



पश्चिमी ऑस्ट्रेलिया में अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के लिए मार्गदर्शिका



पाठकों को चेतावनी दी जाती है कि इस दस्तावेज़ में प्रकाशन के समय से मृत लोगों के चित्र हो सकते हैं।

© स्वास्थ्य विभाग, पश्चिमी ऑस्ट्रेलिया राज्य (2022)

इस दस्तावेज़ की सभी जानकारी और सामग्रियां कॉपीराइट द्वारा सुरक्षित हैं। कॉपीराइट पश्चिमी ऑस्ट्रेलिया राज्य के पास है। कॉपीराइट अधिनियम 1968 (Cth) द्वारा अनुमत किसी भी उपयोग के अलावा, इस दस्तावेज़ की जानकारी को एंड-ऑफ-लाइफ़ केयर प्रोग्राम, पश्चिमी ऑस्ट्रेलिया के स्वास्थ्य विभाग की स्पष्ट अनुमति के बिना, किसी भी सामग्री में प्रकाशित या पुनः प्रस्तुत नहीं किया जा सकता है।

सुझाया गया उद्धरण

स्वास्थ्य विभाग, पश्चिमी ऑस्ट्रेलिया। *पश्चिमी ऑस्ट्रेलिया में अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के लिए मार्गदर्शिका।* पर्थ: एंड-ऑफ-लाइफ़ केयर प्रोग्राम, स्वास्थ्य विभाग, पश्चिमी ऑस्ट्रेलिया; 2022।

महत्वपूर्ण अस्वीकरण

इस मार्गदर्शिका का उद्देश्य पश्चिमी ऑस्ट्रेलिया में अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के लिए अवलोकन प्रदान करना है। यह आगे की जानकारी और संसाधनों के लिए लिंक प्रदान करती है। इसका कानूनी या अन्य पेशेवर सलाह के विकल्प के रूप में भरोसा नहीं किया जाना चाहिए। कानूनी या अन्य पेशेवर आदान की आवश्यकता वाले विशिष्ट मामलों के लिए स्वतंत्र सलाह माँगी जानी चाहिए।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देशों के बारे में और अधिक जानकारी यहाँ से उपलब्ध है:

स्वास्थ्य विभाग

फोन: 9222 2300

ईमेल: acp@health.wa.gov.au

वेबसाइट: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning



दुभाषिया सेवा

यदि आपको अपनी भाषा में किसी स्वास्थ्य सेवा से बात करने के लिए सहायता की आवश्यकता हो तो कृपया दुभाषिए के लिए कहें।

विषय-सूची

इस मार्गदर्शिका का उपयोग कैसे करें 2

अनुभाग 1: अग्रिम स्वास्थ्य निर्देशों के बारे में 3

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश क्या है? 3

यदि आप स्वयं निर्णयों को लेने या बताने की क्षमता खो देते/देती हैं, तो आपके उपचार और देखभाल के बारे में निर्णयों को कौन लेगा? 4

अनुभाग 2: चरण-दर-चरण मार्गदर्शन 6

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के भाग 6

भाग 1: मेरा व्यक्तिगत विवरण 6

भाग 2: मेरा स्वास्थ्य 7

भाग 3: मेरे मूल्य और प्राथमिकताएं 8

भाग 4: मेरे अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश उपचार निर्णय 12

भाग 5: जिन लोगों ने मेरे अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को पूरा करने में मेरी सहायता की 18

भाग 6: हस्ताक्षर और गवाही 20

अनुभाग 3: उपयोगी जानकारी 22

बार बार पूछे जाने वाले प्रश्न 22

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के लिए जाँचसूची 30

और अधिक जानकारी के लिए कहाँ जाएं 31

सामान्य शब्दावली 33

पूर्ण अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का उदाहरण 36

इस मार्गदर्शिका का उपयोग कैसे करें

यह मार्गदर्शिका आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को तैयार करने और पूरा करने में आपकी सहायता करने के लिए जानकारी प्रदान करती है।

आपको लग सकता है कि आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को पूरा करने में समय लगता है। आपको इसे एक बार में पूरा करने की जरूरत नहीं है। आप इसे भागों में पूरा कर सकते/सकती हैं।

अनुभाग 1: अग्रिम स्वास्थ्य निर्देशों के बारे में

यह खंड बताता है कि अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश क्या है। यह बताता है कि यह सहायक क्यों है, आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का उपयोग कैसे किया जाएगा, और यदि आप अपने निर्णयों को लेने या बताने की क्षमता खो देते/देती हैं तो आपके लिए निर्णयों को कौन लेगा।

अनुभाग 2: चरण-दर-चरण मार्गदर्शन

यह खंड आपकी मदद करने के लिए उदाहरणों सहित अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के लिए चरण-दर-चरण मार्गदर्शन प्रदान करता है।

अनुभाग 3: उपयोगी जानकारी

यह खंड आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को तैयार करने, पूरा करने और संग्रहीत करने के लिए एक चेकलिस्ट प्रदान करता है। यह अग्रिम स्वास्थ्य निर्देशों में प्रयुक्त शब्दों की व्याख्या करता है और [अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्नों](#) के उत्तर प्रदान करता है। और अधिक जानकारी के लिए कहाँ जाना है, यह इसके लिए लिंक भी प्रदान करता है।

पूर्ण अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश और रिक्त अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का एक उदाहरण

इस मार्गदर्शिका के अंत में एक पूर्ण अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का उदाहरण है। इस मार्गदर्शिका के साथ इंसर्ट के रूप में एक रिक्त अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश दिया गया है।

आप अपना अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पूरा करते समय उदाहरण में दिए भरे हुए फॉर्म को रेफर कर सकते/सकती हैं।

आप अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को पूरा करने के लिए सहायता माँग सकते/सकती हैं। [अनुभाग 3: उपयोगी जानकारी](#) में सहायता के लिए कैसे और कहाँ जाना है, इस बारे में जानकारी शामिल है।



अनुभाग 1: अग्रिम स्वास्थ्य निर्देशों के बारे में

यह खंड बताता है कि अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश क्या है। यह बताता है कि यह सहायक क्यों है, आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का उपयोग कैसे किया जाएगा, और यदि आप निर्णयों को लेने या अपने निर्णयों को बताने की क्षमता खो देते/देती हैं तो आपके लिए निर्णयों को कौन लेगा।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश क्या है?

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश एक **कानूनी** दस्तावेज है जो आपको अभी उस उपचार और देखभाल के बारे में निर्णयों को लेने में सक्षम बनाता है जिसे आप भविष्य में प्राप्त करना या नहीं करना चाहते/चाहती हैं।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का उपयोग **केवल तभी किया जाएगा** जब आप गंभीर रूप से अस्वस्थ या घायल हो जाते/जाती हैं और आप निर्णयों को लेने या अपनी इच्छाओं को बताने में असमर्थ होते/होती हैं। अगर ऐसा होता है, तो आपका अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश आपकी आवाज बन जाता है। यदि आपको अपना अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बदलने की आवश्यकता है, तो आपको अपने वर्तमान अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को निरस्त (या रद्द) करना चाहिए और नया बनाना चाहिए।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पश्चिमी ऑस्ट्रेलिया (डब्ल्यूए) में उपलब्ध उन दस्तावेजों में से एक है जिसे अग्रिम देखभाल योजना प्रक्रिया के भाग के रूप में पूरा किया जा सकता है।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश होने से आपके प्रियजनों और स्वास्थ्य पेशेवरों को यह समझने में सहायता मिलती है कि आपके स्वास्थ्य और स्वास्थ्य देखभाल के मामले में आपके लिए महत्वपूर्ण क्या है।

इस बात की अनुशंसा की जाती है कि अपने विचारों को एकत्र करने में सहायता के लिए आप अपने परिवार, देखभालकर्ता, किसी करीबी दोस्त, सामान्य चिकित्सक या अन्य स्वास्थ्य पेशेवरों से बात करें।

अन्य संसाधन जो आपको उपयोगी लग सकते हैं, उनमें शामिल हैं:

- MyValues वेबसाइट – myvalues.org.au
- डब्ल्यूए स्वास्थ्य विभाग अग्रिम देखभाल योजना वेबसाइट - healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

अनुभाग 3 में [अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न](#) देखें: अग्रिम स्वास्थ्य निर्देशों और अग्रिम देखभाल योजना के बारे में और अधिक जानकारी के लिए उपयोगी जानकारी।

अपने भविष्य के स्वास्थ्य और जीवन के अंत की इच्छाओं के बारे में सोचना और बात करना कठिन हो सकता है। यदि आपको इसके लिए समर्थन की आवश्यकता हो तो सहायता माँगें।

यदि आप गंभीर रूप से बीमार या घायल हो जाते/जाती हैं और निर्णयों को लेने में सक्षम नहीं होते/होती हैं, तो अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश लोगों को आपकी स्वास्थ्य देखभाल और उपचार के बारे में आपके मूल्यों और प्राथमिकताओं को बताने का एक महत्वपूर्ण तरीका है।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाना स्वैच्छिक है।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश कौन बना सकता है?

