

សេចក្តីបង្គាប់ ទុកជាមុន សម្រាប់ការថែទាំ សុខភាព (Advance Health Care Directive)

រដ្ឋ California

ការធ្វើផែនការថែទាំជីវិត៖

តម្លៃ ជម្រើស ការថែទាំ

kp.org/lifecareplan

មានកំណែចំនួនពីរនៃឯកសារនេះ។

កំណែនេះអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។ អ្នកអាចមើល
កំណែទាំងពីរនៅលើ kp.org/lifecareplan ឬសាកសួរក្រុមថែទាំ
សុខភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ច្បាប់ចម្លងមួយ។ ជ្រើសរើសមួយណា
ដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នកបានល្អបំផុត។

បំពេញឯកសារនេះត្រឹម៖

1. ចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទនៅកន្លែងដែល
ចាំបាច់។
2. ត្រូវមានសាក្សី ឬមានការបញ្ជាក់ត្រឹមត្រូវ។
ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក (អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត)
មិនអាចចុះហត្ថលេខាក្នុងនាមជាសាក្សីបានទេ។
3. សូមចងចាំថាត្រូវប្រគល់ច្បាប់ចម្លងមួយច្បាប់ទៅកាន់
Kaiser Permanente ហើយ**មួយច្បាប់** ទៅភ្នាក់ងារ
ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ រក្សាទុកម្រងបែបបទ**ដើម**។

សេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនសម្រាប់ការថែទាំ សុខភាព (Advance Health Care Directive)

តើអ្វីទៅជា សេចក្តី
បង្គាប់ទុកជាមុនសម្រាប់
ការថែទាំសុខភាព?

សេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព (Advance Health Care Directive, AHCD) គឺជាទម្រង់ផ្លូវច្បាប់ដែលនឹងអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដឹងពីរបៀបដែលអ្នកចង់ទទួលបានការថែទាំ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងបាន។

AHCD អនុញ្ញាតឱ្យអ្នក៖

- ជ្រើសរើសភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព (អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត) ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន និង/ឬ
- បង្ហាញពីតម្លៃ ជំនឿ និងចំណូលចិត្តនៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

AHCD ជួយភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក (អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត) និងក្រុមការងារថែទាំសុខភាពបង្កើតផែនការព្យាបាលសម្រាប់អ្នក។

អ្នកអាចធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទៅលើចំណូលចិត្តរបស់អ្នកណាមួយនៅក្នុង AHCD របស់អ្នកបានគ្រប់ពេលដោយគ្រាន់តែបំពេញឯកសារថ្មីមួយ។ AHCD សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពថ្មីនេះនឹងជំនួស AHCD សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពណាមួយដែលអ្នកបានបញ្ចប់កាលពីអតីតកាល។

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការចែករំលែកចំណូលចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។

នេះគឺជាឱកាសមួយដើម្បីឆ្លុះបញ្ចាំងថា តើពាក្យថាគុណភាពជីវិតមានន័យដូចម្តេចចំពោះអ្នក ហើយអាទិភាពរបស់អ្នកអាចប៉ះពាល់ដល់មនុស្សជាទីស្រឡាញ់របស់អ្នកដោយរបៀបណា។ យើងសូមណែនាំឱ្យជជែកជាមួយមនុស្សជាទីស្រឡាញ់របស់អ្នកអំពីអ្វីដែលអ្នកសរសេរក្នុងទម្រង់នេះ។ នេះនឹងជួយឱ្យពួកគេមានអារម្មណ៍ជឿជាក់ជាងមុនក្នុងការសម្រេចចិត្តសម្រាប់អ្នក។

មនុស្សពេញវ័យណាដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅគួរតែពិចារណាបំពេញសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព មិនថាស្ថានភាពសុខភាពរបស់ពួកគេនោះទេ។

ការធ្វើផែនការថែទាំជីវិត៖

គុណតម្លៃ ជម្រើស ការថែទាំ
kp.org/lifecareplan

ហេតុអ្វី AHCD សម្រាប់
ការថែទាំសុខភាព មាន
សារៈសំខាន់?

តើ AHCD សម្រាប់
ការថែទាំសុខភាពនេះ
សម្រាប់នរណា?
ឯកសារយោងផ្សេងទៀត៖

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):
លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

តើមានអ្វីនៅក្នុងឯកសារនេះ?

អ្នកអាចបំពេញប្រែសម្រួល ឬ កែតម្រូវឯកសារនេះ តាមការចង់បានរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តមិនបំពេញផ្នែកណាមួយ គូសបន្ទាត់តាមទំព័រ ហើយសរសេរឈ្មោះ កាត់។ នេះនឹងអនុញ្ញាតឱ្យយើងដឹងថាវាត្រូវបានទុកចោលដោយចេតនា។

ផ្នែកទី 5 គឺចាំបាច់ ដើម្បីឱ្យឯកសារនេះមានភាពស្របច្បាប់នៅក្នុងរដ្ឋ California។

សេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់ Kaiser Permanente មាន 5 ផ្នែក រួមទាំងរបៀបធ្វើឱ្យវាក្លាយជាឯកសារស្របច្បាប់៖

- ផ្នែកទី 1៖ ការជ្រើសរើសភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ (អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត)**
អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដាក់ឈ្មោះនរណាម្នាក់ ក៏ដូចជាធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចបង្កើតវាដោយខ្លួនឯងបាន។
- ផ្នែកទី 2៖ តម្លៃ និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ**
ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឱកាសដើម្បីឆ្លុះបញ្ចាំងពីគុណភាពជីវិត និងការរស់នៅប្រកបដោយអត្ថន័យសម្រាប់អ្នក។ ការបំពេញផ្នែកនេះព្រោះថាផ្នែកនេះនឹងជួយដល់អ្នកក្នុងការគិតអំពីផ្នែកនៅសល់នៃឯកសារ។
- ផ្នែកទី 3៖ ការជ្រើសរើសអាទិភាពការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ**
អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកសរសេរឯកសារការចង់បានរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងបាន ដោយសារតែរងរបួស ឬមានជំងឺអ្វីមួយ។
- ផ្នែកទី 4៖ អាទិភាពបន្ទាប់ពីការបាត់បង់ជីវិត៖**
អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រាស្រ័យសរសេរនូវរាល់បំណងប្រាថ្នា ដែលអ្នកមានបន្ទាប់ពីទទួលបានមរណភាព រួមមាន ការបរិច្ចាគសរីរាង្គ ការជូនពរឈ្មោះកូន។ល។
- ផ្នែកទី 5៖ ធ្វើឱ្យវាស្របច្បាប់**
ការបំពេញផ្នែកនេះធ្វើឱ្យឯកសារនេះស្របច្បាប់នៅក្នុងរដ្ឋ California។

