



হেলথ কেয়ার প্রক্সি (স্বাস্থ্যসেবায় প্রতিনিধিত্ব)

নিউ ইয়র্ক স্টেটে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধিনিয়োগ করা

নিউ ইয়র্ক হেলথ কেয়ার প্রক্সি আইন আপনাকে আপনার বিশ্বাসী কাউকে — যেমন, পরিবারের কোন সদস্য বা সদস্যা, সম-লিঙ্গের সঙ্গী বা সঙ্গিনী, অথবা নিকট বন্ধু বা বান্ধবীকে আপনার জন্য স্বাস্থ্যসেবার সিদ্ধান্ত গ্রহণ করতে নিযুক্ত করতে অনুমতি দেয় যদি আপনি নিজে সিদ্ধান্ত নিতে অসমর্থ হন। স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি নিয়োগ দেয়ার মাধ্যমে, আপনি নিশ্চিত করতে পারেন যে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা আপনার ইচ্ছাগুলো অনুসরণ করবেন। আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থার পরিবর্তনের সাথে সাথে আপনার ইচ্ছাগুলো কিভাবে প্রযোজ্য হবে সেই বিষয়েও আপনার প্রতিনিধি সিদ্ধান্ত নিতে পারেন। হাসপাতাল, ডাক্তার ও অন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদেরকে অবশ্যই আপনার প্রতিনিধির সিদ্ধান্তগুলো অনুসরণ করতে হবে যেন সেগুলো আপনার নিজেরই সিদ্ধান্ত। আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে আপনার বেছে নেয়া ব্যক্তিকে আপনি যত কম বা যত বেশি ইচ্ছা কর্তৃত্ব দিতে পারেন। আপনি আপনার প্রতিনিধিকে স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত সবগুলো সিদ্ধান্ত বা কেবলমাত্র নির্দিষ্ট কিছু সিদ্ধান্ত নেয়ার জন্য অনুমতি দিতে পারেন। এছাড়াও আপনি আপনার প্রতিনিধিকে এমন কিছু নির্দেশনা দিতে পারেন যেগুলো তাকে অনুসরণ করতে হবে। অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলা দান করার ক্ষেত্রে আপনার ইচ্ছা বা নির্দেশনা সম্পর্কে জানানোর জন্যেও এই ফরমটি ব্যবহার করা যাবে।

হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফরম সম্পর্কিত

এটি একটি গুরুত্বপূর্ণ আইনি ডকুমেন্ট।

এতে স্বাক্ষর করার আগে, আপনার নিচে উল্লিখিত বিষয়গুলো বুঝে নেয়া উচিতঃ

১. আপনি যে ব্যক্তিকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে বেছে নিচ্ছেন তাকে এই ফরমটি আপনার পক্ষে স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত সব সিদ্ধান্ত নেয়ার কর্তৃত্ব প্রদান করছে, যার মধ্যে রয়েছে জীবন-ধারণের জন্য অপরিহার্য চিকিৎসা দেয়া বা সেগুলো সরিয়ে নেয়া, যদি না আপনি এই ফরমে অন্য কোনো নির্দেশনা দিয়ে থাকেন। “স্বাস্থ্যসেবা” অর্থ হলো আপনার শারীরিক বা মানসিক রোগ নির্ণয় বা নিরাময়ের জন্য যে কোনো চিকিৎসা, পরিষেবা বা প্রক্রিয়া।

২. কৃত্রিম পুষ্টি ও পানি সরবরাহের (একটি ফিডিং টিউব বা আন্তঃশিরা নলের মাধ্যমে পুষ্টি ও পানি সরবরাহ করা) বিষয়ে আপনার ইচ্ছা সম্পর্কে আপনার প্রতিনিধির যুক্তিসঙ্গতভাবে জানা না থাকলে, আপনার জন্য এই ব্যবস্থাগুলো প্রত্যাখ্যান করা বা সম্মতি দেয়ার জন্য তাকে অনুমতি দেয়া হবে না।

৩. যখন আপনার ডাক্তার এই সিদ্ধান্তে আসবেন যে আপনি আর আপনার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম নন তখন আপনার প্রতিনিধি আপনার পক্ষে সিদ্ধান্ত নিতে শুরু করবেন।

৪. যে সব চিকিৎসাগুলো আপনি নিতে চান না এবং/অথবা যে চিকিৎসাগুলো পাওয়ার বিষয়টি আপনি নিশ্চিত করতে চান সেগুলোর উদাহরণগুলো আপনি এই ফরমে লিখে দিতে পারেন। প্রতিনিধির সিদ্ধান্ত-গ্রহণের ক্ষমতা সীমিত করে দেয়ার জন্য এই নির্দেশনাগুলো ব্যবহার করা যায়। আপনার পক্ষে সিদ্ধান্ত নেয়ার সময় আপনার প্রতিনিধিকে অবশ্যই আপনার নির্দেশনাগুলো অনুসরণ করতে হবে।