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के लिए, आपकी आयु **18 वर्ष या उससे अधिक** होनी चाहिए और अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाते समय आपके पास **पूर्ण कानूनी क्षमता** होनी चाहिए।

इसका मतलब है कि आप:

- अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में निर्णयों को लेने में सहायता करने के लिए आपको दी गई किसी भी जानकारी या सलाह को समझें
- अपने भविष्य के उपचार और देखभाल पर अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में आपके द्वारा लिए गए निर्णयों के संभावित प्रभावों को समझें
- अपने भविष्य के उपचार और देखभाल के बारे में आपके निर्णयों के संभावित पक्ष और विपक्ष का आकलन करने में सक्षम हैं
- किसी तरह से अपने भविष्य के उपचार और स्वास्थ्य देखभाल के बारे में अपने निर्णयों को बताने में सक्षम हैं।

वयस्कों को तब तक क्षमता वाला माना जाता है जब तक कि वे स्वयं को इसके विपरीत न दिखाएं। यदि आपको एक वैध अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने की अपनी वर्तमान क्षमता के बारे में कोई संदेह है, तो अपने डॉक्टर से मूल्यांकन के लिए कहें। अगर आप इस बात से चिंतित हैं कि भविष्य में निर्णयों को लेने की आपकी क्षमता सवालों के घेरे में आ सकती है, तो आप अपने डॉक्टर से यह भी पूछ सकते/सकती हैं।

यदि आप स्वयं निर्णयों को लेने या बताने की क्षमता खो देते/देती हैं तो आपके उपचार और देखभाल के बारे में निर्णयों को कौन लेगा?

यदि आप अपने उपचार और देखभाल के बारे में निर्णयों को लेने या बताने में असमर्थ हो जाते/जाती हैं, तो स्वास्थ्य पेशेवरों को आपके लिए उपचार संबंधी निर्णयों को लेते समय उपचार के लिए निर्णय लेने वालों का पदानुक्रम का पालन करना चाहिए।

अगले पृष्ठ पर दिखाया गया उपचार के लिए निर्णय लेने वालों का पदानुक्रम, निर्णय लेने वालों के अनुक्रम की व्याख्या करता है, जिसका स्वास्थ्य पेशेवरों को आपके उपचार के लिए निर्णय लेने के दौरान पालन करना चाहिए। अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश वह पहला स्थान है जहां एक स्वास्थ्य पेशेवर आपकी भविष्य की देखभाल के बारे में निर्णयों को लेने में सहायता के लिए जाएगा।

यदि मैं अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश नहीं बनाता/बनाती तो क्या होगा?

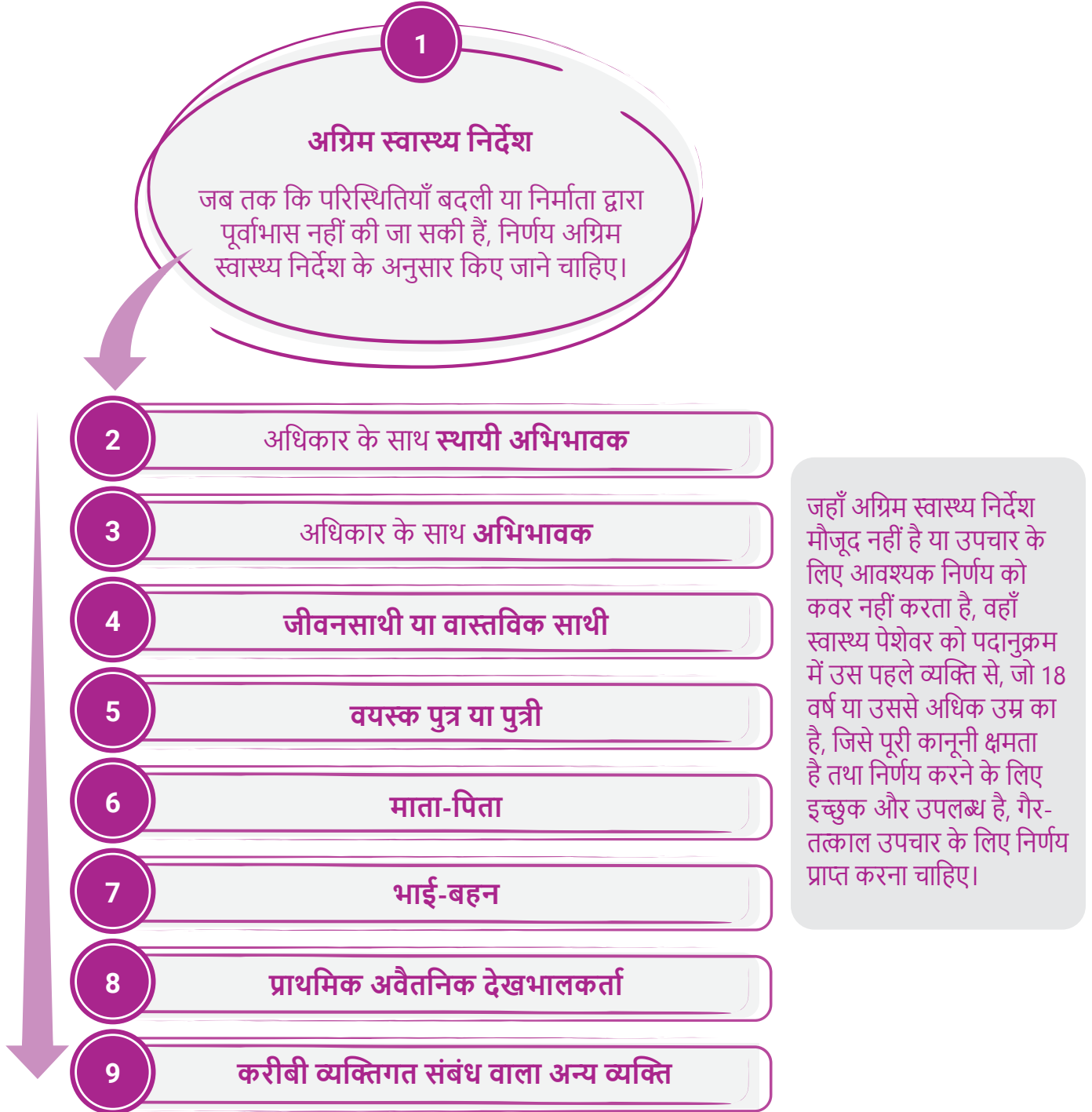
यदि आप अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश नहीं बनाते/बनाती हैं, तो स्वास्थ्य पेशेवर को पदानुक्रम में सूचीबद्ध उस पहले व्यक्ति के पास जाना चाहिए, जो 18 वर्ष या उससे अधिक उम्र का है, जिसे पूरी कानूनी क्षमता है तथा उपचार के निर्णय करने के लिए उपलब्ध और इच्छुक है।

यदि पहला व्यक्ति निर्णय करने के लिए उपलब्ध और इच्छुक नहीं है, तो स्वास्थ्य पेशेवर पदानुक्रम में अगले व्यक्ति के पास जा सकता है, इत्यादि।

उपचार के लिए निर्णय लेने वालों का पदानुक्रम क्या है?

उपचार के लिए निर्णय लेने वालों के पदानुक्रम का उपयोग स्वास्थ्य पेशेवरों द्वारा केवल तब किया जाता है, जब आप अपनी स्वास्थ्य देखभाल के बारे में निर्णयों को लेने और/या बताने की क्षमता खो देते/देती हैं।

उपचार के लिए निर्णय लेने वालों का पदानुक्रम



अगर आपने स्थायी अभिभावक नियुक्त कर भी लिया है, तब भी आप उन विशेष उपचारों के बारे में, जिनके बारे में आप दृढ़ता से महसूस करते/करती हैं, अपनी प्राथमिकताओं को बताने के लिए अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाना चुन सकते/सकती हैं।

अनुभाग 3 में [अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न](#) देखें: स्थायी अभिभावकों के बारे में और अधिक जानकारी के लिए उपयोगी जानकारी।

अनुभाग 2: चरण-दर-चरण मार्गदर्शन

यह खंड आपकी मदद करने के लिए उदाहरणों सहित, अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के लिए चरण-दर-चरण मार्गदर्शन प्रदान करता है।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के भाग

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के मान्य होने के लिए, आपको 1, 4 और 6 भागों को पूरा करना होगा।

भाग 1 वह है जहाँ आप अपने व्यक्तिगत विवरणों को लिखते हैं। आपको भाग 1 पूरा करना होगा।

भाग 2 वह है जहाँ आप अपनी किन्हीं भी प्रमुख स्वास्थ्य स्थितियों को लिखते हैं।

भाग 3 वह है जहाँ आप लिखते हैं कि आपके लिए क्या महत्वपूर्ण है और आपके भविष्य की देखभाल के बारे में आपके मूल्य तथा इच्छाएँ क्या हैं।

भाग 4 में आप यह लिखते हैं कि आप भविष्य में कौन से उपचार और देखभाल (चिकित्सा अनुसंधान गतिविधियों सहित) प्राप्त करना या नहीं करना चाहते/चाहती हैं। वैध अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के लिए आपको भाग 4 में उपचार के कम से कम एक निर्णय को शामिल करना चाहिए।

भाग 5 में आप उन लोगों के विवरण लिखते हैं, जिन्होंने आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को पूरा करने में आपकी सहायता की है।

भाग 6 में आप अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर करते/करती हैं। आपको भाग 6 को पूरा करना होगा और आपके हस्ताक्षर के साक्ष्य अवश्य होने चाहिए (भाग 6 में साक्षी आवश्यकताओं के बारे में विवरण दिए गए हैं)।

भाग 1: मेरे व्यक्तिगत विवरण

आपको अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के इस भाग को पूरा करना होगा।

आपको भरना होगा:

- अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने की तरीख
- आपका पूरा नाम, जन्मतिथि और पता ताकि आपकी पहचान की जा सके।

आपके लिए अपना फोन नंबर और ईमेल पता शामिल करना **वैकल्पिक** है। इस बात की सिफारिश की जाती है कि आप इनमें से कम से कम एक को शामिल करें ताकि आवश्यकता पड़ने पर आपसे संपर्क किया जा सके।