ឯកសារនេះក៏រួមបញ្ចូលនូវបញ្ជីឯកសារដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការចែករំលែកការចង់បានរបស់អ្នក ជាមួយ Kaiser Permanente និងអ្នកដទៃទៀតផងដែរ។

សេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពនេះជាកម្មសិទ្ធិរបស់៖

ឈ្មោះពេញ (Full name)

លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical record number)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (Date of birth)

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ (Mailing address)

ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់

លេខទូរសព្ទចម្បង (Primary phone number)	លេខទូរសព្ទទីពីរ (Secondary phone number)

អ៊ីមែល (Email)



នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):
លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

ការជ្រើសរើសភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ (អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត) (Choosing my health care agent[s] [decision maker])

ផ្នែកនេះតម្រូវឱ្យឈ្មោះនរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំទុកចិត្តធ្វើការសម្រេចចិត្តចំពោះការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន។

ផ្នែកទី 1

ការជ្រើសរើសភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព

របស់ខ្ញុំមានន័យថា ចែករំលែកតម្លៃ និងជំនឿរបស់អ្នកជាមួយពួកគេ។ ប្រាប់ពួកគេអំពីការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកចង់បាន ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន។

ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំបានកំណត់ថា ខ្ញុំមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងបានទេ ទម្រង់បែបបទនេះបានកំណត់ឈ្មោះបុគ្គលដែលខ្ញុំជ្រើសរើសឱ្យធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្ញុំហើយ។

ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ (អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត) នឹងនិយាយសម្រាប់ខ្ញុំដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពដោយផ្អែកទៅលើការចង់បាន ឬអ្វីដែលពួកគេជឿថាមានផលប្រយោជន៍ល្អបំផុតសម្រាប់ខ្ញុំ ដោយពិចារណាអំពីអ្វីដែលពួកគេបានដឹងអំពីតម្លៃ និងជំនឿផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ។

ចំណាំ៖ ពិភាក្សាជាមួយភ្នាក់ងាររបស់អ្នកអំពីអ្វីដែលសំខាន់បំផុតសម្រាប់អ្នក ហើយត្រូវប្រាកដថា ពួកគេអាចធ្វើតាមចំណង់បាន។ ប្រាប់អ្នកដែលជិតស្និទ្ធបំផុតជាមួយអ្នកដែលអ្នកបានជ្រើសរើសធ្វើជាភ្នាក់ងាររបស់អ្នក។

តើខ្ញុំគួរជ្រើសរើសនរណាឱ្យក្លាយជា ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ?

នៅពេលជ្រើសរើសភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ជ្រើសរើសបុគ្គលម្នាក់ដែលសំខាន់ចំពោះអ្នក ហើយអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តក្នុងគ្រាលំដាប់។

ភ្នាក់ងាររបស់អ្នកមិនអាចជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលជាផ្នែកមួយនៃក្រុមព្យាបាលរបស់អ្នកឡើយ។¹

អ្នកមិនអាចដឹងគ្រប់ស្ថានភាពសុខភាពទាំងអស់ដែលអាចកើតមាន។ ភ្នាក់ងាររបស់អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការសម្រេចចិត្តក្នុងពេលវេលាជាក់ស្តែងដោយផ្អែកទៅលើព័ត៌មានដែលបានចែករំលែកដោយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ។ ពិភាក្សាជាមួយភ្នាក់ងាររបស់អ្នកអំពីប្រភេទនៃការថែទាំដែលអ្នកចង់បាន និងមិនចង់បាន និងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការយល់ដឹងពីគ្នាទៅវិញទៅមក និងសេចក្តីសុខផ្លូវចិត្ត។

ពេលខ្លះ ប្តីប្រពន្ធ ឬសមាជិកគ្រួសារអាចជាជម្រើសដ៏ល្អបំផុត។ ពេលខ្លះ ពួកគេមិនមែនជាជម្រើសដ៏ល្អបំផុតនោះទេ។ អ្នកដឹងច្បាស់បំផុត។

ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពល្អម្នាក់ គឺជាបុគ្គលម្នាក់ដែល៖

- មានឆន្ទៈក្នុងការធ្វើជាភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ហើយអាចមានពេលទំនេរគ្រប់គ្រាន់
- ដឹងពីតម្លៃ និងជំនឿរបស់អ្នកបានយ៉ាងល្អ
- មានឆន្ទៈធ្វើតាមបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នក ទោះបីជាបំណងរបស់អ្នកខុសពីពួកគេក៏ដោយ
- មិនខ្លាចក្នុងការសួរសំណួររបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ហើយនិយាយអំពីបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នក ទោះបីជាវាផ្ទុយនឹងបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នកដទៃក៏ដោយ
- អាចធ្វើការសម្រេចចិត្តក្រោមភាពតានតឹង
- នឹងពិនិត្យតាមដានជាមួយអ្នកអំពីការចង់បានរបស់អ្នកគ្រប់ពេលវេលា

ចំណាំ៖ ភ្នាក់ងារសុខភាពរបស់អ្នក អាចជា ឬមិនអាចជាបុគ្គលតែមួយដែលអ្នកជ្រើសរើសជាបុគ្គលទំនាក់ទំនងក្នុងតារាងវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

ទម្រង់បែបបទនេះមិនអនុញ្ញាតឱ្យភ្នាក់ងាររបស់អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ឬអាជីវកម្មផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកឡើយ។

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):
លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

និយាយជាមួយ
ភ្នាក់ងាររបស់អ្នកអំពី
ប្រភេទនៃការសម្រេច
ចិត្ត ឬកិច្ចការដែល
ពួកគេប្រហែលជា
ត្រូវធ្វើ ឬធ្វើ។ ប្រើ
សំណួរនៅក្នុង **ផ្នែក
ទី 2** ដើម្បីណែនាំដល់
ការសន្ទនារបស់អ្នក។

ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចធ្វើ
វាដោយខ្លួនឯងបាន។ **លុះត្រាតែខ្ញុំហាមឃាត់លើសិទ្ធិអំណាចរបស់ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ ការសម្រេចចិត្ត
ដែលពួកគេអាចធ្វើរួមមាន៖**

- និយាយថា **បាទឬចាស/ទេ** ចំពោះវេជ្ជបញ្ជា ការធ្វើតេស្ត និងការព្យាបាល។ ជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរ
អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ហើយសម្រេចចិត្តទៅលើកន្លែងដែលខ្ញុំនឹងទទួលយកការថែទាំ
- **ចាប់ផ្តើម មិនចាប់ផ្តើម** ឬបញ្ឈប់អន្តរាគមន៍ទ្រទ្រង់ជីវិតដើម្បីឱ្យខ្ញុំនៅបន្តមានជីវិត
- រៀបចំ និងធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំរាងកាយរបស់ខ្ញុំបន្ទាប់ពីស្លាប់ (រួមបញ្ចូលទាំង ការធ្វើ
កោសល្យវិច័យ ការបរិច្ចាគសរីរាង្គ និងអ្វីដែលកើតឡើងចំពោះសរីរាង្គដែលនៅសេសសល់របស់ខ្ញុំ)