৫. এই ফরমটি পূরণ করার জন্য আপনার কোনো আইনজীবীর সাহায্য নেয়ার প্রয়োজন নেই।

৬. আপনি পরিবারের কোন সদস্য বা সদস্যা, সম-লিঙ্গের সঙ্গী বা সঙ্গিনী, নিকট বন্ধু বা বান্ধবী সহ যেকোন প্রাপ্তবয়স্ককে (18 বছর বা তার বেশি বয়সী) আপনার প্রতিনিধি নির্বাচন করতে পারেন। যদি আপনি একজন ডাক্তারকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে বেছে নেন, তাহলে তাকে আপনার প্রতিনিধি বা আপনার চিকিৎসাকারী ডাক্তারের মধ্যে যে কোনো একটি ভূমিকা পালন করা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে হবে কারণ একজন ডাক্তার একই সময়ে উভয় দায়িত্ব পালন করতে পারবেন না। সেইসাথে, যদি আপনি কোনো হাসপাতাল, নার্সিং হোম বা মানসিক

স্বাস্থ্যকেন্দ্রের রোগী বা বাসিন্দা হন, তাহলে সেই কেন্দ্রের জন্য কর্মরত কাউকে বেছে নেয়ার ক্ষেত্রে.

৭. কাউকে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে নিযুক্ত করার আগে, তার সাথে এই বিষয়টি নিয়ে আলোচনা করুন যাতে নিশ্চিত হতে পারেন যে তিনি আপনার প্রতিনিধি হিসেবে কাজ করতে ইচ্ছুক। সেই ব্যক্তিকে বলুন যে আপনি তাকে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে বেছে নিয়েছেন। আপনার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত ইচ্ছাগুলো এবং এই ফরমটি সম্পর্কে আপনার প্রতিনিধির সাথে আলোচনা করুন। তাকে এই ফরমের একটি স্বাক্ষরিত কপি দেয়ার বিষয়টি নিশ্চিত করুন। সরল বিশ্বাসে স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত নেয়ার জন্য আপনার প্রতিনিধির বিরুদ্ধে মামলা করা যাবে না।

৮. যদি আপনি আপনার স্বামী/স্ত্রীর নাম আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে উল্লেখ করেন এবং পরবর্তীতে আপনার তালাক হয়ে যায় বা আপনারা আইনগতভাবে বিচ্ছিন্ন হয়ে যান, তাহলে আপনার প্রাক্তন স্বামী/স্ত্রী আর আপনার আইনসম্মত প্রতিনিধি থাকতে পারবেন না, যদি না আপনি অন্য কোনো নির্দেশনা দেন। যদি আপনি আপনার প্রাক্তন স্বামী/স্ত্রীকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে রাখতে চান, তাহলে আপনি আপনার বর্তমান ফরমে এই বিষয়টি উল্লেখ করতে পারেন এবং উল্লেখের তারিখ লিখতে পারেন অথবা আপনার প্রাক্তন স্বামী/স্ত্রীর নাম উল্লেখ করে নতুন একটি ফরম পূরণ করতে পারেন।

৯. এমনকি আপনি এই ফরমে স্বাক্ষর করার পরেও, যতদিন পর্যন্ত আপনি নিজের জন্য সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম হবেন ততদিন পর্যন্ত আপনার নিজের স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেয়ার অধিকার আপনার থাকবে, এবং আপনি আপত্তি জানালে আপনাকে চিকিৎসা দেয়া যাবে না বা চিকিৎসা বন্ধ করা যাবে না, এবং আপনার সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপত্তি জানানোর কোনো ক্ষমতা আপনার প্রতিনিধিরও থাকবে না।

১০. আপনার প্রতিনিধিকে বা আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে মৌখিক বা লিখিতভাবে জানানোর মাধ্যমে আপনি আপনার প্রতিনিধিকে দেয়া কর্তৃত্ব বাতিল করতে পারেন।

১১. একজন স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি নিয়োগ করাটা ঐচ্ছিক। কেউ আপনাকে একজন প্রতিনিধি নিয়োগ করতে বাধ্য করতে পারবে না।

১২. আপনি অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলা দান করার ক্ষেত্রে আপনার ইচ্ছা বা নির্দেশনাগুলো এই ফরমে উল্লেখ করতে পারেন।

বহুল জিজ্ঞাসিত প্রশ্নাবলি

কেন আমার একজন স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি বেছে নেয়া উচিত?

যদি আপনি আপনার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে অক্ষম হয়ে পড়েন, এমনকি সাময়িকভাবেও, অন্য কাউকে অবশ্যই আপনার পক্ষে সিদ্ধান্ত নিতে হবে। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা প্রায় ক্ষেত্রেই নির্দেশনার জন্য পরিবারের সদস্যদের দিকে তাকিয়ে থাকেন। কোনো একটি বিশেষ চিকিৎসার ক্ষেত্রে আপনার ইচ্ছা কী হতে পারে বলে আপনার পরিবারের সদস্যরা মনে করেন তা তারা প্রকাশ করতে পারেন। একজন প্রতিনিধি নিয়োগ করার মাধ্যমে আপনি নিচে উল্লিখিতভাবে আপনার মেডিকেল চিকিৎসাকে নিয়ন্ত্রণ করতে পারেনঃ

- আপনার প্রতিনিধিকে আপনার ইচ্ছা অনুযায়ী আপনার পক্ষে স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেয়ার সুযোগ দেয়া;
- স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেয়ার জন্য একজন ব্যক্তিকে বেছে নেয়া কারণ আপনি মনে করেন যে সেই ব্যক্তিটি সবচেয়ে ভালোভাবে সিদ্ধান্তগুলো নেবেন।;
- পরিবারের সদস্যবৃন্দ এবং/অথবা উল্লেখযোগ্য অন্যান্যদের মধ্যে সংঘাত বা বিভ্রান্তি এড়ানোর জন্য একজন ব্যক্তিকে বেছে নেয়া।

এছাড়াও যদি আপনার প্রথম পছন্দের ব্যক্তি আপনার পক্ষে সিদ্ধান্ত নিতে না পারেন তাহলে দায়িত্ব গ্রহণের জন্য আপনি একজন বিকল্প প্রতিনিধি নিযুক্ত করতে পারেন।

কে একজন স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হতে পারেন?