यदि भविष्य में आपका पता, फोन नंबर या ईमेल बदल जाता है, तो भी आपका अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश मान्य रहेगा।

अनुभाग 3 में **अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न** देखें: अपने संपर्क विवरण बदलने के बारे में और अधिक जानकारी के लिए उपयोगी जानकारी।



भाग 2: मेरा स्वास्थ्य

आप भाग 2 में कुछ प्रश्नों को पूरा करना, सभी प्रश्नों को पूरा करना, या किसी भी प्रश्न को पूरा नहीं करना चुन सकते/सकती हैं। ऐसे किन्हीं भी प्रश्नों को काट दें जिन्हें आप पूरा नहीं करना चाहते/चाहती हैं।

आप किन्हीं भी प्रमुख स्वास्थ्य स्थितियों और चिंताओं को सूचीबद्ध करने के लिए भाग 2 का उपयोग कर सकते/सकती हैं। आप अपने स्वास्थ्य के बारे में बात करते समय उन चीजों को, जो आपके लिए महत्वपूर्ण हैं, लिखने के लिए भी भाग 2 का उपयोग कर सकते/सकती हैं।

2.1 मेरी प्रमुख स्वास्थ्य स्थितियां

भाग 2.1 में आप अपनी किन्हीं मौजूदा प्रमुख स्वास्थ्य स्थितियों का विवरण लिख सकते/सकती हैं। आप शारीरिक और/या मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों को शामिल कर सकते/सकती हैं। आप किन्हीं भी महत्वपूर्ण स्वास्थ्य समस्याओं को, जो आपको अतीत में हुई हैं, भी शामिल कर सकते/सकती हैं।

उदाहरण

- 6 साल पहले मेरा आंत्र कैंसर का निदान हुआ था। मेरी सर्जरी और कीमोथेरेपी हुई थी। मैं अब ठीक हूँ लेकिन मुझे बताया गया है कि भविष्य में आंत्र कैंसर के वापस आने की संभावना है।
- मेरी 5 साल पहले कार दुर्घटना हुई थी। मुझे अभी भी पुरानी पीठ दर्द है। मुझे बताया गया है कि मेरी पीठ के दर्द के ठीक होने की संभावना नहीं है।
- मेरा हाल ही में मोटर न्यूरोन रोग का निदान हुआ है। मुझे बताया गया है कि मेरा स्वास्थ्य जल्दी खराब होने की संभावना है। स्नान करने और कपड़े पहनने जैसे दैनिक कार्यों में मुझे जल्द ही बहुत सहायता की आवश्यकता होगी।

2.2 मेरे साथ मेरे स्वास्थ्य के बारे में बात करते समय, ये बातें मेरे लिए महत्वपूर्ण हैं

भाग 2.2 में आप यह लिख सकते/सकती हैं कि स्वास्थ्य पेशेवरों से अपने स्वास्थ्य के बारे में बात करते समय आपके लिए क्या महत्वपूर्ण है। इसमें, निर्णयों को लेने से पहले आपको दी जाने वाली जानकारी की मात्रा, जितना आप चाहते/चाहती हैं, शामिल है। इसमें आपके इलाज के विकल्पों और देखभाल के बारे में स्वास्थ्य पेशेवरों के साथ बात करते समय, आपके परिवार के किन्हीं भी सदस्यों/दोस्तों, जिन्हें आप अपने साथ रखना चाहते/चाहती हैं, के विवरण भी शामिल हैं।

ट्रिश की कहानी

ट्रिश (65 वर्ष) को अभी-अभी चरण 4 स्तन कैंसर का पता चला है। अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में, ट्रिश ने उल्लेख किया है कि उसकी करीबी दोस्त केय (एक नर्स), उसके सभी चिकित्सा परामर्शों में भाग ले, क्योंकि केय जानती है कि किस तरह से ट्रिश को, जिससे वह समझ सके, जानकारी को समझाना सबसे अच्छा है।

उदाहरण

- मुझे अपनी स्वास्थ्य स्थितियों और उपचार विकल्पों के बारे में बहुत सारी जानकारी प्राप्त करना पसंद है, ताकि मैं अपने विकल्पों और मेरे साथ क्या हो सकता है, को पूरी तरह से समझ सकूँ।
- अंग्रेजी मेरी दूसरी भाषा है। मैं अपने जीपी और विशेषज्ञों के साथ परामर्शों के दौरान अपने बेटे या बेटी को अपने साथ रखना पसंद करता/करती हूँ।

नोट: यदि कोई ऐसा व्यक्ति है जिसे आप अच्छी तरह से जानते/जानती हैं और आपके लिए निर्णयों को लेने के लिए उस पर विश्वास करते/करती हैं, तो आप स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप भी बनाना चाह सकते/सकती हैं। अनुभाग 3 में [अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न](#) देखें: स्थायी अभिभावक की नियुक्ति के बारे में और अधिक जानकारी के लिए उपयोगी जानकारी।

भाग 3: मेरे मूल्य और प्राथमिकताएं

आप भाग 3 में कुछ प्रश्नों को पूरा करना, सभी प्रश्नों को पूरा करना, या किसी भी प्रश्न को पूरा नहीं करना चुन सकते/सकती हैं। ऐसे किन्हीं भी प्रश्नों को काट दें जिन्हें आप पूरा नहीं करना चाहते/चाहती हैं।

आप भाग 3 का उपयोग उन चीजों को लिखने के लिए कर सकते/सकती हैं जो आपके स्वास्थ्य और स्वास्थ्य देखभाल के बारे में आपके लिए सबसे महत्वपूर्ण हैं। आप उन चीजों को शामिल कर सकते/सकती हैं जो आपको आपके भविष्य के स्वास्थ्य के बारे में चिंतित करती हैं। यह आपके करीबी लोगों और आपकी स्वास्थ्य देखभाल में शामिल स्वास्थ्य पेशेवरों को यह जानने देगा कि यदि आप निर्णयों को लेने या बताने में असमर्थ हो जाते/जाती हैं तो आपके लिए क्या महत्वपूर्ण है।

आपके भविष्य के स्वास्थ्य के लिए क्या महत्वपूर्ण है और आपके जीवन के अंत के लिए आपकी इच्छाओं के बारे में सोचना और बात करना कठिन हो सकता है। फॉर्म के इस भाग को भरने के दौरान यदि आपको समर्थन की आवश्यकता हो तो सहायता मांगें।

3.1 ये चीजें मेरे लिए महत्वपूर्ण हैं

भाग 3.1 आपसे यह वर्णन करने के लिए कहता है कि आपके लिए 'अच्छी तरह से रहना' का क्या अर्थ है। उदाहरण के लिए, यदि आप बीमार हो जाते/जाती हैं और अभी जैसे रहते/रहती हैं जैसे नहीं रह सकते/सकती तो आपको सबसे ज्यादा क्या याद आएगा।

फॉर्म के इस भाग में उन चीजों की सूची शामिल है जो आपके लिए महत्वपूर्ण हो सकती हैं। आप अपने पर लागू होने वाले सभी बॉक्सों पर सही का निशान लगा सकते/सकती हैं। आप उन गतिविधियों, रुचियों या शौकों को भी लिख सकते/सकती हैं जो आपके लिए महत्वपूर्ण हैं।

उदाहरण

- परिवार और दोस्तों के साथ समय बिताना मेरे लिए महत्वपूर्ण है।
- मेरी बेटी का अकसर मुझे मिलने आना मेरे लिए बहुत महत्वपूर्ण है।
- मेरे पालतू जानवर मेरे पास होना या कम से कम उन्हें नियमित रूप से देखने में सक्षम होना मेरे लिए महत्वपूर्ण है।
- मैं अपने पूरे जीवन में समलैंगिक-स्त्री समुदाय का हिस्सा रही हूँ और चाहती हूँ कि यह संबंध जारी रहे।
- मैं चीनी हूँ और कैंटोनीज़ बोलने वाले लोगों के साथ समय बिताना पसंद करता/करती हूँ।

रीटा की कहानी

रीटा (87 वर्ष) अपने दोस्तों से मिलने, हवत्स्का की अपनी मूल भाषा में बात करने और अपने गृह देश के पारंपरिक खेल खेलने के लिए नियमित रूप से अपने क्रोएशियाई क्लब जाती हैं। रीटा ने अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में लिखा है कि अगर वह बोलने या आसानी से चलने में असमर्थ हो जाती है तो वह क्लब नहीं जाना चाहती।

3.2 जब मैं अपने भविष्य के स्वास्थ्य के बारे में सोचता/सोचती हूँ तो ये चीजें मुझे चिंतित करती हैं

भाग 3.2 आपको यह वर्णन करने के लिए कहता है कि आपके भविष्य के स्वास्थ्य और स्वास्थ्य देखभाल के बारे में आपको क्या चिंतित करता है। उदाहरण के लिए, बीमारी या चोट के कोई भी स्थायी परिणाम जो आपको स्वीकार्य नहीं होंगे।

यदि आप भविष्य में अस्वस्थ या घायल हो जाते/जाती हैं, तो उपचार और देखभाल से आपको बेहतर होने में मदद मिल सकती है और आपका स्वास्थ्य आपके बीमार होने से पहले की स्थिति में वापस आ सकता है। हालाँकि, यह संभव है कि, आपकी बीमारी या चोट के आधार पर, उपचार और देखभाल से केवल थोड़ी ही मदद मिलेगी और हो सकता है कि आप पहले की तरह जीने में सक्षम न हों।