ខ្ញុំជ្រើសរើសបុគ្គលខាងក្រោមជាភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តសម្រាប់ការថែទាំ
សុខភាពឱ្យខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបានទេ។

**ការជ្រើសរើសភ្នាក់ងារ
ថែទាំសុខភាព។**

ប្រសិនបើប្តីប្រពន្ធរបស់
អ្នកជាភ្នាក់ងាររបស់
អ្នក ហើយក្រោយមក
អ្នកលែងលះគ្នា ឬ
លុបចោលអាពាហ៍
ពិពាហ៍នោះ បុគ្គលនោះ
នឹងមិនក្លាយជាភ្នាក់ងារ
របស់អ្នកទៀតទេ។

**ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យ
អតីតប្តីឬប្រពន្ធរបស់
អ្នកធ្វើជាភ្នាក់ងារ
របស់អ្នក សូម
បំពេញសេចក្តីបង្គាប់
ទុកជាមុនសម្រាប់
ការថែទាំសុខភាពថ្មី
មួយ។**

**ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ៖
(My health care agent)**

ឈ្មោះពេញ (Full name)

ទំនាក់ទំនង (Relationship)

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ (Mailing address)

ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
------------------------------	---------------------------	----------------------------------

លេខទូរសព្ទចម្បង (Primary phone number)	លេខទូរសព្ទទីពីរ (Secondary phone number)
--	--

អ៊ីមែល (Email)

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):

នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):

លេខកំណត់ត្រាជួសជុលស្រូវរបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

ប្រសិនបើបុគ្គលនីមួយៗមិនអាចជាភ្នាក់ងារថែទាំ
សុខភាពរបស់ខ្លួនបានទេ នោះខ្ញុំជ្រើសរើសបុគ្គល
ខាងក្រោមដើម្បីធ្វើជាជម្រើសនៃភ្នាក់ងារថែទាំ
តាមលំដាប់ដែលបានរាយខាងក្រោម។

[ជាជម្រើស] បន្ថែម
ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព
នៃជម្រើសនីមួយៗ និង/
ឬទីពឹង។

បើគ្មានអ្នកណាក្នុងចិត្ត
សូមបន្តនៅទំព័រ
បន្ទាប់។

ជម្រើសនៃភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពនីមួយៗ
(First alternate health care agent:)

ឈ្មោះពេញ (Full name)

ទំនាក់ទំនង (Relationship)

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ (Mailing address)

ទីក្រុង

រដ្ឋ

លេខកូដតំបន់

លេខទូរសព្ទចម្បង
(Primary phone number)

លេខទូរសព្ទទីពីរ
(Secondary phone number)

អ៊ីមែល (Email)

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):
លេខកំណត់ត្រាជួសជុលស្រូវរបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពជម្រើសទីពីរ៖
(Second alternate health care agent:)

ឈ្មោះពេញ (Full name)

ទំនាក់ទំនង (Relationship)

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ (Mailing address)

ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
---------	------	-------------

លេខទូរសព្ទចម្បង
(Primary phone number)

លេខទូរសព្ទទីពីរ
(Secondary phone number)

អ៊ីមែល (Email)

ប្រសិនបើអ្នកមិន
ចង់ឱ្យមនុស្ស
មួយចំនួនចូលរួមក្នុង
ការសម្រេចចិត្តលើ
ការថែទាំសុខភាព
សម្រាប់អ្នកទេ សូម
រាយឈ្មោះរបស់
ពួកគេ

ខ្ញុំមិនចង់ឱ្យបុគ្គលដូចខាងក្រោមធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្ញុំទេ
(ប្រើចន្លោះខាងក្រោម)។
(I DO NOT want the following people to make health care decisions for me
[use the space below].)

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):
លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

គុណតម្លៃ និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ (My values and beliefs)

ផ្នែកនេះផ្តល់ឱកាសឱ្យខ្ញុំបានឆ្លុះបញ្ចាំងថា តើគុណភាពជីវិត និងការរស់នៅប្រកបដោយសេចក្តីសុខមានន័យដូចម្តេចចំពោះខ្ញុំ។
សូមពិនិត្យមើលជម្រើសទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ ហើយប្រើប្រាស់ចន្លោះខាងក្រោមដើម្បីពណ៌នាបន្ថែម។

ផ្នែកទី 2
ការបំពេញផ្នែកតម្លៃ
និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ
អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកសរសេរ
អ្វីដែលសំខាន់បំផុត
នៅក្នុងជីវិតរបស់អ្នក។
សូមចំណាយពេល
របស់អ្នកជាមួយសំណួរ
ទាំងនេះតាមសម្រួល។
សំណួរទាំងនោះនឹងជួយ
អ្នកគិតតាមរយៈ
ផ្នែកទី 3 នៃទម្រង់
នេះ។

1. ដើម្បីឱ្យខ្ញុំរស់នៅបានល្អ ចំណុចខាងក្រោមមានសារៈសំខាន់បំផុតសម្រាប់ខ្ញុំ៖ (For me to live well, the following matter most to me:)

- ☐ ចំណាយពេលវេលា និងភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយមនុស្សជាទីស្រឡាញ់
(Spending time and connecting with loved ones)
- ☐ ទទួលស្គាល់មិត្តភក្តិ និងក្រុមគ្រួសារ
(Recognizing friends and family)
- ☐ ធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ
(Making my own decisions)
- ☐ ធ្វើការទំនាក់ទំនងប្រកបដោយអត្ថន័យ
(Communicating meaningfully)
- ☐ មានសកម្មភាពរាងកាយ
(Being physically active)
- ☐ មានសកម្មភាពក្នុងសង្គម
(Being socially active)
- ☐ រស់នៅដោយឯករាជ្យ
(Living independently)
- ☐ ចិញ្ចឹមបីបាច់ខ្លួនឯងបានដោយគ្មានជំនួយ
(Feeding myself without help)
- ☐ ថែរក្សាអនាម័យផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (ងូតទឹក ស្លៀកពាក់ខ្លួនឯង)
(Taking care of my personal hygiene (bathing, dressing myself))
- ☐ រស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ
(Living in my home)
- ☐ ការងារ និង/ឬ ការងារស្ម័គ្រចិត្ត
(Working and/or volunteering)
- ☐ ចូលរួមចំណែកក្នុងសកម្មភាពកម្សាន្ត ឬអ្វីដែលចូលចិត្ត
(Participating in hobbies or interests)
- ☐ គោរពជំនឿខាងវិញ្ញាណ និង/ឬសាសនារបស់ខ្ញុំ
(Honoring my spiritual beliefs and/or religion)
- ☐ ផ្សេងៗ (និយាយបន្ថែមខាងក្រោម)
(Other [say more below])

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):
លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

2. តើវប្បធម៌ ជំនឿ សាសនា និង/ឬប្រព័ន្ធជំនឿរបស់ខ្ញុំមានឥទ្ធិពលលើការសម្រេចចិត្តថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំយ៉ាងដូចម្តេច? តើវាមានសារៈសំខាន់យ៉ាងណាចំពោះខ្ញុំ?
(How do my culture, spirituality, religion, and/or belief system influence my health care decisions? How important is this to me?)