১৮ বছর বা তারচেয়ে বেশি বয়সী যে কেউ একজন স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হতে পারেন। যাকে আপনি আপনার প্রতিনিধি বা বিকল্প প্রতিনিধি হিসেবে নিযুক্ত করছেন তিনি আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্লি ফরমে একজন সাক্ষী হিসেবে স্বাক্ষর করতে পারবেন না।

কিভাবে আমি একজন স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি নিযুক্ত করতে পারি?

১৮ বছর বা তারচেয়ে বেশি বয়সী সকল যোগ্য প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি হেলথ কেয়ার প্রক্লি নামক একটি ফরমে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে একজন স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি নিযুক্ত করতে পারেন। আপনার একজন আইনজীবী বা নোটারির প্রয়োজন নেই, শুধুমাত্র দুইজন প্রাপ্তবয়স্ক সাক্ষী হলেই হবে। আপনার প্রতিনিধি একজন সাক্ষী হিসেবে স্বাক্ষর করতে পারবেন না। আপনি এখানে মুদ্রিত ফরমটি ব্যবহার করতে পারেন, কিন্তু আপনি এই ফরমটি ব্যবহার করতে বাধ্য নন।

আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি কখন আমার পক্ষে আমার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে শুরু করবে?

যখন আপনার ডাক্তার সিদ্ধান্ত নেবেন যে আপনি আপনার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম নন তারপর থেকে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি আপনার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে শুরু করবেন। যতদিন পর্যন্ত আপনি আপনার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম থাকবেন, ততদিন পর্যন্ত আপনার তা করার অধিকার থাকবে।

আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি কোন সিদ্ধান্তগুলো নিতে পারবেন?

আপনি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধির কর্তৃত্বকে সীমিত করে

না দিলে, আপনার প্রতিনিধি আপনার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে এমন যে কোনো সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন যেগুলো আপনি সক্ষম থাকলে নিজের জন্য নিতে পারতেন। আপনার প্রতিনিধি আপনার চিকিৎসা নেয়ার বিষয়ে সম্মতি দিতে পারেন, বিভিন্ন চিকিৎসার মধ্যে একটি বেছে নিতে পারেন এবং আপনার ইচ্ছা ও আগ্রহের সাথে সঙ্গতিপূর্ণভাবে, চিকিৎসা দেয়া উচিত হবে না বলে সিদ্ধান্ত নিতে পারেন। তবে, কৃত্রিম পুষ্টি ও পানি সরবরাহের (একটি ফিডিং টিউব বা আন্তঃশিরা নলের মাধ্যমে পুষ্টি ও পানি সরবরাহ করা) বিষয়ে আপনার প্রতিনিধি শুধুমাত্র তখনই সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন যদি তিনি আপনার ইচ্ছা সম্পর্কে জানেন যে ইচ্ছার বিষয়ে আপনি আগে বলেছেন বা আগে লিখে রেখেছেন। হেলথ কেয়ার প্রক্লি ফরম আপনার প্রতিনিধিকে স্বাস্থ্যসেবার বাইরে অন্য কোনো বিষয়ে আপনার পক্ষে সিদ্ধান্ত নেয়ার ক্ষমতা দেয় না, যেমন আর্থিক বিষয় সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেয়া। **আমার বয়স কম হলে এবং আমি সুস্থ থাকলে কেন আমার একজন স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি নিযুক্ত করা উচিত?**

আপনি প্রবীণ বা গুরুতর অসুস্থ না হলেও একজন স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি নিযুক্ত করাটা একটা ভালো আইডিয়া। এমনকি আপনি সাময়িকভাবে আপনার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে অক্ষম হলেও (যেমন আপনি জেনারেল অ্যানেসথেসিয়ার অধীনে থাকলে বা দুর্ঘটনার কারণে কোমায় চলে গেলে) একজন স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি আপনার পক্ষে কাজ করতে পারবেন। যখন আপনি আবার আপনার নিজের স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম হয়ে উঠবেন, তারপর থেকে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধিকে আর আপনার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেয়ার অনুমতি দেয়া হবে না।

আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি কিভাবে সিদ্ধান্ত নেবেন?

আপনার প্রতিনিধিকে অবশ্যই আপনার ইচ্ছাগুলো, এবং সেইসাথে আপনার নৈতিক ও ধর্মীয় বিশ্বাসগুলো মেনে চলতে হবে। আপনি আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্লি ফরমে নির্দেশনাগুলো লিখে দিতে পারেন অথবা সেগুলো নিয়ে আপনার প্রতিনিধির সাথে আলোচনা করতে পারেন।

আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি কিভাবে আমার ইচ্ছাগুলো সম্পর্কে জানবেন?

আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধির সাথে আপনার ইচ্ছাগুলো নিয়ে খোলাখুলিভাবে ও অকপটে আলোচনা করলে তিনি আপনার স্বার্থরক্ষার ক্ষেত্রে আরো ভালো একটি অবস্থানে থাকবেন। যদি আপনার প্রতিনিধি আপনার ইচ্ছা বা বিশ্বাসগুলো সম্পর্কে না জানেন, তাহলে আপনার প্রতিনিধি আপনার সর্বোত্তম স্বার্থে কাজ করার জন্য আইনগতভাবে বাধ্য। আপনি যে ব্যক্তিকে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে নিযুক্ত করছেন তার জন্য এটি একটি বড় ধরনের দায়িত্ব হওয়ার কারণে, বিভিন্ন ধরনের পরিস্থিতিতে আপনি কোন ধরনের চিকিৎসাগুলো চাইবেন বা চাইবেন না সেগুলো সম্পর্কে সেই ব্যক্তির সাথে আপনার আলোচনা করা উচিত, যেমনঃ

বহুল জিজ্ঞাসিত প্রশ্নাবলি, ক্রমশঃ

- আপনি স্বাস্থ্যীভাবে কোমায় চলে গেলে লাইফ সাপোর্ট শুরু করা/ চালিয়ে যাওয়া/ অপসারণ করা হোক বলে আপনি চান কিনা;
- আপনি মুমূর্ষু অবস্থায় চলে গেলে চিকিৎসা শুরু করা/ চালিয়ে যাওয়া/ প্রত্যাহার করা হোক বলে আপনি চান কিনা;
- কৃত্রিম পুষ্টি ও পানি সরবরাহ শুরু করা/না করা অথবা চালিয়ে যাওয়া বা প্রত্যাহার করা হোক বলে আপনি চান কিনা এবং কোন ধরনের পরিস্থিতিতে।

আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি কি আমার ইচ্ছাগুলো বা আগে থেকে জানানো চিকিৎসা সম্পর্কিত নির্দেশনাগুলো পাতে দিতে পারবেন?

না। আপনার প্রতিনিধি আপনার ইচ্ছার ভিত্তিতে সিদ্ধান্ত নিতে বাধ্য। যদি আপনি সম্পৃক্তভাবে সুনির্দিষ্ট ইচ্ছা সম্পর্কে জানান, অথবা চিকিৎসা সম্পর্কে সুনির্দিষ্ট নির্দেশনা দিয়ে থাকেন, তাহলে আপনার প্রতিনিধির দায়িত্ব হলো সেই সব ইচ্ছা বা নির্দেশনাগুলো মেনে চলা যদি না তার সরল বিশ্বাসে মনে করার কারণ থাকে যে আপনার ইচ্ছাগুলো বদলে গেছে বা বিদ্যমান পরিস্থিতিতে সেগুলো প্রযোজ্য হবে না।

কে আমার প্রতিনিধির দিকে মনোযোগ দেবে?

সবগুলো হাসপাতাল, নার্সিং হোম, ডাক্তার ও অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধিকে সেই একই তথ্য দিতে বাধ্য থাকবে যেগুলো তারা আপনাকে দিত এবং তারা আপনার প্রতিনিধির সিদ্ধান্তগুলোর প্রতি সম্মান দেখাতে বাধ্য যেন সেই সিদ্ধান্তগুলো আপনি নিজে দিয়েছেন। যদি কোনো হাসপাতাল বা নার্সিং হোম কোনো চিকিৎসার বিকল্পের প্রতি আপত্তি জানায় (যেমন কোনো নির্দিষ্ট চিকিৎসা অপসারণ করা) তাহলে ভর্তির আগে বা ভর্তির সময় তাদের আপনাকে বা আপনার প্রতিনিধিকে অবশ্যই সে সম্পর্কে বলতে হবে, যদি তা যুক্তিসঙ্গতভাবে সম্ভব হয়।

যখন সিদ্ধান্ত নিতেই হবে তখন আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধিকে পাওয়া না গেলে কী ঘটবে?

যখন সিদ্ধান্ত নিতেই হবে তখন আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধিকে পাওয়া না গেলে, অথবা তিনি সিদ্ধান্ত দিতে অক্ষম বা অনিচ্ছুক হলে সিদ্ধান্ত নেয়ার জন্য আপনি একজন বিকল্প প্রতিনিধি নিযুক্ত করতে পারেন। অন্যথায়, স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা আপনার পক্ষে স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেবেন যা আপনি আগে সিদ্ধান্ত দিতে সক্ষম থাকাকালীন সময়ে দেয়া নির্দেশনাগুলোর সাথে সঙ্গতিপূর্ণ হবে। আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফরমে আপনার লিখে দেয়া যে কোনো নির্দেশনা এই সব পরিস্থিতিগুলোতে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদেরকে নির্দেশনা দেবে।

আমি আমার মন বদলালে কী ঘটবে?

আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সি বাতিল করা, আপনি যে ব্যক্তিকে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে বেছে

নিয়েছেন তাকে পরিবর্তন করা অথবা আপনি এই ফরমে যে সব নির্দেশনা বা সীমাবদ্ধতাগুলো যুক্ত করেছেন সেগুলো পরিবর্তন করা সহজ। শুধু একটি নতুন ফরম পূরণ করুন। সেইসাথে, কোনো নির্দিষ্ট তারিখে বা কোনো নির্দিষ্ট ঘটনা ঘটলে আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সির মেয়াদ শেষ হয়ে যাবে বলে আপনি উল্লেখ করতে পারেন। অন্যথায়, হেলথ কেয়ার প্রক্সির মেয়াদ অনির্দিষ্ট সময় পর্যন্ত কার্যকর থাকবে।

যদি আপনি আপনার স্বামী/স্ত্রীকে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি বা বিকল্প প্রতিনিধি হিসেবে বেছে নেন, এবং পরবর্তীতে আপনার তালাক হয়ে যায় বা আপনার আইনগতভাবে বিচ্ছিন্ন হয়ে যান, তাহলে এই নিযুক্তি স্বয়ংক্রিয়ভাবে বাতিল হয়ে যাবে। তবে, যদি আপনি আপনার প্রাক্তন স্বামী/স্ত্রীকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে রাখতে চান, তাহলে আপনি আপনার বর্তমান ফরমে এই বিষয়টি উল্লেখ করতে পারেন এবং উল্লেখের তারিখ লিখতে পারেন অথবা আপনার প্রাক্তন স্বামী/স্ত্রীর নাম উল্লেখ করে নতুন একটি ফরম পূরণ করতে পারেন।

আমার পক্ষে সিদ্ধান্ত নেয়ার জন্য আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধিকে কি আইনগতভাবে দায়ী করা যাবে?

না। সরল বিশ্বাসে আপনার পক্ষে স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত নেয়ার জন্য আপনার প্রতিনিধিকে আইনগতভাবে দায়ী করা যাবে না। সেইসাথে, শুধুমাত্র আপনার প্রতিনিধি হওয়ার কারণে, আপনার পরিচর্যার খরচের জন্য তাকে দায়ী করা যাবে না।

হেলথ কেয়ার প্রক্সি এবং লিভিং উইল কি একই জিনিস?

না। লিভিং উইল হলো একটি ডকুমেন্ট যা স্বাস্থ্যসেবার সিদ্ধান্তগুলো সম্পর্কে সুনির্দিষ্ট নির্দেশনা প্রদান করে। আপনি এই ধরনের নির্দেশনাগুলো আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফরমে উল্লেখ করতে পারেন। আপনার পক্ষে স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত নেয়ার জন্য আপনার আস্থাভাজন কাউকে বেছে নেয়ার জন্য হেলথ কেয়ার প্রক্সি আপনাকে সুযোগ দেয়। লিভিং উইলের সাথে হেলথ কেয়ার প্রক্সির পার্থক্য হলো, উদ্ভূত হতে পারে এমন সবগুলো সিদ্ধান্ত সম্পর্কে আপনার আগে থেকে জেনে রাখা হেলথ কেয়ার প্রক্সির ক্ষেত্রে আবশ্যিক নয়। এর পরিবর্তে, স্বাস্থ্যগত অবস্থার পরিবর্তনের সাথে সাথে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি আপনার ইচ্ছাগুলোকে ব্যাখ্যা করতে পারবেন এবং ভবিষ্যতে নিতে হবে এমন যে সব সিদ্ধান্ত সম্পর্কে আপনি জানতেন না সেগুলো নিতে পারবেন।

আমার হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফরমে স্বাক্ষর করার পর ও আমার কোথায় রাখা উচিত?

আপনার প্রতিনিধি, আপনার ডাক্তার, আপনার অ্যাটর্নি এবং আপনার ইচ্ছা অনুযায়ী পরিবারের অন্য যে কোনো সদস্য বা ঘনিষ্ঠ বন্ধুকে একটি করে কপি দিন। এক কপি

বহুল জিজ্ঞাসিত প্রশ্নাবলি, ক্রমশঃ

একটি কপি আপনার ওয়ালেট বা পার্সে রাখুন অন্যান্য কাগজপত্রের সাথে রাখুন, কিন্তু এমন জায়গায় রাখবেন না যেখানে অন্য কেউ নাগাল পাবে না, যেমন একটি স্বেচ্ছা ডিপোজিট বাক্সে। আপনি হাসপাতালে ভর্তি হলে একটি কপি সাথে করে নিয়ে আসবেন, এমনকি

আমি কি অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলা দান করার ক্ষেত্রে আমার ইচ্ছা জানানোর জন্যে হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফরম ব্যবহার করতে পারি?

হ্যাঁ। হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফরমের অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলা দান করা সম্পর্কিত ঐচ্ছিক অংশটি ব্যবহার করুন এবং দুই জন ব্যক্তিকে এই অংশের সাক্ষী হিসেবে রাখার বিষয়টি নিশ্চিত করুন। অঙ্গ প্রতিস্থাপন, গবেষণা বা শিক্ষামূলক উদ্দেশ্যে আপনার অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলাগুলো ব্যবহার করার বিষয়টি আপনি উল্লেখ করতে পারেন। আপনার ইচ্ছাগুলোর সাথে সম্পর্কিত যে কোনো সীমাবদ্ধতা(গুলো) প্রক্সির এই অংশে উল্লেখ করা উচিত। আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফরমে আপনার ইচ্ছা ও নির্দেশনাগুলো উল্লেখ করতে ব্যর্থ হলে এর অর্থ এই বলে ধরে নেয়া হবে না যে আপনি কোনো অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলা দান করতে চান না।

অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলা দান করা সম্পর্কে আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি কি আমার পক্ষে সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন?

