোদিত।

যদি আপনি আপনার প্রতিনিধিকে বিস্তৃত ক্ষমতা প্রদান করেন তাহলে আপনাকে তা ফর্মে লিখে দিতে হতে পারে। শুধু লিখুন: আমি আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি এবং বিকল্প প্রতিনিধির সঙ্গে আলোচনা হয়েছে এবং কৃত্রিম পুষ্টি ও হাইড্রেশন সহ আমার ইচ্ছা সম্পর্কে তারা অবগত।

যদি আপনি আরো নির্দিষ্ট নির্দেশনা জানাতে

চান তাহলে আপনি বলতে পারেন:

যদি আমি মারাত্মক অসুস্থ হয়ে পড়ি, তাহলে নিম্নলিখিত ক্লিকিত্সা নিতে আগ্রহী নই....

যদি আমি কোমায় থাকি অথবা অল্প জ্ঞান থাকে, আরোগ্য লাভের কোনো সম্ভাবনা না থাকে তাহলে আমি এইধরনের চিকিত্সা অনুসরণ করতে চাই না:....

যদি আমার মস্তিষ্ক নষ্ট হয়ে গিয়ে থাকে বা মাথার রোগ হয় যার কারণে আমি মানুষ চিন্তে না পারি বা কথা বলতে না পারি এবং আমার অবস্থার উন্নতির কোনো আশা নেই তাহলে আমি নিচের চিকিত্সা করাতে চাই/চাই না:....

আমি আমার প্রতিনিধির সঙ্গে আমার ইচ্ছার বিষয়ে আলোচনা করেছি এবং আমি চাই যে এইসব পরিস্থিতিতে আমার প্রতিনিধি সমস্ত সিদ্ধান্ত নিক।

আপনি যেসব চিকিত্সার ক্ষেত্রে আপনার প্রতিনিধিকে সিদ্ধান্ত নেওয়ার ব্যাপারে বিশেষ নির্দেশনা দিয়েছেন তা নিচে তালিকাভুক্ত রয়েছে। এটি সম্পূর্ণ তালিকা নয়:

- কৃত্রিম শ্বাস
- কৃত্রিম পুষ্টি ও হাইড্রেশন (পুষ্টি এবং পানি/জল একটি ফিডিং নল দিয়ে পাঠানো)
- কার্ডিওপ্যালমোনারি রেসাসিটেশন (CPR)
- এন্টিসাইকোটিক ওষুধ
- বৈদ্যুতিক শক থেরাপি
- অ্যান্টিবায়োটিক
- সার্জারি
- ডায়ালিসিস
- ট্রান্সপ্লান্ট
- ব্লাড ট্রান্সফিউশন
- গর্ভপাত
- নিবীজন

আইটেম (5)

আপনাকে হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্ম অবশ্যই তারিখ দিয়ে সই করতে হবে। যদি আপনি

নিজে স্বাক্ষর করতে না পারেন তাহলে আপনার উপস্থিতিতে অন্য কাউকে স্বাক্ষর করার জন্য নির্দেশ দিতে পারেন। আপনার ঠিকানা লিখতে ভুলবেন না।

আইটেম (6)

এই ফর্মে আপনি আপনার অঙ্গদান এবং/অথবা টিস্যু সংক্রান্ত নির্দেশিকা বা ইচ্ছা জানাতে পারেন। নিউইয়র্কের আইন সেইসব ব্যক্তিদের একটি তালিকা প্রদান করে যারা আপনার হয়ে অঙ্গ এবং/অথবা টিস্যু দানের জন্য সম্মতি দিতে অনুমোদিত: আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি, বংশধরের প্রতিনিধি, আপনার স্বামী/স্ত্রী। যদি আপনাকে আইনানুসারে পৃথক না হন অথবা আপনার ডোমেস্টিক পার্টনার, পুত্র বা কন্যা যাদের বয়স 18 বা তার বেশী, আপনার পিতামাতার কেউ, আপনার 18 বছর বা তার বেশী বয়সের ভাই বা বোন অথবা দাতার মৃত্যুর আগে আদালত দ্বারা নিযুক্ত

আইটেম (7)

18 বছর বা তার বেশী বেশী প্রাপ্তবয়স্ককে অবশ্যই এই ফর্ম হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফর্ম স্বাক্ষর করতে হবে। যে ব্যক্তি আপনার প্রতিনিধি বা বিকল্প প্রতিনিধি তিনি সাক্ষী হিসেবে স্বাক্ষর করতে পারবেন না।

হেলথকেয়ারপ্রক্টি

(1) I, _____
এতদ্বারা _____
(নাম, বাড়ির ঠিকানা এবং ফোন নম্বর)

স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে আমার সমস্ত স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য নিযুক্ত হচ্চেন, আমি যেমন বলেছি এর বাইরে কোনো সিদ্ধান্ত নেওয়া যাবে না। এই প্রক্টি কেবল তখনই কাজ করবে যখন আমি আমার স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত নিজে নিতে পারব না।