उदाहरण

- मुझे लगातार दर्द में रहने की चिंता है।
- मुझे चिंता है कि मैं अपने परिवार और दोस्तों से बात करने या उनके द्वारा मुझे समझने, में सक्षम नहीं हो सकता/सकती।
- अगर मैं स्वतंत्र रूप से जीने में असमर्थ हो जाऊँ तो मुझे दुख होगा।
- अगर मैं अपना पेट भरने में असमर्थ हो जाता/जाती हूँ तो मुझे यह अस्वीकार्य लगेगा।
- अगर मैं अपने परिवार और दोस्तों को नहीं पहचान पाता तो मुझे बहुत मुश्किल होती है।

निकोल की कहानी

निकोल (43 वर्ष) को हाल ही में पार्किंसंस रोग का पता चला है। अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में उसने लिखा है कि अगर वह स्थायी रूप से खुद को खिलाने में असमर्थ हो जाए तो उसे यह अस्वीकार्य लगेगा। निकोल चाहती है कि उसके परिवार को पता चले कि उसके लिए क्या महत्वपूर्ण है क्योंकि अगर बीमारी के कारण वह अपने हाथों और शरीर के अन्य अंगों पर नियंत्रण खो देती है तो वे उसकी देखभाल करेंगे।



3.3 जब मैं मृत्यु के करीब होऊं, तो मैं यहाँ होना चाहता/चाहती हूँ

भाग 3.3 आपको यह वर्णन करने के लिए कहता है कि जब आप मृत्यु के करीब हों तो आप अपने अंतिम दिन या सप्ताह कहाँ बिताना चाहेंगे/चाहेंगी।

फॉर्म के इस भाग में 4 विकल्प दिए गए हैं। आप केवल एक विकल्प चुन सकते/सकती हैं। आप दिए गए बॉक्स में अपने द्वारा चुने गए विकल्प के बारे में और अधिक विवरण शामिल कर सकते/सकती हैं।

उदाहरण:

- प्रकृति में रहना मेरे लिए महत्वपूर्ण है। मैं ऐसी जगह रहना चाहूंगा/चाहूंगी जहाँ फूलों वाला बगीचा हो या समुद्र तट के पास।
- परिवार और दोस्त मेरे जीवन का इतना बड़ा हिस्सा हैं। मैं यथासंभव लंबे समय तक उनके पास रहना पसंद करूंगा/करूंगी ताकि वे आसानी से और नियमित रूप से मुझसे मिल सकें।
- मेरी पहचान समलैंगिक-पुरुष के रूप में है और मेरे लिए यह महत्वपूर्ण है कि मैं ऐसी जगह पर रहूँ जहाँ मेरी पहचान को स्वीकार किया जाए और उसका सम्मान किया जाए।

रेमंड की कहानी

रेमंड (95 वर्ष) अपने जीवन के अंतिम 5 वर्षों में आवासीय वृद्ध देखभाल में रहे। सुविधा उनके लिए घर बन गई। रेमंड के पास अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश था। उसने लिखा कि वह जहाँ रहता है वहीं मरना चाहता है, तथा उसके पास उसका परिवार हो। रेमंड का स्वास्थ्य जल्दी खराब हो गया। उनके स्वास्थ्य पेशेवरों ने उनके जीवन के अंतिम सप्ताहों में उनकी देखभाल का मार्गदर्शन करने के लिए उनके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का उपयोग किया। वृद्ध देखभाल सुविधा में अपने परिवार से घिरे हुए, उनकी मृत्यु शांति से हो गई।



3.4 जब मैं मृत्यु के करीब होऊं, तो ये चीजें मेरे लिए महत्वपूर्ण हैं

भाग 3.4 आपको यह लिखने के लिए कहता है कि जब आप मृत्यु के करीब हों तो आपको सुकून क्या देगा और आप अपने आस-पास किसे पाना चाहेंगे/चाहेंगी। अपने जीवन के अंत के लिए अपनी इच्छाओं के बारे में सोचना मुश्किल हो सकता है। इस बारे में सोचें कि इस समय आपके लिए सबसे महत्वपूर्ण क्या होगा। आप इस बारे में सोचना चाह सकते/सकती हैं कि आपके लिए कौन सी आध्यात्मिक, धार्मिक या सांस्कृतिक परंपराएं महत्वपूर्ण हैं या इस बारे में कि आपको किस चीज से आराम या शांति की अनुभूति होने की संभावना है।

आप अपने पर लागू होने वाले सभी बॉक्सों पर सही का निशान लगा सकते/सकती हैं। आप दिए गए बॉक्सों में और अधिक विवरण शामिल कर सकते/सकती हैं।

उदाहरण:

- मैं एक आदिवासी बुजुर्ग हूं। यह महत्वपूर्ण है कि मेरा परिवार और समुदाय मेरी मृत्यु से पहले, उसके दौरान और बाद में मेरी संस्कृति की पवित्र और प्रथागत प्रथाओं को अंजाम दे सके।
- जब मैं मर रहा/रही होऊं, तो मैं चाहता/चाहती हूं कि मेरे कमरे में हल्की रोशनी हो और ध्यानपूर्ण संगीत बज रहा हो। यह ऐसा वातावरण है जो मुझे सुकून देने वाला लगता है।
- जब मैं मर रहा/रही होऊं, तो मैं तब तक अस्पताल नहीं जाना चाहता/चाहती, जब तक कि मेरे आराम और गरिमा को घर पर नहीं रखा जा सकता है।
- मैं हिंदू हूं और मैं चाहता/चाहती हूं कि मेरा विस्तृत परिवार मेरे आसपास हो ताकि वे कई सारे पारंपरिक अनुष्ठान कर सकें।

आंटी की कहानी

आंटी (64 वर्ष) को कई वर्षों से मधुमेह जैसी स्वास्थ्य समस्याएं हैं। उनके लोग तुर्की क्रीक में रहते हैं। यदि वह बहुत बीमार हो जाती है, तो वह चाहती है कि उनकी बेटी कैरोल, यदि वह यात्रा करने में सक्षम है और यदि यह उसके परिवार पर बहुत अधिक बोझ नहीं है, उन्हें अपने देश वापस ले जाए। इसे अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में लिखने से उन्हें यह मानसिक शांति मिलती है कि उनकी इच्छाएँ स्पष्ट हैं।



भाग 4: अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के मेरे उपचार निर्णय

वैध अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के लिए आपको भाग 4 में कम से कम एक उपचार निर्णय लेना चाहिए। उन हिस्सों को काट दें जिन्हें आप पूरा नहीं करना चाहते/चाहती हैं।

आप भविष्य के उपचारों के बारे में, जो आप करना या नहीं करना चाहते/चाहती हैं, निर्णयों को लेने के लिए भाग 4 का उपयोग कर सकते/सकती हैं। इसमें वे उपचार या हस्तक्षेप शामिल हैं जिनका उपयोग आपको जीवित रखने के लिए किया जा सकता है। इन्हें 'जीवन-निर्वाह उपचार' कहा जाता है। आप इस बारे में भी निर्णयों को ले सकते/सकती हैं कि आप भविष्य में चिकित्सा अनुसंधान में भाग लेना चाहते/चाहती हैं या नहीं। स्वास्थ्य पेशेवरों को भाग 4 में आपके द्वारा सूचीबद्ध निर्णयों का पालन करना चाहिए।

उपचार कोई भी चिकित्सा या शल्य चिकित्सा इलाज है, जिसमें उपशामक देखभाल और जीवन-निर्वाह उपाय, दंत चिकित्सा उपचार, या अन्य स्वास्थ्य देखभाल शामिल हैं।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में उपचार निर्णय किसी भी उपचार को शुरू करने या जारी रखने के लिए सहमति या सहमति से इनकार करने का निर्णय है।

इस बात की पुरजोर सिफारिश की जाती है कि आप अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को पूरा करने से पहले अपने चिकित्सक के साथ अपने उपचार संबंधी निर्णयों पर चर्चा करें।

आपका डॉक्टर और अन्य स्वास्थ्य पेशेवर उपचार विकल्पों, और वे आपको कैसे प्रभावित कर सकते हैं, के बारे में सलाह दे सकते हैं।

4.1 जीवन-निर्वाह उपचार निर्णय

यदि आप इसे पूरा नहीं करना चाहते/चाहती हैं तो इस प्रश्न को काट दें। नोट: वैध अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के लिए आपको भाग 4 के भीतर कम से कम एक उपचार निर्णय लेना होगा।

भाग 4.1 आपको उन उपचारों या हस्तक्षेपों, जो भविष्य में आपको जीवित रखने के लिए आप चाहते/चाहती हैं या नहीं, के बारे में निर्णयों को लेने के लिए कहता है। इस जानकारी का उपयोग केवल तभी किया जाएगा जब आप अपने लिए निर्णयों को लेने या बताने में असमर्थ हो जाते/जाती हैं।

आप कौन से जीवन-निर्वाह उपचार चाहते/चाहती हैं या नहीं, इसके बारे में निर्णयों को लेते समय, उन चीजों के बारे में सोचें जिन्हें आपने [भाग 3: मेरे मूल्य और प्राथमिकताएँ](#) में अपने लिए महत्वपूर्ण के रूप में सूचीबद्ध किया है।

फॉर्म के इस भाग को पूरा करने में आपकी मदद करने के लिए, अपने डॉक्टर और/या अन्य स्वास्थ्य पेशेवरों से इस बारे में बात करें:

- भविष्य में आपको किन विभिन्न जीवन-निर्वाह उपचारों की आवश्यकता हो सकती है
- संभावित जीवन-निर्वाह उपचारों के जोखिम और दुष्प्रभाव
- आपका दीर्घकालीन स्वास्थ्य और जीवन की गुणवत्ता विभिन्न जीवन-निर्वाह उपचारों से कैसे प्रभावित हो सकती है।