হ্যাঁ। অগাস্ট ২৬, ২০০৯ তারিখ থেকে, আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি আপনার মৃত্যুর পর সিদ্ধান্ত নেয়ার জন্য অনুমোদিত, কিন্তু এই অনুমোদন শুধুমাত্র অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলা দান করার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে। আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধিকে অবশ্যই আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফরমে উল্লিখিতভাবে এই ধরনের সিদ্ধান্তগুলো নিতে হবে।

যদি আমি এখন আমার ইচ্ছাগুলো উল্লেখ করতে না চাই তাহলে দান করার ক্ষেত্রে কে কে অনুমতি দিতে পারবেন?

অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলা দান করার ক্ষেত্রে আপনার ইচ্ছাগুলো আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধিকে, আপনার মৃত্যু-পরবর্তী প্রতিনিধিকে, যদি কাউকে নিযুক্ত করা হয়ে থাকে, এবং আপনার পরিবারের সদস্যদেরকে জানানো গুরুত্বপূর্ণ। যে সব ব্যক্তিরে আপনার পক্ষে অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলা দান করা সম্পর্কে সম্মতি দেয়ার জন্য অনুমোদিত তাদের একটি তালিকা নিউ ইয়র্কের আইনে উল্লেখ করা হয়েছে। অগ্রাধিকার ভিত্তিতে তাদেরকে তালিকাভুক্ত করা হয়েছে: আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি; আপনার মৃত্যু-পরবর্তী প্রতিনিধি; আপনার স্ত্রী, যদি আপনারা আইনসম্মতভাবে আলাদা না হন, বা আপনার জীবনসঙ্গী; ১৮ বছর বা তারচেয়ে বেশি বয়সী একজন পুত্র বা কন্যা; আপনার মা বা বাবা; ১৮ বছর বা তারচেয়ে বেশি বয়সী একজন ভাই বা বোন; অথবা দাতার মৃত্যুর আগে আদালত কর্তৃক নিয়োজিত একজন অভিভাবক।

হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফরম সম্পর্কিত নির্দেশনা

আইটেম (১)

আপনি যে ব্যক্তিকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে মনোনীত করছেন তার নাম, বাড়ির ঠিকানা ও টেলিফোন নম্বর লিখুন।

আইটেম (২)

যদি আপনি একজন বিকল্প প্রতিনিধি নিযুক্ত করতে চান, তাহলে আপনি যাকে আপনার বিকল্প প্রতিনিধি নিযুক্ত করছেন নাম, বাড়ির ঠিকানা ও টেলিফোন নম্বর লিখুন।

আইটেম (৩)

আপনি মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ বা মেয়াদ শেষ হওয়ার জন্য কোনো শর্ত উল্লেখ না করলে হেলথ কেয়ার প্রক্সি অনির্দিষ্ট সময় ধরে কার্যকর থাকবে। এই অংশটি ঐচ্ছিক এবং যদি আপনি আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সির জন্য একটি সময়সীমা নির্ধারণ করতে চান শুধুমাত্র তাহলেই এই অংশটি পূরণ করবেন।

আইটেম (৪)

আপনার প্রতিনিধির জন্য আপনার বিশেষ কোনো নির্দেশনা থাকলে, সেগুলো এখানে লিখুন। সেইসাথে, যদি আপনি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধির কর্তৃত্ব কোনোভাবে সীমিত করে দিতে চান, তাহলে আপনি তা এখানে লিখে দিতে পারেন অথবা সেগুলো নিয়ে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধির সাথে আলোচনা করতে পারেন। যদি আপনি কোনো সীমাবদ্ধতা উল্লেখ না করেন, তাহলে আপনি আপনার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে যে সব সিদ্ধান্ত নিতে পারতেন আপনার প্রতিনিধিকেও সেই সব সিদ্ধান্তগুলো নেয়ার অনুমোদন দেয়া হবে, যাতে জীবন-রক্ষাকারী চিকিৎসাগুলো গ্রহণের বা প্রত্যাখ্যানের প্রতি সম্মতি দেয়ার সিদ্ধান্তও অন্তর্ভুক্ত থাকবে।

যদি আপনি আপনার প্রতিনিধিকে ব্যাপক কর্তৃত্ব দিতে চান, আপনি এই ফরমের উপরেই তা করতে পারেন। শুধু লিখবেন: আমি আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি এবং বিকল্প প্রতিনিধির সাথে আমার ইচ্ছাগুলো নিয়ে আলোচনা করেছি এবং তারা কৃত্রিম পুষ্টি ও পানি সরবরাহ সহ অন্যান্য বিষয়ে আমার ইচ্ছাগুলো সম্পর্কে জানেন।

যদি আপনি আরো সুনির্দিষ্ট নির্দেশনা যোগ করতে চান, তাহলে আপনি বলতে পারেনঃ

যদি আমার অবস্থা মূর্খ হয়ে পড়ে, তাহলে আমি নিচে উল্লিখিত ধরনের চিকিৎসাগুলো নিতে চাই/ চাই না...

যদি আমি কোমায় চলে যাই বা আমার সচেতনতার অনুভূতি খুব কম থাকে, এবং সুস্থ হয়ে ওঠার কোনো আশা না থাকে, তাহলে আমি নিচে উল্লিখিত ধরনের চিকিৎসাগুলো নিতে চাই/ চাই নাঃ...