(2) **ঐচ্ছিক: বিকল্প প্রতিনিধি**

যদি আপনার নিযুক্ত ব্যক্তি অনুপলব্ধ থাকে অথবা আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে অনুপলভ্য থাকেন তাহলে, আমি এতদ্বারা _____
(নাম, বাড়ির ঠিকানা এবং ফোন নম্বর)

স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে আমার সমস্ত স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য নিযুক্ত করছি, আমি যেমন বলেছি এর বাইরে কোনো সিদ্ধান্ত নেওয়া যাবে না।

(3) আমি এটি প্রত্যাহার না করা পর্যন্ত বা মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ না বলা পর্যন্ত বা এমন কোনো পরিস্থিতি যার ফলে এটির মেয়াদ উত্তীর্ণ হতে পারে না আসা পর্যন্ত এই প্রক্টির বৈধতা অসীম।
(ঐচ্ছিক: যদি আপনি চান এই প্রক্টির মেয়াদ শেষ হয়ে যাক, তাহলে আপনি এখানে মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ বা অবস্থা লিখুন।) এই প্রক্টির মেয়াদ উত্তীর্ণ হবে (মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ বা অবস্থা লিখুন):

(4) **ঐচ্ছিক:** আমি আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধিকে আমার ইচ্ছা এবং সীমা, সে যা জানে বা নিচে যা বলা আছে সেই অনুসারে সিদ্ধান্ত নিতে নির্দেশ দিচ্ছি। (যদি আপনি আপনার সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে এজেন্টের ক্ষমতা সীমিত করতে চান অথবা নির্দিষ্ট নির্দেশনা দিতে চান তাহলে আপনি আপনার ইচ্ছা বা সীমা এখানে জানাতে পারেন।) আমি আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধিকে নিম্নলিখিত সীমা এবং/অথবা নির্দেশনা (প্রয়োজনীয় অতিরিক্ত পৃষ্ঠা সংযুক্ত করুন) অনুসারে সিদ্ধান্ত নিতে নির্দেশ দিয়েছি:

আপনার প্রতিনিধি পুষ্টি ও হাইড্রেশন (পুষ্টি এবং পানি/জল একটি ফিডিং নল বা ইন্ট্রাভেনাস লাইন দিয়ে পাঠানো) সম্পর্কে আপনার ইচ্ছা ভালোভাবে জানা আবশ্যিক। আপনি আপনার প্রতিনিধিকে আপনার ইচ্ছার বিষয়ে জানাতে পারেন অথবা এই বিভাগে যোগ করতে পারেন।

কৃত্রিম পুষ্টি ও হাইড্রেশন সম্পর্কে আপনার ইচ্ছা সহ আপনার ইচ্ছা এই ফর্মে অন্তর্ভুক্ত করার ক্ষেত্রে নমুনা ভাষার নির্দেশনা দেখুন।

(5) **আপনার পরিচয়** (অনুগ্রহ করে প্রিন্ট করুন)

আপনার নাম _____

আপনার স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

আপনার ঠিকানা _____

(6) **ঐচ্ছিক: অঙ্গ এবং/অথবা টিস্যু দান**

আমি এতদ্বারা একটি এ্যানাটমিকাল উপহার দিয়ে যাচ্ছি,
আমার মৃত্যুর পর এটি কার্যকর হবে: (যেটা প্রযোজ্য তাতে
টিক চিহ্ন দিন)

প্রয়োজনীয় যে কোনো অঙ্গ এবং/অথবা টিস্যু

নিম্নলিখিত যে কোনো অঙ্গ এবং/অথবা টিস্যু _____

সীমাবদ্ধতা: _____

যদি আপনি অঙ্গ এবং/অথবা টিস্যুর দানের বিষয়ে আপনার ইচ্ছা বা নির্দেশ না জানান
তাহলে তার মানে এই নয় যে আপনি তা দিতে চান না বা আইন অনুসারে আপনার হয়ে
অনুমোদন দিতে পারেন এমন কোনো ব্যক্তিকে অঙ্গদানের অনুমোদন দিতে বাধা দিচ্ছেন না।

আপনার স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

(7) **সাক্ষীর বিবৃতি** (সাক্ষীর বয়স অবশ্যই 18 বছর বা তার বেশী হতে হবে এবং স্বাস্থ্যসেবা
প্রতিনিধি বা প্রতিনিধি হলে চলবে না)

আমি ঘোষণা করছি যে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তিকে আমি ব্যক্তিগতভাবে চিনি এবং স্ব-ইচ্ছায় তিনি তা
করছেন। তিনি আমার উপস্থিতিতে এই নথিতে (অথবা অন্যজন তার জন্য ডেকেছেন) স্বাক্ষর
করেছেন।

তারিখ _____ তারিখ _____

সাক্ষীর নাম 1 _____ সাক্ষীর নাম 2 _____
(প্রিন্ট করুন) (প্রিন্ট করুন)

স্বাক্ষর _____ স্বাক্ষর _____

ঠিকানা _____ ঠিকানা _____



Department
of Health