कुछ सीमित अपवादों के अधीन, स्वास्थ्य पेशेवरों को जीवन-निर्वाह उपचारों के लिए आपके निर्देशों का पालन करना चाहिए। हालांकि, सिर्फ इसलिए कि आप भाग 4.1 को पूरा करते/करती हैं, इसका मतलब यह नहीं है कि आपको आपके द्वारा चुने गए उपचारों की निश्चित रूप से आवश्यकता होगी या वे प्राप्त होंगे। यदि किसी उपचार से आपको लाभ नहीं होगा, तो आपका डॉक्टर इसे प्रदान करने के लिए बाध्य नहीं है।

खंड 3 में अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न देखें: जीवन-निर्वाह उपचारों के बारे में और अधिक जानकारी के लिए उपयोगी जानकारी।

भाग 4.1 में 5 विकल्प हैं। आप केवल एक विकल्प चुन सकते/सकती हैं।

- **विकल्प 1:** मैं अपने जीवन को बनाए रखने या लम्बा करने के उद्देश्य से सभी उपचारों के लिए सहमत हूँ।
- **विकल्प 2:** मैं अपने जीवन को बनाए रखने या लम्बा करने के उद्देश्य से सभी उपचारों के लिए सहमति देता/देती हूँ, जब तक कि यह स्पष्ट न हो कि मैं चोट या बीमारी से इतना/इतनी अस्वस्थ हो जाऊँ कि इस बात की कोई उचित संभावना न हो कि मैं इस हद तक ठीक हो जाऊँ कि मैं निरंतर जीवन-निर्वाह उपचारों के बिना जीवित रह सकूँ। ऐसी स्थिति में, मैं जीवन-निर्वाह उपचारों के लिए सहमति वापस लेता/लेती हूँ।
- **विकल्प 3:** मैं अपने जीवन को बनाए रखने या लम्बा करने के उद्देश्य से किन्हीं भी उपचारों के लिए सहमति देने से इनकार करता/करती हूँ।
- **विकल्प 4:** मैं नीचे दी गई तालिका में सूचीबद्ध विशिष्ट जीवन-निर्वाह उपचारों के बारे में निम्नलिखित निर्णयों को लेता/लेती हूँ।
- **विकल्प 5:** मैं इस समय निर्णय नहीं ले सकता/सकती।

भाग 4.1 में आपके निर्णय केवल जीवन-निर्वाह उपचारों के संदर्भ में हैं। स्वास्थ्य पेशेवर फिर भी दर्द को कम करने और आपको आराम पहुंचाने के लिए देखभाल प्रदान करेंगे (यानी उपशामक देखभाल), भले ही आप सभी जीवन-निर्वाह उपचार को अस्वीकार करने का विकल्प चुनते/चुनती हैं।

यदि आप उपशामक देखभाल उपचारों को प्राप्त नहीं करना चाहते/चाहती हैं, तो आपको इसे भाग 4.2 में निर्दिष्ट करना होगा।

यदि आप विकल्प 4 चुनते/चुनती हैं तो आपको विभिन्न प्रकार के जीवन-निर्वाह उपचार, जो आप प्राप्त करना या नहीं करना चाहते/चाहती हैं, के बारे में निर्णयों को लेने की आवश्यकता होगी।



हर किसी का अपना नजरिया होता है कि वे क्या इलाज करवाना या नहीं करवाना चाहते/चाहती हैं। नीचे दिए गए उदाहरण आपके विकल्पों पर विचार करने में आपकी सहायता कर सकते हैं। आप अधिक विवरण देना भी चाह सकते/सकती हैं। यदि आप जीवन-निर्वाह उपचारों, जो आप भविष्य में चाहते या नहीं चाहते हैं, के बारे में निर्णय लेने के लिए अभी तक तैयार नहीं हैं तो आप विकल्प 5 चुन सकते/सकती हैं।

उदाहरण

उदाहरण: विकल्प 1 - नेथन की कहानी

- नेथन को 5 सप्ताह पहले दिल का दौरा पड़ा था। उनके जीपी ने उन्हें बताया है कि इस बात की अत्यधिक संभावना है कि उन्हें हृदय शल्य चिकित्सा की आवश्यकता हो सकती है। नेथन ऐसे सभी उपचार चाहते हैं जो उनके जीवन को बनाए रख सकें या लम्बा कर सकें।
- नेथन चुनता है: विकल्प 1 - मैं अपने जीवन को बनाए रखने या लम्बा करने के उद्देश्य से सभी उपचारों के लिए सहमत हूँ।

उदाहरण: विकल्प 2 - लिंडा की कहानी

- लिंडा को गुर्दे की बीमारी का पता चला है। उनकी माँ की किडनी फेल होने से मौत हो गई थी। लिंडा को याद है कि उसकी माँ ने अपने जीवन के अंत में बहुत अधिक मितली का अनुभव किया था। उसे याद है कि अंतर्निहित बीमारी के उपचारों से मितली और भी बदतर हो गई थी, भले ही कोई उचित संभावना नहीं थी कि वह इस बीमारी से ठीक हो जाएगी। लिंडा यह अपने लिए नहीं चाहती है।
- लिंडा चुनती है: विकल्प 2 - मैं अपने जीवन को बनाए रखने या लम्बा करने के उद्देश्य से सभी उपचारों के लिए सहमति देती हूँ, जब तक कि यह स्पष्ट न हो कि मैं चोट या बीमारी से इतनी अस्वस्थ हो जाऊँ कि इस बात की कोई उचित संभावना न हो कि मैं इस हद तक ठीक हो जाऊँ कि मैं निरंतर जीवन-निर्वाह उपचारों के बिना जीवित रह सकूँ। ऐसी स्थिति में, मैं जीवन-निर्वाह उपचारों के लिए सहमति वापस लेती हूँ।

उदाहरण: विकल्प 3 - मिया की कहानी

- मिया का पहले स्तन कैंसर का इलाज हो चुका है। उसे अभी-अभी बताया गया है कि उसका कैंसर वापस आ गया है, और यह कि उपचार से उसके जीवन को अगले कुछ महीनों के लिए आगे बढ़ाए जाने की बहुत संभावना नहीं है।
- मिया की सहेली को स्तन कैंसर था और मिया के मन में उसकी सहेली को दी गई कीमोथैरेपी, जिसने उसके जीवन और उसकी पीड़ा को बढ़ाया, के बारे में बहुत दृढ़ भावनाएं हैं। मिया ने फैसला किया है कि इस बार वह ऐसा कोई और इलाज नहीं चाहती जिससे उसकी मृत्यु में देरी हो और वह चाहती है कि उसके स्वास्थ्य पेशेवर उसे यथासंभव आरामदायक और दर्द से मुक्त रखने पर ध्यान दें।
- मिया चुनती है: विकल्प 3 - मैं अपने जीवन को बनाए रखने या लम्बा करने के उद्देश्य से किन्हीं भी उपचारों के लिए सहमति देने से इनकार करती हूँ।

उदाहरण: विकल्प 4 - पीटर की कहानी

- पीटर को क्रॉनिक ऑब्सट्रक्टिव पल्मोनरी डिज़ीज़ (फेफड़ों की पुरानी बीमारी) का पता चला है। वह 70 साल के हैं और जानते हैं कि उनकी हालत और खराब होगी। जबकि उन्हें लगता है कि वह अभी भी घर पर रहकर जीवन की अच्छी गुणवत्ता प्राप्त कर सकते हैं, भले ही इसका मतलब ऑक्सीजन का उपयोग करना हो, वह नर्सिंग होम या अस्पताल में स्थायी रूप से सांस लेने की मशीन पर नहीं रहना चाहते।
- पीटर चुनता है: विकल्प 4 - मैं नीचे दी गई तालिका में सूचीबद्ध विशिष्ट जीवन-निर्वाह उपचारों के बारे में निम्नलिखित निर्णयों को लेता हूँ।
 - वह सहायक वेंटीलेशन के लिए बॉक्स (बी) पर सही का निशान लगाता है और निम्नलिखित विवरणों को प्रदान करता है: केवल अगर अस्थायी हो और यदि मैं फिर घर, यहां तक कि ऑक्सीजन के साथ भी, लौट सकता हूँ। मैं अस्पताल या नर्सिंग होम में स्थायी रूप से सांस लेने की मशीन पर नहीं रहना चाहता हूँ।
 - वह अन्य सभी उपचारों के लिए बॉक्स (सी) पर टिक करता है: मैं अन्य सभी जीवन-निर्वाह उपचारों को अस्वीकार करता हूँ।

उदाहरण: विकल्प 5 - विलियम की कहानी

- विलियम 25 वर्ष का है और उसने कभी भी परिवार के किसी करीबी सदस्य की मृत्यु का अनुभव नहीं किया है या अपने किसी करीबी के लिए जीवन-निर्वाह उपचार की आवश्यकता का अनुभव नहीं किया है।
- विलियम चुनता है: विकल्प 5 - मैं इस समय निर्णय नहीं ले सकता।

4.2 अन्य उपचार निर्णय

यदि आप इसे पूरा नहीं करना चाहते/चाहती हैं तो इस प्रश्न को काट दें। नोट: वैध अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के लिए आपका भाग 4 के भीतर कम से कम एक उपचार निर्णय लेना होगा।

भाग 4.2 आपको अन्य उपचारों (भाग 4.1 में जीवन-निर्वाह उपचारों के अलावा), जो आप भविष्य में प्राप्त करना या नहीं करना चाहते/चाहती हैं, के बारे में निर्णयों को लेने के लिए कहता है। इस जानकारी का उपयोग केवल तभी किया जाएगा जब आप अपने लिए निर्णयों को लेने या बताने में असमर्थ हो जाते/जाती हैं।

अन्य उपचारों में कुछ स्वास्थ्य स्थितियों को रोकने के लिए उपयोग की जाने वाली दवाएं (जैसे एस्पिरिन, कोलेस्ट्रॉल उपचार) शामिल हो सकती हैं, या रक्त आधान।

यदि आप किसी विशेष उपचार के बारे में निर्णय सूचीबद्ध करते/करती हैं, तो आपको उन परिस्थितियों का वर्णन करना चाहिए जिनमें आप उस उपचार को चाहते/चाहती या नहीं चाहते/चाहती हैं।

उदाहरण के लिए, यदि आप एस्पिरिन प्राप्त नहीं करना चाहते/चाहती हैं, तो क्या यह सभी परिस्थितियों में है या केवल विशिष्ट परिस्थितियों में है?