ឆ្លើយប្រសិនបើ
រឿងនេះពាក់ព័ន្ធ
ជាមួយអ្នក។

ការជ្រើសរើសការចង់បានលើការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ
(Choosing my health care preferences)

ផ្នែកនេះ រួមជាមួយ ផ្នែកទី 2៖ តម្លៃ និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ ពិពណ៌នាអំពីការចង់បានរបស់ខ្ញុំដើម្បីណែនាំ ភ្នាក់ងារ និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចធ្វើដោយខ្លួនឯងបាន។

ផ្នែកទី 3
ការជ្រើសរើសការចង់បានការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអាចមានអារម្មណ៍មិនងាយស្រួល។ ធ្វើដូច្នេះស្របពេលដែលអ្នកអាចផ្តល់នូវមតិដើម្បីបង្ហាញពីការចង់បានរបស់អ្នក ក្នុងករណីដែលអ្នកនឹងមិនអាចនៅពេលក្រោយ។

តើអ្វីទៅជាការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិត?
ការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិតត្រូវបានធ្វើឡើងដើម្បីរក្សាជីវិតមនុស្សនៅពេលដែលរាងកាយរបស់ពួកគេមិនអាចដំណើរការដោយខ្លួនឯងទៀតទេ។

ឧទាហរណ៍៖

- **ការសង្គ្រោះដោយចលនាបេះដូង (Cardiopulmonary resuscitation, CPR)៖** ជាការប៉ុនប៉ងចាប់ផ្តើមបេះដូងឡើងវិញជាមួយនឹងការសង្កត់ទ្រូង ប្រសិនបើបេះដូង និងដង្ហើមរបស់អ្នកឈប់ដើរ។
- **ឧបករណ៍បញ្ចូលខ្យល់៖** ម៉ាស៊ីនដែលផ្តល់ដង្ហើមដល់អ្នកនៅពេលស្លាប់របស់អ្នកមិនដំណើរការ។
- **ការផ្តល់អាហារតាមបំពង់៖** ហៅម្យ៉ាងទៀតថា អាហាររូបត្ថម្ភសិប្បនិម្មិតដែលផ្តល់អាហាររាវ (អាហាររូបត្ថម្ភ) ដល់រាងកាយ។ ដំណើរការនេះត្រូវបានធ្វើឡើងនៅពេលដែលមនុស្សម្នាក់មិនអាចបរិភោគបានគ្រប់គ្រាន់តាមមាត់ ឬមានបញ្ហាក្នុងការលេប។
- **ការលាងឈាម៖** ម៉ាស៊ីនដែលយកកាកសំណល់ចេញពីឈាមរបស់អ្នក ប្រសិនបើតម្រងនោមរបស់អ្នកមិនដំណើរការ។

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):

នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):

លេខកំណត់ត្រាជួសជុលស្រួលរបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

ចែករំលែកពីតម្លៃ ជំនឿ
និងការចង់បានចំពោះ
ការថែទាំសុខភាពរបស់
អ្នកជាមួយភ្នាក់ងារ
របស់អ្នក។ និយាយ
អំពីមូលហេតុដែល
ជម្រើសរបស់អ្នកមាន
សារៈសំខាន់សម្រាប់
អ្នក។

ឥឡូវនេះអ្នកបានស្វែងយល់អំពីការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិត សូមពិចារណាដូចខាងក្រោម។ អ្នកអាចជ្រើសរើស
បានច្រើនតាមដែលអ្នកចង់បាន ឬមិនជ្រើសរើសណាមួយ ប្រសិនបើគ្មាន ការព្យាបាលណាមួយត្រូវចំពោះ
អ្នក។

ខ្ញុំនឹងបដិសេធ ឬបញ្ឈប់ការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិត ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចជាសះស្បើយ គ្រប់គ្រាន់ដើម្បី៖

(I would decline or stop life-sustaining treatments if I would not recover enough to:)

- ☐ **ធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន**
(Make my own decisions)
- ☐ **ទំនាក់ទំនងប្រកបដោយអត្ថន័យ**
(Communicate meaningfully)
- ☐ **ទទួលស្គាល់មិត្តភក្តិ និងក្រុមគ្រួសារ**
(Recognize friends and family)
- ☐ **ចិញ្ចឹមបីបាច់ខ្លួនឯងបានដោយគ្មានជំនួយ ឬបំពង់ដកដង្ហើម**
(Feed myself without help or tube feeding)
- ☐ **ថែរក្សាអនាម័យផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (ងូតទឹក ស្លៀកពាក់ខ្លួនឯង)**
(Take care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- ☐ **ចូលរួមចំណែកជាមួយសហគមន៍**
(Engage with the community)

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):

នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):

លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

នៅក្នុងស្ថានភាព
ដូចដែលបានពណ៌នា
អ្នកប្រហែលជាមិន
មានលទ្ធភាពក្នុងការ
ទទួលស្គាល់ខ្លួនឯង ឬ
មនុស្សជាទីស្រឡាញ់
ឡើយ។ វេជ្ជបណ្ឌិត
បានប្រាប់ភ្នាក់ងាររបស់
អ្នក និង/ឬក្រុមគ្រួសារ
ថាអ្នកមិនត្រូវបាន
គេរំពឹងថានឹងអាច
សង្គ្រោះសមត្ថភាព
ទាំងនេះវិញបាន
ឡើយ។

ដោយផ្អែកលើចម្លើយរបស់អ្នកនៅក្នុងផ្នែកមុន សូមធ្វើការពិចារណាលើសេណារីយ៉ូនៅពេលអ្នកជ្រើសរើស
ការចង់បានចំពោះការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដូចខាងក្រោម៖

**A. ខ្ញុំមានជំងឺរង្វង់កម្រិតខ្ពស់ ឬការប៉ះពាល់ខួរក្បាលធ្ងន់ធ្ងរ ដែលត្រូវបានរំពឹងទុកមុនថានឹងមិន
ប្រសើរឡើងឡើយ។ ខ្ញុំមិនអាចដំណើរការតាមមធ្យោបាយណាមួយដែលអាចទទួលយកបានសម្រាប់ខ្ញុំទេ។**
(I have advanced dementia or severe brain damage that is not expected
to get better. I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

ផ្អែកទៅលើ តម្លៃ និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ៖
(Based on my values and beliefs:)

- ☐ ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិតណាមួយឡើយ។ ខ្ញុំនឹងឈប់ ឬមិនចាប់ផ្តើមការព្យាបាល
ទាំងនេះទេ។
(I do not want any life-sustaining treatments. I would either stop or
not start these treatments.)
- ☐ ខ្ញុំចង់ឱ្យការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិតដើម្បីចាប់ផ្តើម ឬបន្ត ដរាបណាវាស្ថិតក្នុងដែនកំណត់នៃ
ស្តង់ដាថែទាំសុខភាពដែលទទួលយកបានជាទូទៅ។
(I want life-sustaining treatments to start or continue, as long as they are
within the limits of generally accepted health care standards.)
- ☐ ខ្ញុំចង់ឱ្យការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិតដើម្បីចាប់ផ្តើម ឬបន្ត ដរាបណាវាស្ថិតក្នុងដែនកំណត់នៃ
ស្តង់ដាថែទាំសុខភាពដែលទទួលយកបានជាទូទៅ។
(I want a time-limited trial of life-sustaining treatments, as long as they
are within the limits of generally accepted health care standards.)