যদি আমার মস্তিষ্ক ক্ষতিগ্রস্ত হয় বা মস্তিষ্কের কোনো রোগ দেখা দেয় যার ফলে আমি লোকজনকে চিনতে না পারি বা কথা বলতে না পারি এবং আমার অবস্থার উন্নতি যার কোনো আশা না থাকে, তাহলে আমি নিচে উল্লিখিত ধরনের চিকিৎসাগুলো নিতে চাই/ চাই নাঃ...

আমি _____ বিষয়ে আমার ইচ্ছা সম্পর্কে আমার প্রতিনিধির সাথে আলোচনা করেছি এবং আমি চাই আমার প্রতিনিধি এই সব বিষয়ে সবগুলো সিদ্ধান্ত নেবেন।

বিষয়ে আমার ইচ্ছা সম্পর্কে আমার প্রতিনিধির সাথে আলোচনা করেছি এবং আমি চাই আমার প্রতিনিধি এই সব বিষয়ে সবগুলো সিদ্ধান্ত নেবেন।

- কৃত্রিম শ্বাস-প্রশ্বাস
- কৃত্রিম পুষ্টি ও পানি সরবরাহ (ফিডিং টিউবের মাধ্যমে পুষ্টি ও পানি সরবরাহ করা)
- কার্ডিওপ্যালমোনারী রিসাসিটেশন (সিপিআর)
- মনোবৈকল্য-প্রতিরোধক ওষুধ
- বৈদ্যুতিক শক থেরাপি
- এন্টিবায়োটিক
- সার্জিক্যাল প্রক্রিয়া বা অস্ত্রোপচার
- ডায়ালাইসিস
- অঙ্গ প্রতিস্থাপন
- অঙ্গ প্রতিস্থাপন
- গর্ভপাত
- বন্ধ্যাকরণ

আইটেম (৫)

আপনাকে অবশ্যই এই হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফরমে তারিখ দিতে হবে ও স্বাক্ষর করতে হবে। যদি আপনি নিজে স্বাক্ষর করতে না পারেন, তাহলে আপনি আপনার উপস্থিতিতে স্বাক্ষর করার জন্য কাউকে নির্দেশনা দিতে পারেন। আপনার ঠিকানা যোগ করতে ভুলবেন না।

আইটেম (৬)

আপনি অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলা দান করার ক্ষেত্রে আপনার ইচ্ছা বা নির্দেশনাগুলো এই ফরমে উল্লেখ করতে পারেন। আপনার পক্ষে অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলা দান করা সম্পর্কে সম্মতি দেয়ার জন্য অনুমোদিত ব্যক্তিদের অগ্রাধিকার অনুযায়ী একটি তালিকা নিউ ইয়র্কের আইনে উল্লেখ করা হয়েছেঃ আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি, আপনার মৃত্যু-পরবর্তী প্রতিনিধি, আপনার স্ত্রী, যদি আপনারা আইনসম্মতভাবে আলাদা না হন, বা আপনার জীবনসঙ্গী, ১৮ বছর বা তারচেয়ে বেশি বয়সী একজন পুত্র বা কন্যা, আপনার মা বা বাবা, ১৮ বছর বা তারচেয়ে বেশি বয়সী একজন ভাই বা বোন, অথবা দাতার মৃত্যুর আগে আদালত কর্তৃক নিয়োজিত একজন অভিভাবক।

আইটেম (৭)

১৮ বছর বা তারচেয়ে বেশি বয়সী দুইজন সাক্ষীকে অবশ্যই এই হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফরমে স্বাক্ষর করতে হবে। আপনার প্রতিনিধি বা বিকল্প প্রতিনিধি হিসেবে নিযুক্ত ব্যক্তি আপনার হেলথ কেয়ার প্রক্সি ফরমে একজন সাক্ষী হিসেবে স্বাক্ষর করতে পারবেন না।

হেলথ কেয়ার প্রক্সি (স্বাস্থ্যসেবায় প্রতিনিধিত্ব)

(১) আমি, _____
এইমর্মে _____
(নাম, বাড়ির ঠিকানা ও টেলিফোন নম্বর)

-কে আমার পক্ষে আমার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত যে কোনো ও সকল সিদ্ধান্ত গ্রহণ করার জন্য আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে নিযুক্ত করছি, সেই সব ক্ষেত্রে এর ব্যতিক্রম হবে যেগুলো এখানে উল্লেখ করা হয়েছে। এই প্রতিনিধিত্ব কার্যকর হবে শুধুমাত্র যখন এবং যদি আমি আমার নিজের স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে অক্ষম হয়ে পড়ি।

(২) ঐচ্ছিক: বিকল্প প্রতিনিধি

আমি যে ব্যক্তিকে মনোনীত করছি, তিনি আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে কাজ করতে অক্ষম বা অনিচ্ছুক হলে অথবা তাকে পাওয়া না গেলে, আমি এইমর্মে _____
(নাম, বাড়ির ঠিকানা ও টেলিফোন নম্বর)

-কে আমার পক্ষে আমার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত যে কোনো ও সকল সিদ্ধান্ত গ্রহণ করার জন্য আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি হিসেবে নিযুক্ত করছি, সেই সব ক্ষেত্রে এর ব্যতিক্রম হবে যেগুলো এখানে উল্লেখ করা হয়েছে।