आप दिए गए बॉक्सों में विवरण दे सकते/सकती हैं। यदि आपको अधिक स्थान की आवश्यकता है, तो इस मार्गदर्शिका के साथ प्रदान किए गए [भाग 4.2 - अन्य उपचार निर्णय](#) के अतिरिक्त पृष्ठों को पूरा करें और उन्हें अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के भाग 4.2 में संलग्न करें।

अनुभाग 3 में [अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न](#) देखें: अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में अतिरिक्त पृष्ठों को जोड़ने के तरीके के बारे में और अधिक जानकारी के लिए उपयोगी जानकारी।

उदाहरण

स्वास्थ्य की स्थितियाँ	मेरे उपचार के फैसले
मुझे बहुत अधिक कोलेस्ट्रॉल है	मुझे कोलेस्ट्रॉल अवशोषण अवरोधक न दें। मैं दुष्परिणाम बर्दाश्त नहीं कर सकता/सकती।
सभी परिस्थितियाँ	मुझे रक्त आधान या कोई रक्त उत्पाद न दें। यह मेरी आस्था के खिलाफ है।
मुझे नियमित माइग्रेन हो जाते हैं	मुझे एस्पिरिन मत दो। इससे मुझे पेट दर्द होता है।

4.3 चिकित्सा अनुसंधान

यदि आप इसे पूरा नहीं करना चाहते/चाहती हैं तो इस प्रश्न को काट दें। नोट: वैध अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के लिए आपको भाग 4 के भीतर कम से कम एक उपचार निर्णय लेना होगा।

भाग 4.3 आपको चिकित्सा अनुसंधान में भाग लेने के बारे में निर्णयों को लेने के लिए कहता है। इस जानकारी का उपयोग केवल तभी किया जाएगा जब आप अपने लिए निर्णय लेने या बताने में असमर्थ हो जाते/जाती हैं।

चिकित्सा अनुसंधान में भाग लेने से बीमारी को रोकने, पता लगाने और/या उपचार करने के लिए चिकित्सा और वैज्ञानिक जानकारी को आगे बढ़ाने में मदद मिल सकती है। भाग 4.3 विभिन्न प्रकार की चिकित्सा अनुसंधान गतिविधियों को सूचीबद्ध करता है। आप उन परिस्थितियों पर सही का निशान लगा सकते/सकती हैं जिनमें आप सूचीबद्ध चिकित्सा अनुसंधान गतिविधियों में भाग लेने के लिए सहमति देते/देती हैं या नहीं। नीचे दी गई तालिका भाग 4.3 में सूचीबद्ध प्रत्येक चिकित्सा अनुसंधान गतिविधि का उदाहरण देती है।

चिकित्सा अनुसंधान को सख्त दिशानिर्देशों के तहत और मनुष्यों से जुड़े अनुसंधान में विशेषज्ञों की एक समिति (मानव अनुसंधान नैतिकता समिति जो *मानव अनुसंधान में नैतिक आचरण पर राष्ट्रीय वक्तव्य* का अनुपालन करती है) से अनुमोदन के साथ आयोजित किया जाना है।

यदि आप भविष्य के चिकित्सा अनुसंधान में भाग लेने के लिए सहमति देते/देती हैं, तो यह केवल उस शोध पर लागू होता है जिसे मानव अनुसंधान समिति द्वारा अनुमोदित किया गया है और जो राष्ट्रीय अनुसंधान दिशानिर्देशों का पालन करता है। चिकित्सा अनुसंधान के बारे में और अधिक जानकारी के लिए, लोक अधिवक्ता के कार्यालय की वेबसाइट publicadvocate.wa.gov.au पर जाएं। अनुभाग 3 में **सामान्य शर्तें**: उपयोगी जानकारी भी और अधिक जानकारी प्रदान करती है।



अनुसंधान गतिविधियाँ	इस प्रकार के शोध का उदाहरण
उपकरण या यंत्र का उपयोग	एक नए प्रकार के ऑक्सीजन मास्क या पेसमेकर की दक्षता का परीक्षण करना।
वह स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करना जिसे अभी तक स्वास्थ्य देखभाल के उस क्षेत्र में पर्याप्त संख्या में चिकित्सकों का समर्थन प्राप्त नहीं हुआ है	नई दवा या नए प्रकार के उपकरण का परीक्षण करना जो अब तक केवल कुछ रोगियों के साथ हुए अध्ययन में सफल होते हुए दिखाया गया है।
तुलनात्मक मूल्यांकन करने के लिए स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करना	एक अध्ययन जो 2 अलग-अलग दवाओं या उपचारों द्वारा रोग पर प्रभावों की तुलना करता है। इस प्रकार के शोध में, रोगियों के एक समूह को एक उपचार प्राप्त होता है और दूसरे समूह के रोगियों को अलग उपचार प्राप्त होता है।
रक्त के नमूने लेना	वह अनुसंधान जिसमें रक्त लेना शामिल है ताकि परिवर्तनों को देखने के लिए प्रयोगशाला में इसकी जांच की जा सके, जैसेकि रक्त कोशिकाओं की संख्या या प्रकार में परिवर्तन।
मुंह, गले, नाक गुहा, आंखों या कानों सहित शरीर से ऊतक या तरल पदार्थ का नमूना लेना	त्वचा कैंसर के लक्षणों को देखने के लिए तिल या झाँड़ी (जिसमें तिल या झाँड़ी का हिस्सा स्थानीय संवेदनाहारी के तहत काटा जाता है) की बायोप्सी करवाना। वायरस या बैक्टीरिया की उपस्थिति की जांच के लिए नाक के अंदर से एक स्वाब लिया जाना।
मुंह, गले, नाक गुहा, आंखों या कानों की कोई भी गैर-घुसपैठी जांच	किन्हीं भी परिवर्तनों या बीमारी के लक्षणों को देखने के लिए कानों, आंखों या मुंह में प्रकाश चमकवाना।
ऊंचाई, वजन या दृष्टि की गैर-घुसपैठी परीक्षा	किसी व्यक्ति का वजन करने के लिए तोलने की मशीन का उपयोग करना। किसी व्यक्ति की दृष्टि की जांच के लिए नेत्र परीक्षण करवाना।
निरीक्षण करवाना	वे परीक्षण जिनमें विभिन्न प्रकारों की गतिविधि करते समय किसी व्यक्ति की सांस लेने की दर या चलने में आसानी का आकलन किया जाता है।
सर्वेक्षण, साक्षात्कार या फोकस समूह शुरू करना	उपचार या देखभाल के बारे में प्रश्नों के साथ पेपर-आधारित या वेब-आधारित सर्वेक्षण का उत्तर देना। देखभाल के अनुभव को बेहतर बनाने के बारे में विचारों को साझा करने के लिए साक्षात्कार या छोटे समूह की बैठक में भाग लेना।
व्यक्तिगत जानकारी सहित जानकारी एकत्र करना, उपयोग करना या प्रकट करना	वह अनुसंधान जिसमें रोगी के मेडिकल रिकॉर्ड की जानकारी (रोगी की अनुमति से), तथा रोगियों के समूहों के बीच अंतरों और समानताओं को समझने के लिए अन्य रोगी के रिकॉर्ड की जानकारी, शोधकर्ताओं के साथ साझा की जाती है, उदाहरण के लिए, किसी विशेष स्थिति वाले लोगों को 10 साल की अवधि में कितनी बार अस्पताल में भर्ती कराया जाता है।
ऊपर सूचीबद्ध गतिविधि के तहत लिए गए नमूनों या सूचनाओं पर विचार करना या उनका मूल्यांकन करना	किसी बीमारी और उसके उपचार को समझने के लिए अनुसंधान के हिस्से के रूप में समानताओं और अंतरों को देखने के लिए विभिन्न रोगियों के रक्त परीक्षणों के परिणामों की तुलना करना।

भाग 5: जिन लोगों ने मेरे अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को पूरा करने में मेरी सहायता की

आप भाग 5 में कुछ प्रश्नों को पूरा करना, सभी प्रश्नों को पूरा करना, या किसी भी प्रश्न को पूरा नहीं करना चुन सकते/सकती हैं। ऐसे किन्हीं भी प्रश्नों को काट दें जिन्हें आप पूरा नहीं करना चाहते/चाहती हैं।

आपको कुछ प्रश्नों के लिए अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में अतिरिक्त जानकारी शामिल करने की आवश्यकता हो सकती है (जैसेकि अनुवादक कथन)।

आप उन लोगों को सूचीबद्ध करने के लिए भाग 5 का उपयोग कर सकते हैं जिन्होंने आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को पूरा करने में आपकी सहायता की।

5.1 क्या आपने इस फॉर्म को भरते समय अनुवादक की सेवाओं का उपयोग किया था?