អាទិភាពរបស់ខ្ញុំសម្រាប់រយៈពេលសាកល្បងគឺ...
(My preferences for a trial period are...)

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):
លេខកំណត់ត្រាជម្ងឺសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

ឧបហរណ៍នៃ
ស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ
ទៅតាមពេលវេលា
អាចរួមមានជំងឺស្វ័ះ
សរសៃឈាមបេះដូង
ជំងឺតម្រងនោម
ដំណាក់កាល
ចុងក្រោយ មហារីក
ក្រិនថ្លើម និង/ឬ
ជំងឺស្លឹកឈើ។

B. ខ្ញុំមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ កំពុងតែឈានដល់ដំណាក់កាលចុងក្រោយហើយ។ ខ្ញុំមិនអាចដំណើរការ
តាមមធ្យោបាយណាមួយដែលអាចទទួលយកបានសម្រាប់ខ្ញុំទេ។
(I have a serious, progressing illness that is nearing its final stage. I am not
able to function in a way that is acceptable to me.)

ផ្អែកទៅលើ តម្លៃ និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ៖
(Based on my values and beliefs:)

- ☐ **ខ្ញុំមិនចង់បានការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិតណាមួយឡើយ។** ខ្ញុំនឹងឈប់ ឬមិនចាប់ផ្តើមការ
ព្យាបាលទាំងនេះ។
(I do not want any life-sustaining treatments. I would either stop or not
start these treatments.)
- ☐ **ខ្ញុំចង់ឱ្យការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិតដើម្បីចាប់ផ្តើម ឬបន្ត** ដរាបណាវាស្ថិតក្នុងដែនកំណត់នៃ
ស្តង់ដារថែទាំសុខភាពដែលទទួលយកបានជាទូទៅ។
(I want life-sustaining treatments to start or continue, as long as they
are within the limits of generally accepted health care standards.)
- ☐ **ខ្ញុំចង់ឱ្យការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិតដើម្បីចាប់ផ្តើម ឬបន្ត** ដរាបណាវាស្ថិតក្នុងដែនកំណត់នៃ
ស្តង់ដារថែទាំសុខភាពដែលទទួលយកបានជាទូទៅ។
(I want a time-limited trial of life-sustaining treatments, as long as they
are within the limits of generally accepted health care standards.)

អាទិភាពរបស់ខ្ញុំសម្រាប់រយៈពេលសាកល្បងគឺ...
(My preferences for a trial period are...)

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):
លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

**[ជាជម្រើស] ការសម្រេច
ចិត្តបដិសេធការព្យាបាល
វេជ្ជសាស្ត្រដែលបាន
បញ្ជាក់។**

ការបញ្ចូលឈាម ដំណើរការនៃការផ្ទេរឈាម ឬផលិតផលឈាមចូលទៅក្នុងរាងកាយរបស់អ្នកតាមរយៈ
បំពង់តូចមួយ ដែលដាក់ក្នុងសរសៃឈាមរ៉ែនៅក្នុងដៃរបស់អ្នក។ មនុស្សមួយចំនួនមានអារម្មណ៍មិនចង់
ខ្លាំងចំពោះការទទួលការបញ្ចូលឈាម ឬផលិតផលឈាម ទោះជាស្ថានភាពសុខភាពរបស់ពួកគេក៏ដោយ។
ប្រសិនបើនេះត្រូវចំពោះអ្នក ហើយអ្នកចង់បំពេញទម្រង់បែបបទ សូមធ្វើណាមួយដូចខាងក្រោម៖

- សាកសួរការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសម្រាប់ទម្រង់បែបបទនៃការគ្រប់គ្រងឈាម
Kaiser Permanente Life Care Planning **ឬ**
- ចូលទៅកាន់ kp.org/lifecareplan សូមចុចសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុន
ហើយទាញយកទម្រង់គ្រប់គ្រងឈាម

ប្រសិនបើអ្នកបានបំពេញទម្រង់បែបបទគ្រប់គ្រងឈាម ឬមានផ្ទាល់ខ្លួន សូម៖

- សូមយកវាទៅការណាត់ជួបដែលបានគ្រោងទុកបន្ទាប់របស់អ្នក**ឬ**
- ធ្វើច្បាប់ចម្លងតាមសំបុត្រទៅកាន់ Kaiser Permanente Central Scanning,
1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805 **ឬ**
- ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org

**ឆ្លើយប្រសិនបើរឿងនេះ
ពាក់ព័ន្ធជាមួយអ្នក។**

**ប្រសិនបើខ្ញុំចង់បន្ថែមអាទិភាពលើការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ឬប្រសិនបើខ្ញុំចង់កាត់បន្ថយ
ការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិតដោយសារវប្បធម៌ សាសនា ឬជំនឿផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំនឹងបញ្ចូលចំណុច
ទាំងនេះខាងក្រោម។**

**(If I want to add any other health care preferences, or if I wish to limit any
life-sustaining treatments because of my cultural, religious, or personal
beliefs, I will include these below.)**

**តើខ្ញុំត្រូវការទម្រង់បែបបទ
មួយផ្សេងទៀតដែរឬទេ?**

**ប្រសិនបើបច្ចុប្បន្ននេះអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ និងកំពុងវិវត្តជិតដល់ដំណាក់កាលចុងក្រោយ
ហើយ** សូមពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ថាតើអ្នកគួរតែបំពេញឯកសារ
(Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST) (Physician Orders for
Life-Sustaining Treatment)។

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):
លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

ការចង់បានបន្ទាប់ពីទទួលមរណៈភាព (After-death preferences)

ផ្នែកនេះអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកសរសេរការចង់បានរបស់អ្នកអំពីរបៀបដែលអ្នកចង់ឱ្យរាងកាយរបស់អ្នកត្រូវបានចាត់ចែង បន្ទាប់ពីទទួលមរណៈភាព រួមជាមួយពិធីបុណ្យសព ការចងចាំ ឬការបញ្ចុះសពបែបណាដែលអ្នកអាចប្រព្រឹត្តទៅបាន។ អ្នកក៏អាចដាក់បញ្ចូលការចង់បានរបស់អ្នកសម្រាប់ការបរិច្ចាគសរីរាង្គបានផងដែរ។