(৩) আমি এটা প্রত্যাহার না করলে অথবা মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ উল্লেখ না করলে অথবা কোন কোন পরিস্থিতিতে এর মেয়াদ শেষ হয়ে যাবে তা উল্লেখ না করলে, এই প্রতিনিধিত্বের মেয়াদ অনির্দিষ্টকাল পর্যন্ত কার্যকর থাকবে। (ঐচ্ছিক: যদি আপনি এই প্রতিনিধিত্বের মেয়াদ সীমিত করে দিতে চান, তাহলে তারিখ বা শর্তগুলো এখানে উল্লেখ করুন।) এই প্রতিনিধিত্বের মেয়াদ শেষ হবে (তারিখ বা শর্তগুলো উল্লেখ করুন): _____

(৪) ঐচ্ছিক: ঐচ্ছিক: আমার ইচ্ছা ও সীমাবদ্ধতাগুলোর ভিত্তিতে স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেয়ার জন্য আমি আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধিকে নির্দেশনা দিচ্ছি, যে ইচ্ছা ও সীমাবদ্ধতাগুলো তিনি জানেন বা যেগুলো নিচে উল্লেখ করা হয়েছে। (যদি আপনার পক্ষে আপনার স্বাস্থ্যসেবার সিদ্ধান্তগুলো নেয়ার ক্ষেত্রে আপনি আপনার প্রতিনিধির কর্তৃত্ব সীমিত করে দিতে চান অথবা যদি সুনির্দিষ্ট নির্দেশনা দিতে চান, তাহলে আপনি আপনার ইচ্ছা বা সীমাবদ্ধতাগুলো এখানে উল্লেখ করতে পারেন।) নিচে উল্লিখিত সীমাবদ্ধতা এবং/অথবা নির্দেশনাগুলোর ভিত্তিতে স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেয়ার জন্য আমি আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধিকে দিকনির্দেশনা দিচ্ছি (প্রয়োজন অনুসারে বাড়তি পৃষ্ঠা সংযোজন করুন): _____

কৃত্রিম পুষ্টি ও পানি সরবরাহের (একটি ফিডিং টিউব বা আন্তঃশিরা নলের মাধ্যমে পুষ্টি ও পানি সরবরাহ করা) বিষয়ে আপনার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেয়ার জন্য, আপনার প্রতিনিধিকে অবশ্যই আপনার ইচ্ছাগুলো যুক্তিসঙ্গতভাবে জানতে হবে। আপনি আপনার ইচ্ছাগুলো সম্পর্কে আপনার প্রতিনিধিকে বলতে পারেন অথবা এই অংশে সেগুলো লিখে দিতে পারেন। যদি আপনি কৃত্রিম পুষ্টি ও পানি সরবরাহের ক্ষেত্রে আপনার ইচ্ছাসহ, আপনার অন্যান্য ইচ্ছাগুলো এই ফরমে লিখে দিতে চান তাহলে আপনি ব্যবহার করতে পারেন এমন সহজ নমুনা ভাষার জন্য নির্দেশনাগুলো দেখুন।

(৫) আপনার পরিচয় (অনুগ্রহ করে স্পষ্টাক্ষরে লিখুন)

আপনার নাম _____

আপনার স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

আপনার ঠিকানা _____

(৬) ঐচ্ছিক: অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলা দান করা

আমি এইমর্মে একটি অঙ্গ উপহার দিয়ে যেতে চাই, যা আমার মৃত্যুর পরে কার্যকর হবে:
(প্রয়োজ্য যে কোনোটিতে টিকচিহ্ন দিন)

প্রয়োজনীয় যে কোনো অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলা

নিচে উল্লিখিত অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলা _____

সীমাবদ্ধতাসমূহ _____

যদি আপনি অঙ্গ এবং/অথবা কোষকলা দান করা সম্পর্কে আপনার ইচ্ছা বা নির্দেশনাগুলো এই ফরমে উল্লেখ না করেন, তাহলে এর মানে এই বলে ধরে নেয়া হবে না যে, আপনি দান করতে চান না অথবা আপনার পক্ষে দান করতে সম্মতি দেয়ার জন্য আইন অনুযায়ী অনুমোদিত একজন ব্যক্তিকে দান করার বিষয়ে সম্মতি দিতে বাধা দিতে চান।

আপনার স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

(৭) সাক্ষীর বিবৃতি (সাক্ষীর বয়স অবশ্যই ১৮ বছর বা তারচেয়ে বেশি হতে হবে এবং স্বাস্থ্যসেবা প্রতিনিধি বা বিকল্প প্রতিনিধি সাক্ষী হতে পারবেন না।)

আমি ঘোষণা করছি যে এই ডকুমেন্টে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তি আমার সাথে ব্যক্তিগতভাবে পরিচিত এবং তিনি সুস্থ মস্তিষ্কে আছেন ও তার নিজের স্বাধীন ইচ্ছা অনুযায়ী কাজ করছেন বলেই মনে হচ্ছে। তিনি আমার উপস্থিতিতে এই ডকুমেন্টে স্বাক্ষর করেছেন (বা তার পক্ষে স্বাক্ষর করার জন্য আরেকজনকে বলেছেন)।

তারিখ _____ তারিখ _____

১ নং সাক্ষীর নাম _____ ২ নং সাক্ষীর নাম _____
(স্পষ্টাক্ষরে লিখুন) (স্পষ্টাক্ষরে লিখুন)

স্বাক্ষর _____ স্বাক্ষর _____

ঠিকানা _____ ঠিকানা _____