भाग 5.1 आपसे पूछता है कि क्या आपने अपना अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाते समय अनुवादक को नियुक्त किया है। इस प्रश्न के लिए 3 विकल्प हैं:

- **विकल्प 1: अंग्रेजी मेरी प्राथमिक भाषा है - मुझे अनुवादक को नियुक्त करने की आवश्यकता नहीं थी।**
यदि आप अंग्रेजी भाषा में आश्वस्त हैं और फॉर्म भरते समय किसी अनुवादक को शामिल नहीं किया है, तो यह विकल्प चुनें।
- **विकल्प 2: अंग्रेजी मेरी प्राथमिक भाषा नहीं है - इस अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को बनाते समय मैंने एक अनुवादक को नियुक्त किया था और मैंने अनुवादक वक्तव्य संलग्न किया है।**
यदि आपने फॉर्म का अनुवाद प्रदान करने के लिए किसी अनुवादक को शामिल किया है तो यह विकल्प चुनें। आपको इस मार्गदर्शिका के साथ प्रदान किए गए अनुवादक कथन को पूरा करना चाहिए और इसे अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के भाग 5.1 में संलग्न करना चाहिए।
- **विकल्प 3: अंग्रेजी मेरी प्राथमिक भाषा नहीं है - इस अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को बनाते समय मैंने किसी अनुवादक को शामिल नहीं किया है।**
यह विकल्प चुनें यदि अंग्रेजी आपकी प्राथमिक भाषा नहीं है लेकिन आपने अनुवादक की सहायता के बिना फॉर्म भरा है।

आप केवल एक बॉक्स पर टिक कर सकते/सकती हैं या यदि आप इसे पूरा नहीं करना चाहते/चाहती हैं तो आप इस प्रश्न को काट सकते/सकती हैं।

यदि आप विकल्प 2 चुनते हैं, तो यह सिफारिश की जाती है कि आप और आपका अनुवादक अनुभाग 3 में अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्नों को देखें: अनुवादक तक पहुँचने के बारे में और अधिक जानकारी के लिए उपयोगी जानकारी।

यदि आप विकल्प 2 चुनते हैं - तो आपको और आपके अनुवादक को इस मार्गदर्शिका के साथ दिए गए अनुवादक कथन को पूरा करना चाहिए और इसे अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के साथ संलग्न करना चाहिए।



5.2 क्या आपने स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप (ईपीजी) बनाई है?

भाग 5.2 आपको इस बारे में जानकारी सूचीबद्ध करने के लिए कहता है कि क्या आपने स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप बनाई है।

स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप एक कानूनी दस्तावेज है जो आपको जीवन शैली और स्वास्थ्य संबंधी निर्णयों, यदि आप अब ऐसे निर्णयों को लेने या बताने में सक्षम नहीं हैं, को लेने के लिए एक या अधिक लोगों को नामित करने और कानूनी रूप से नियुक्त करने की अनुमति देता है। यदि आप स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप बनाते/बनाती हैं, तो यह दृढ़ता से अनुशंसा की जाती है कि आप अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में विवरणों को शामिल करें।

जिस व्यक्ति को आप अपनी ओर से निर्णय लेने के लिए नियुक्त करते/करती हैं, उसे स्थायी अभिभावक कहा जाता है।

स्थायी अभिभावक विशेष परिस्थितियों को छोड़कर आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में किए गए निर्णयों की अवहेलना नहीं कर सकता है (उदाहरण के लिए यदि उपचार के नए विकल्प, जो आपके द्वारा अपना अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पूरा करने के समय मौजूद नहीं थे, उपलब्ध हो जाते हैं)।

आप केवल एक बॉक्स पर टिक कर सकते/सकती हैं या यदि आप इसे पूरा नहीं करना चाहते/चाहती हैं तो आप इस प्रश्न को काट सकते/सकती हैं। यदि आप विकल्प 2 चुनते/चुनती हैं, तो आपको अपनी स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप और स्थायी अभिभावक के बारे में विवरणों को शामिल करना चाहिए।

अनुभाग 3 में [अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न](#) देखें: स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप और स्थायी अभिभावक की नियुक्ति कैसे करें के बारे में और अधिक जानकारी के लिए उपयोगी जानकारी।

5.3 क्या आपने इस अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को बनाने के बारे में चिकित्सीय और/या कानूनी सलाह ली थी?

भाग 5.3 में आपको अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को बनाते समय प्राप्त किसी भी चिकित्सीय और/या कानूनी सलाह के बारे में विवरण प्रदान करने के लिए कहा गया है।

आप अपने आप को और अपने करीबी लोगों को आश्वस्त करने के लिए, कि आप अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में जो निर्णय ले रहे/रही हैं वे आपके सर्वोत्तम हित में हैं और आपकी स्वास्थ्य परिस्थितियों के लिए उपयुक्त हैं, चिकित्सीय और/या कानूनी सलाह लेना उपयोगी पा सकते/सकती हैं।

आप चिकित्सा सलाह के संबंध में केवल एक बॉक्स पर टिक कर सकते/सकती हैं, और आप कानूनी सलाह के संबंध में केवल एक बॉक्स पर टिक कर सकते/सकती हैं। यदि आप इसे पूरा नहीं करना चाहते/चाहती हैं तो प्रश्न को काट दें।

आपको अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के लिए चिकित्सीय और/या कानूनी सलाह लेने के लिए प्रोत्साहित (लेकिन आवश्यक नहीं) किया जाता है।



भाग 6: हस्ताक्षर और गवाही

आपको अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के इस भाग को पूरा करना होगा और आपको विशिष्ट साक्षी आवश्यकताओं को पूरा करना होगा।

यह सुनिश्चित करने के लिए कि आपका अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश मान्य है, आपको अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर करने और उसकी गवाही के लिए निम्नलिखित आवश्यकताओं का पालन करना होगा।

- आपको 2 गवाहों की उपस्थिति में अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर करना होगा। दोनों गवाहों को आपको अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर करते हुए देखना चाहिए।
- गवाहों को भी अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर करने होंगे। आपको दोनों गवाहों को अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर करते हुए देखना चाहिए। प्रत्येक गवाह को दूसरे गवाह को अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर करते हुए देखना चाहिए।
- दोनों गवाहों की आयु कम से कम 18 वर्ष होनी चाहिए और उनके पास पूरी कानूनी क्षमता होनी चाहिए।
- गवाहों में से एक ऐसा व्यक्ति होना चाहिए जो वैधानिक घोषणाओं की गवाही देने के लिए अधिकृत हो।

डब्ल्यूए में वैधानिक घोषणाओं की गवाही देने के लिए अधिकृत लोगों की विस्तृत सूची के लिए, आप शपथ, शपथ पत्र और वैधानिक घोषणा अधिनियम 2005, अनुसूची 2 को wa.gov.au/government/publications/authorised-witnesses-statutory-declarations पर देख सकते/सकती हैं।

अधिकृत लोगों की सरलीकृत सूची में शामिल हैं:

- शैक्षिक (उत्तर माध्यमिक संस्थान)
- अकाउंटेंट
- वास्तुकार
- ऑस्ट्रेलियाई वाणिज्यदूतीय अधिकारी
- ऑस्ट्रेलियाई राजनयिक अधिकारी
- बेलीफ
- बैंक प्रबंधक
- चार्टर्ड सचिव
- कैमिस्ट
- चिरोप्रेक्टर
- कंपनी लेखापरीक्षक या समापक
- न्यायालय अधिकारी
- सैन्य बल अधिकारी
- दंत चिकित्सक
- डॉक्टर
- राज्य संसद के सदस्य का निर्वाचन अधिकारी
- अभियंता
- औद्योगिक संगठन सचिव
- बीमा दलाल
- न्यायिक अधिकारी
- लैंडगेट अधिकारी
- वकील
- स्थानीय सरकार के मुख्य कार्यकारी अधिकारी या उप मुख्य कार्यकारी अधिकारी
- स्थानीय सरकार पार्षद
- क्षति समायोजक
- विवाह अनुष्ठानकर्ता
- संसद सदस्य
- दार्ड
- धर्म मंत्री
- नर्स
- ऑटोमेट्रिस्ट
- पैरामेडिक
- स्थायी पेटेंट अटॉर्नी
- फिजियोथेरेपिस्ट
- पोडियाट्रिस्ट
- पुलिस अधिकारी
- डाकघर प्रबंधक
- मनोवैज्ञानिक
- सार्वजनिक नोटरी
- लोक सेवक (राष्ट्रमंडल या राज्य)
- रियल एस्टेट एजेंट
- निपटान एजेंट
- शेरिफ या डिप्टी शेरिफ
- सर्वेक्षक
- शिक्षक
- अधिकरण अधिकारी
- पशु शल्यचिकित्सक।

अपने गवाहों के पते के विवरण प्रदान करते समय, सड़क के पते का उपयोग करें न कि पोस्ट ऑफिस (पीओ) बॉक्स का। सड़क का पता गवाह का व्यावसायिक पता, रोजगार का स्थान या घर का पता हो सकता है।

अनुभाग 3 में [अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न](#) देखें: गवाहों की भूमिका और जिम्मेदारियों के बारे में और अधिक जानकारी के लिए उपयोगी जानकारी।

क्या होगा यदि मैं अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर करने में असमर्थ हूँ?