ផ្នែកទី 4

ការសរសេរការចង់បានក្រោយពេលទទួលមរណៈភាពរបស់អ្នកអាចមានស្លាប់ទៅអាចជារឿងលំបាក ប៉ុន្តែវានឹងជួយមនុស្សជាទីស្រឡាញ់ក្នុងការបំពេញតាមបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នកក្នុងពេលលំបាកផ្លូវអារម្មណ៍នេះ។

សរសេរការចង់បានរបស់អ្នកចំពោះអ្វីដែលកើតឡើងចំពោះអ្នកនៅមុន និងក្រោយពេលទទួលមរណៈភាព នឹងជួយដល់មនុស្សដែលនៅជិតស្និទ្ធនឹងអ្នកបំពេញតាមបំណងប្រាថ្នាដែលសំខាន់បំផុតសម្រាប់អ្នក។

ចំណាយពេលខ្លះដើម្បីគិតលើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទាំងនេះ។ ប្រសិនបើវាជួយ អ្នកអាចយោងទៅផ្នែកទី 2៖ តម្លៃ និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងជួបប្រទះបញ្ហា ឬមិនមានចម្លើយអ្វីទាំងអស់ សូមសរសេរអ្វីដែលអ្នកដឹង ហើយបន្តទៅមុខ។

A. បន្ទាប់ពីទទួលមរណៈភាព ការចង់បានរបស់ខ្ញុំចំពោះមធ្យោបាយដែលខ្ញុំចង់ឱ្យរាងកាយរបស់ខ្ញុំត្រូវបានចាត់ចែង (ការធ្វើកោសល្យវិច័យ ពិធីបុណ្យសព ពិធីរំលឹក ការបញ្ចុះសព ឬប្រពៃណីសាសនា ឬសាសនា) ត្រូវបានរាយរាប់ដូចខាងក្រោម។

(After death, my preferences for how I want my body to be treated [autopsy, funeral, memorial, burial, or any religious or spiritual traditions] are listed below.)

សូមរួមបញ្ចូលផងដែរនូវការរៀបចំណាមួយ (ដូចជាកន្លែងបញ្ចុះសព ទីបញ្ចុះសព ការបរិច្ចាគរាងកាយរបស់អ្នកទៅកាន់ផ្នែកវិទ្យាសាស្ត្រ) ដែលអ្នកប្រហែលជាបានធ្វើឡើងរួចហើយ។

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):
លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

ចំណូលចិត្តសម្រាប់
ការបរិច្ចាគសរីរាង្គ
ជាលិកា និង/ឬផ្នែក
រាងកាយ។

B. នៅពេលដែលខ្ញុំស្លាប់ ខ្ញុំចង់បរិច្ចាគសរីរាង្គ ជាលិកា និង/ឬផ្នែករាងកាយរបស់ខ្ញុំ។

ជ្រើសរើសជម្រើសមួយសម្រាប់ការបរិច្ចាគសរីរាង្គ។

(Upon my death, I want to donate my organs, tissues, and/or body parts.

Choose **one** option for organ donation.)

☐ **បាទ/ចាស (Yes)**

តាមរយៈការចុចលើប្រអប់ខាងលើ និងដោយមិនគិតអំពីជម្រើសរបស់ខ្លួននៅក្នុង

ផ្នែកទី 3: ការជ្រើសរើសការចង់បានចំពោះការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ចុងបញ្ចប់នៃជីវិត ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះនីតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្របណ្តោះអាសន្នណាមួយ ដែលចាំបាច់ដោយចំពោះដើម្បីវាយតម្លៃ និង/ឬថែរក្សាសរីរាង្គ ជាលិកា និង/ឬផ្នែករាងកាយរបស់ខ្ញុំសម្រាប់គោលបំណងនៃការបរិច្ចាគ។

(By checking the box above, and regardless of my choice in

Part 3: Choosing my health care preferences for end of life, I authorize my health care agent to consent to any temporary medical procedure necessary solely to evaluate and/or maintain my organs, tissues, and/or body parts for purposes of donation.)

រើសរើសច្រើនតាមដែលអ្នកចង់បាន។

(Choose **as many** as you want)

ខ្ញុំចង់បរិច្ចាគសរីរាង្គ ជាលិកា និង/ឬផ្នែករាងកាយរបស់ខ្ញុំសម្រាប់៖

(I want to donate my organs, tissues, and/or body parts for:)

☐ **ការរះកាត់ប្តូរសរីរាង្គ ឬជាលិកា**
(Transplant)

☐ **ការស្រាវជ្រាវ**
(Research)

☐ **ការព្យាបាល**
(Therapy)

☐ **ការអប់រំ**
(Education)

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):
លេខកំណត់ត្រាជួសជុលរបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

ខ្ញុំចង់ដាក់កម្រិតការបរិច្ចាគសរីរាង្គ ជាលិកា និង/ឬផ្នែករាងកាយរបស់ខ្ញុំដូចដែលបានបង្ហាញខាងក្រោម៖
(I want to restrict my donation of organs, tissues, and/or body parts as indicated below:)

- ☐ ទេ (No)
- ☐ ខ្ញុំមិនច្បាស់ (I'm not sure)

ប្រសិនបើខ្ញុំទុកផ្នែកនេះឱ្យនៅទទេ វាមិនមែនជាការបដិសេធក្នុងការបរិច្ចាគសរីរាង្គ ជាលិកា និង/ឬផ្នែករាងកាយរបស់ខ្ញុំនោះទេ។ ការចុះឈ្មោះម្ចាស់ជំនួយដែលមានការអនុញ្ញាតពីរដ្ឋរបស់ខ្ញុំគួរតែត្រូវបានអនុវត្តតាម ឬប្រសិនបើគ្មានទេ អ្នកធ្វើសេចក្តីសម្រេចដែលទទួលស្គាល់ស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំដូចដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែកទី 1 អាចធ្វើការបរិច្ចាគនៅពេលខ្ញុំទទួលមរណៈភាព។ ប្រសិនបើគ្មានភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពត្រូវបានជ្រើសរើសទេ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា ច្បាប់នៃរដ្ឋ California អនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិធ្វើការសម្រេចចិត្តបែបនេះ ជំនួសខ្ញុំ។

(If I leave this part blank, it is not a refusal to donate my organs, tissues, and/or body parts. My state-authorized donor registration should be followed, or, if none, my legally recognized decision maker listed in Part 1 may make a donation upon my death. If no health care agent is named, I acknowledge that California law permits an authorized individual to make such a decision on my behalf.)

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):
លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

ការធ្វើឱ្យឯកសារនេះមានសុពលភាពស្របច្បាប់ (Making this document legally valid)

ផ្នែកនេះធ្វើឱ្យការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពជាមុនរបស់អ្នកមានសុពលភាពស្របច្បាប់នៅក្នុងរដ្ឋ California។ ដើម្បីឱ្យដំណើរការនេះមានសុពលភាពស្របច្បាប់ (1) អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ (2) ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាដោយសាក្សីពីរនាក់ ឬទទួលស្គាល់នៅចំពោះមុខមន្ទីរសារការី។

ផ្នែកទី 5

ការអនុវត្តតាម លក្ខខណ្ឌតម្រូវ

ផ្លូវច្បាប់ប្រាកដថារាល់ការងារ និងគំនិតដែលអ្នកបានដាក់នៅក្នុងសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពនេះនឹងមានសុពលភាព។ សូមចងចាំថា ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរអ្វីមួយនៅពេលក្រោយ សូមបំពេញ ទម្រង់ថ្មីមួយ។

ចុះហត្ថលេខានៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ ហើយជ្រើសរើសចម្លើយមួយក្នុងចំណោមចម្លើយខាងក្រោមដើម្បីធ្វើឱ្យឯកសារនេះមានសុពលភាពស្របច្បាប់នៅក្នុងរដ្ឋ California៖

សាក្សីចំនួនពីរនាក់

- សាក្សីត្រូវជាមនុស្សពេញវ័យ។
- សាក្សីម្នាក់ក្នុងចំណោមសាក្សីរបស់អ្នកមិនអាចមានទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក (តាមរយៈឈាម អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការសុំកូនមកចិញ្ចឹម) ហើយមិនអាចមានសិទ្ធិកាន់កាប់ផ្នែកណាមួយនៃអចលនទ្រព្យរបស់អ្នកបានទេ។
- ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពចម្បង និងជំនួសរបស់អ្នក (អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត) មិនអាចចុះហត្ថលេខាក្នុងនាមជាសាក្សីបានទេ។
- អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់អ្នក ឬនិយោជិតរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពមិនអាចចុះហត្ថលេខាក្នុងនាមជាសាក្សីបានទេ។
- ប្រតិបត្តិករ ឬបុគ្គលិកនៃការថែទាំសហគមន៍ ឬមណ្ឌលថែទាំសម្រាប់មនុស្សចាស់មិនអាចចុះហត្ថលេខាធ្វើជាសាក្សីបានទេ។
- សាក្សីនឹងចុះហត្ថលេខា នៅទំព័រទី 17។

ឬ

មន្ទីរសារការី

- កុំចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះលុះត្រាតែអ្នកនៅជាមួយមន្ទីរសារការី។
- មន្ទីរសារការីនឹងចុះហត្ថលេខានៅទំព័រ 19។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកនៅទីនេះ៖

សូមបន្ត! ដើម្បីឱ្យឯកសារនេះមានសុពលភាពផ្លូវច្បាប់នៅរដ្ឋ California អ្នកត្រូវតែឱ្យឯកសារនេះមានការបញ្ជាក់ពីសាក្សី ឬមន្ទីរសារការី។

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (My signature)

ឈ្មោះសរសេររបស់ខ្ញុំ (My name printed)

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (My signature)

កាលបរិច្ឆេទ (Date)

ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចចុះហត្ថលេខាបានទេ សញ្ញាណមួយដែលបញ្ជាក់ថាអ្នកមានបំណងចង់ចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកគឺអាចទទួលយកបាន។

(If you are physically unable to sign any mark you make that you intend to be your signature is acceptable.)

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):

នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):

លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

ការជ្រើសរើស
សាក្សីពីរនាក់

ខ្ញុំជ្រើសរើសសាក្សីពីរនាក់ ដើម្បីធ្វើឱ្យឯកសារនេះមាន
សុពលភាពស្របច្បាប់នៅក្នុងរដ្ឋ California។

សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់សាក្សី៖ ខ្ញុំប្រកាសនៅក្រោមការដាក់ពិន័យចំពោះសម្បទម្បងច្បាប់
នៃរដ្ឋ California៖ (1) ថាបុគ្គលដែលបានចុះហត្ថលេខា ឬទទួលស្គាល់សេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនសម្រាប់
ការថែទាំសុខភាពនេះ គឺជាបុគ្គលដែលខ្ញុំស្គាល់ ឬអត្តសញ្ញាណរបស់បុគ្គលនោះត្រូវបានបញ្ជាក់ឱ្យខ្ញុំឃើញ
ដោយភស្តុតាងជឿជាក់ (2) ថាបុគ្គលនោះបានចុះហត្ថលេខា ឬទទួលស្គាល់សេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនសម្រាប់
ការថែទាំសុខភាពនេះនៅក្នុងវត្តមានរបស់ខ្ញុំ (3) ថាបុគ្គលនោះមើលទៅមានសតិស្រឡាត់ ហើយមិនមានការ
បៀតបៀន ការក្លែងបន្លំ ឬ ឥទ្ធិពលមិនសមរម្យ (4) ថាខ្ញុំមិនមែនជាមនុស្ស ត្រូវបានតែងតាំងជាភ្នាក់ងារ
ដោយសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពនេះ និង (5) ថាខ្ញុំមិនមែនជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ
សុខភាពរបស់បុគ្គលដែលជាបុគ្គលិកនៃអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់បុគ្គលនោះ ប្រតិបត្តិករនៃមណ្ឌល
ថែទាំសហគមន៍ បុគ្គលិកនៃប្រតិបត្តិករសហគមន៍កន្លែងថែទាំ ប្រតិបត្តិករនៃកន្លែងថែទាំតាមផ្ទះសម្រាប់
មនុស្សចាស់ ឬនិយោជិតនៃប្រតិបត្តិករនៃកន្លែងថែទាំតាមផ្ទះសម្រាប់មនុស្សចាស់ឡើយ។

ហត្ថលេខារបស់សាក្សី
ទីមួយ។

សាក្សីទីមួយ៖ (Witness number one):

ឈ្មោះ (Name)

អាសយដ្ឋាន (Address)

ហត្ថលេខា (Signature)

កាលបរិច្ឆេទ (Date)

ហត្ថលេខារបស់
សាក្សីទីពីរ។

សាក្សីទីពីរ (Witness number two):

ឈ្មោះ (Name)

អាសយដ្ឋាន (Address)

ហត្ថលេខា (Signature)

កាលបរិច្ឆេទ (Date)

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):

នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):

លេខកំណត់ត្រាជួសជុលសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

តាមច្បាប់ សាក្សីម្នាក់
ក្នុងចំណោមសាក្សីរបស់
អ្នក មិនអាចមាន
ទំនាក់ទំនងជាមួយ
អ្នកបានទេ។

សេចក្តីថ្លែងការណ៍បន្ថែមរបស់សាក្សី៖ យ៉ាងហោចណាស់សាក្សីម្នាក់ក្នុងចំណោមសាក្សីខាងលើក៏ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីប្រកាសខាងក្រោមផងដែរ៖ **ខ្ញុំសូមប្រកាសបន្ថែមទៀតនៅក្រោមការដាក់ពិន័យចំពោះសម្បទម៍ពានក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋ California** ថាខ្ញុំមិនពាក់ព័ន្ធនឹងបុគ្គលដែលអនុវត្តសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពនេះ តាមរយៈសាច់ឈាម អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការសុំកូនមកចិញ្ចឹមឡើយ ហើយតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានផ្នែកណាមួយនៃទ្រព្យសម្បត្តិរបស់បុគ្គលនោះ នៅពេលដែលគាត់ទទួលមរណៈភាព ឬនៅក្រោមឆន្ទៈដែលមានស្រាប់ ឬដោយប្រតិបត្តិការនៃច្បាប់ឡើយ។

ហត្ថលេខា (Signature)

កាលបរិច្ឆេទ (Date)

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ (My first name):
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ (My last name):
លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ (My medical record number):

KP use: patient label

ការជ្រើសរើស
មន្ទីរសារការី

ខ្ញុំជ្រើសរើសមន្ទីរសារការីជំនួសឱ្យសាក្សីពីរនាក់ដើម្បីធ្វើឱ្យឯកសារនេះមានសុពលភាពស្របច្បាប់នៅរដ្ឋ
California។

ACKNOWLEDGMENT

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,
(insert name and title of the officer)

personally appeared

who proved to me on 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 _____ (Seal)

ត្រូវការហត្ថលេខាបន្ថែម
លុះត្រាតែអ្នកជាអ្នកជំងឺ
នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ
មានជំនាញ។

លក្ខខណ្ឌតម្រូវសម្រាប់សាក្សីពិសេស (Special witness requirement)

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកជំងឺនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំដែលមានជំនាញ អ្នកតស៊ូមតិសម្រាប់អ្នកជំងឺ ឬមន្ត្រី
បណ្តឹងតវ៉ា ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ខាងក្រោម។
(If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or
ombudsman must sign the following statement.)

STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN: I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or an ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the California Probate Code.

ហត្ថលេខា (Signature)

កាលបរិច្ឆេទ (Date)

សូមអបអរសាទរ!
អ្នកជិតរួចរាល់
ហើយ។ នេះជារឿង
មួយចំនួនទៀតដែល
ត្រូវធ្វើដើម្បីបញ្ចប់
ដំណើរការ។

ជំហានបន្ទាប់

ឥឡូវនេះ អ្នកបានបំពេញបញ្ចប់សេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព (AHCD) របស់អ្នកហើយ សូមប្រើប្រាស់បញ្ជីត្រួតពិនិត្យនេះ ដើម្បីប្រាកដថាអ្នកធ្វើតាមជំហានមួយចំនួនចុងក្រោយនេះរួចរាល់ហើយ។

☐ **ផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃ AHCD សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក**

- ទៅកាន់ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក (អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត) និងភ្នាក់ងារជំនួស
- សូមនាំយកវាទៅកាន់ការណាត់ជួបដែលបានគ្រោងទុកបន្ទាប់របស់អ្នក ឬ
- ធ្វើច្បាប់ចម្លងតាមសំបុត្រទៅកាន់ Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805 ឬ
- ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org
- រក្សាទុកច្បាប់ដើម

☐ **ពិនិត្យមើល AHCD សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក**

- ពិភាក្សាជាមួយភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក (អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត) អំពីតម្លៃ ជំនឿ និងការចង់បានការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រើប្រាស់ AHCD សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដើម្បីណែនាំដល់ការសន្ទនា ហើយត្រូវប្រាកដថាពួកគេមានអារម្មណ៍ថាអាចធ្វើតួនាទីនេះបាន។
- ជូនដំណឹងដល់មនុស្សជាទីស្រឡាញ់របស់អ្នក ក្រុមគ្រួសារ និង/ឬមិត្តភក្តិជិតស្និទ្ធរបស់អ្នកដឹងថាអ្នកបានជ្រើសរើសនរណាជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងថាពួកគេបានចំពោះការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជាអ្វី ហើយមានមូលហេតុអ្វី។

☐ **យក AHCD សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកមកជាមួយអ្នក**

- ប្រសិនបើអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ សូមយកច្បាប់ចម្លងនៃ AHCD សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព របស់អ្នក ហើយស្នើសុំឱ្យដាក់វានៅក្នុងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

☐ **សូមពិនិត្យមើល AHCD សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឱ្យបានទៀងទាត់ ជាពិសេសនៅពេលទាំងនេះ៖**

- **ទសវត្សរ៍** - នៅពេលអ្នកចាប់ផ្តើមទសវត្សរ៍ថ្មីនៃជីវិតរបស់អ្នក
- **ការស្តាប់** - នៅពេលមនុស្សជាទីស្រឡាញ់បាត់បង់ជីវិត
- **ការលែងលះ/អាពាហ៍ពិពាហ៍** - នៅពេលដែលអ្នកជួបប្រទះការលែងលះ អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការផ្លាស់ប្តូរគ្រួសារដ៏សំខាន់ផ្សេងទៀត។
- **ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ** - នៅពេលដែលអ្នកត្រូវបានគេធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានស្ថានភាពសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរ
- **ការធ្លាក់ចុះខ្សោយ** - នៅពេលដែលអ្នកមានការធ្លាក់ចុះខ្សោយយ៉ាងខ្លាំង ឬការធ្លាក់ចុះខ្សោយនៃស្ថានភាពសុខភាពដែលមានស្រាប់ ជាពិសេសប្រសិនបើអ្នកមិនអាចរស់នៅដោយខ្លួនឯងបាន

ចងចាំ៖ អ្នកអាចបោះបង់ ឬផ្លាស់ប្តូរការចង់បានណាមួយនៅក្នុង AHCD សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបានគ្រប់ពេល។ នៅពេលដែលអ្វីៗផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងជីវិតរបស់អ្នក ឬសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក (អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត) និងការចង់បានចំពោះផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែធ្វើដូច្នេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយចុះហត្ថលេខាលើឯកសារថ្មី ឬ អ្នកអាចជូនដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់។



ព័ត៌មាននេះមិនមានបំណងដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាសុខភាព ឬផ្តល់ដំបូន្មានវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការថែទាំ ដែលអ្នកទទួលបានពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនោះទេ។ ប្រសិនបើ អ្នកមានបញ្ហាសុខភាពជាប់ជាប្រចាំ ឬប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអ្វីមួយ សូមពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត របស់អ្នក។

© 2025 Southern California Permanente Medical Group.
All rights reserved.
SCAL-LCP 032KH (07/25)
kp.org/lifecareplan