यदि आप अपने पूर्ण किए गए अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर करने में असमर्थ हैं, तो आप इनीशियल, क्रॉस या अंगूठे के निशान सहित किसी भी प्रकार का चिह्न बना सकते/सकती हैं।

यदि आप हस्ताक्षर के अलावा किसी अन्य चिह्न का उपयोग करते/करती हैं, तो आपको इस मार्गदर्शिका के साथ प्रदान किए गए मार्क्समैन क्लॉज को पूरा करना होगा और इसे अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के भाग 6 में संलग्न करना होगा। यदि आप मार्क्समैन क्लॉज को शामिल करते/करती हैं तो यह सिफारिश की जाती है कि आप कानूनी सलाह लें (वकील या सामुदायिक कानूनी सेवा)।

अनुभाग 3 में [अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न](#) देखें: यदि आप दृष्टिबाधित हैं या पढ़ और/या लिख नहीं सकते/सकती हैं तो अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को पूरा करने के बारे में और अधिक जानकारी के लिए उपयोगी जानकारी।



अनुभाग 3: उपयोगी जानकारी

यह अनुभाग आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को तैयार करने, पूरा करने और संग्रहीत करने के लिए जांचसूची तथा अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न प्रदान करता है। इसमें सामान्य शब्द तथा और अधिक जानकारी के लिए कहा जाता है, भी शामिल हैं।

अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न

यह खंड अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के बारे में कुछ सामान्य प्रश्नों के उत्तर प्रदान करता है।

सामान्य

मेरे अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का उपयोग कब किया जाएगा?

आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का उपयोग केवल उस समय किया जाएगा जब आप अपने उपचार और स्वास्थ्य देखभाल के बारे में निर्णयों को लेने और/या बताने में असमर्थ हों और यदि यह उस उपचार पर लागू होता है जिसकी आपको आवश्यकता है।

मेरा अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश कब तक वैध है?

आपके द्वारा अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में लिए गए निर्णय मान्य हैं:

- जब तक आपकी मृत्यु नहीं हो जाती या
- जब तक आप अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को निरस्त (रद्द) नहीं करते या
- जब तक आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में सूचीबद्ध उपचार विकल्प प्रासंगिक बने हुए हैं। आपका अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश उन नए उपचार विकल्पों पर लागू नहीं होगा जो आपके द्वारा अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को पूरा करने के बाद उपलब्ध हो सकते हैं।

यदि मैंने अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के लिए पुराने टेम्पलेट का उपयोग किया है तो क्या यह अभी भी मान्य है?

हाँ। यदि आपने 4 फरवरी 2023 से पहले के फॉर्म के पुराने संस्करण का उपयोग करते हुए अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाया था और आपने फॉर्म को पूरा करने के लिए सभी कानूनी आवश्यकताओं का पालन किया था, तो यह वैध बना रहेगा।

क्या मुझे अपना अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पंजीकृत करना होगा?

नहीं। आपको अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को पंजीकृत करने की कानूनी रूप से आवश्यकता नहीं है। यह अनुशंसा की जाती है कि आप अपने करीबी लोगों और आपकी देखभाल में शामिल लोगों को बताएं कि आपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाया है और उनके साथ एक प्रति साझा करें। और अधिक जानकारी के लिए [मुझे अपने पूर्ण किए गए अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के साथ क्या करना चाहिए?](#) देखें

क्या अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में मेरे निर्णयों का मेरे स्वास्थ्य पेशेवर को हमेशा पालन करने की आवश्यकता होगी?

हाँ। अधिकांश स्थितियों में, यदि आप अपने उपचार और देखभाल के बारे में निर्णयों को लेने या बताने में असमर्थ हो जाते/जाती हैं, तो कुछ सीमित अपवादों को छोड़कर, स्वास्थ्य पेशेवरों को आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के निर्णयों का पालन करना चाहिए। सीमित अपवाद हो सकता है यदि:

- जब से आपने उपचार का निर्णय लिया है, तब से आपके उपचार के निर्णय से संबंधित परिस्थितियाँ बदल गई हैं, और
- जब आपने अपना अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाया था, तब आप उन परिवर्तनों का उचित अनुमान नहीं लगा सकते थे, और
- यह संभावना है कि परिस्थितियों के परिवर्तन की जानकारी के साथ एक उचित व्यक्ति उपचार के निर्णय के बारे में अपना विचार बदल देगा।

मुझे अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश की कितनी बार और कब समीक्षा करनी चाहिए?

यह सिफारिश की जाती है कि आप हर 2 से 5 वर्षों में अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश की समीक्षा करें, या यदि आपकी परिस्थितियाँ बदलती हैं। उदाहरण के लिए, यदि आपको एक नई सतत और/या जीवन-सीमित बीमारी का निदान किया जाता है, तो आपको 2 से 5 वर्ष से पहले अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश की समीक्षा करने की आवश्यकता हो सकती है।

अग्रिम देखभाल योजना, मूल्य और प्राथमिकता फॉर्म, अग्रिम देखभाल योजना और अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में क्या अंतर है?

अग्रिम देखभाल योजना भविष्य के स्वास्थ्य और व्यक्तिगत देखभाल के लिए योजना बनाने की स्वैच्छिक प्रक्रिया है जिसके द्वारा आपके मूल्यों, विश्वासों और प्राथमिकताओं को, भविष्य में निर्णय लेने में मार्गदर्शन करने के लिए जब आप अपने निर्णय ले या बता नहीं सकते/सकती, ज्ञात किया जाता है।

इस प्रक्रिया के भाग के रूप में, आप अपने मूल्यों, विश्वासों, प्राथमिकताओं और उपचार संबंधी निर्णयों को रिकॉर्ड करने के लिए अग्रिम देखभाल योजना दस्तावेज को पूरा करना चुन सकते/सकती हैं। डब्ल्यूए में, अग्रिम देखभाल योजना दस्तावेजों में निम्नलिखित शामिल हैं:

- **मूल्य और प्राथमिकता फॉर्म: मेरी भविष्य की देखभाल के लिए योजना**, एक ऐसा दस्तावेज है जिसमें आप रिकॉर्ड कर सकते/सकती हैं कि आप किसे महत्व देते/देती हैं और भविष्य में अपनी देखभाल, जिसमें आप कहाँ रहना चाहते/चाहती हैं, और अन्य चीजें जो आपके लिए महत्वपूर्ण हैं शामिल हैं, के लिए आप क्या चाहते/चाहती हैं। इस फॉर्म को एक सामान्य कानून निर्देश माना जा सकता है (और अधिक जानकारी के लिए, नीचे देखें कि [एक सामान्य कानून निर्देश और एक अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के बीच क्या अंतर है?](#))।
- **निर्णय लेने की अपर्याप्त क्षमता वाले किसी व्यक्ति के लिए अग्रिम देखभाल योजना** एक मान्यता प्राप्त निर्णयकर्ता, जिसका आपके साथ घनिष्ठ और निरंतर संबंध है (अर्थात् उपचार निर्णयकर्ता के पदानुक्रम में सर्वोच्च व्यक्ति जो उपलब्ध है और निर्णयों को लेने का इच्छुक है) द्वारा आपकी ओर से लिखा गया एक दस्तावेज है। इस दस्तावेज का उपयोग आपकी ओर से चिकित्सा उपचार से संबंधी निर्णयों को लेते समय, यदि आपके पास वैध अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश या मूल्य और प्राथमिकता फॉर्म नहीं है, निर्णय लेने वालों और स्वास्थ्य पेशेवरों का मार्गदर्शन करने के लिए किया जा सकता है। इसका उपयोग केवल तभी किया जाना चाहिए जब किसी व्यक्ति के पास मूल्य और प्राथमिकता फॉर्म या अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को पूरा करने की निर्णय लेने की क्षमता न हो। यह दस्तावेज गैर-सांविधिक दस्तावेज है और ऐसा दस्तावेज नहीं है जिसमें कोई व्यक्ति इलाज के लिए कानूनी सहमति देने या मना करने में सक्षम हो। गैर-सांविधिक दस्तावेजों को विशिष्ट कानून के तहत मान्यता नहीं दी जाती है।
- एक **अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश** भविष्य में अस्वस्थ या घायल होने पर आपके द्वारा प्राप्त करना चाहने या नहीं चाहने वाले उपचार (उपचारों) के बारे में आपके निर्णयों का एक कानूनी रिकॉर्ड है। यह केवल 18 वर्ष से अधिक आयु का व्यक्ति ही बना सकता है जो अपने निर्णय स्वयं लेने और बताने में सक्षम हो। अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश एक वैधानिक दस्तावेज है क्योंकि इसे कानून के तहत मान्यता प्राप्त है। वैधानिक दस्तावेज आपकी इच्छाओं को दर्ज करने का सबसे मजबूत और सबसे औपचारिक तरीका है।

सामान्य कानून निर्देश और अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में क्या अंतर है?

सामान्य कानून निर्देश लिखित या मौखिक संचार होते हैं जो भविष्य की विशिष्ट परिस्थितियों में प्रदान की जाने वाली या रोकी जाने वाली भविष्य के स्वास्थ्य और व्यक्तिगत देखभाल के संबंध में किसी व्यक्ति की इच्छाओं को व्यक्त करते हैं। सामान्य कानून निर्देशों के संबंध में कोई औपचारिक आवश्यकताएं नहीं हैं। यह स्थापित करने में महत्वपूर्ण कठिनाइयाँ हो सकती हैं कि एक विशेष सामान्य कानून निर्देश कानून में मान्य है और उसका पालन किया जा सकता है। इस कारण से उन्हें उपचार संबंधी निर्णयों को लेने के लिए अनुशंसित नहीं किया जाता है।

यदि आप भविष्य में अस्वस्थ या घायल हो जाते/जाती हैं तो अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश आपके द्वारा प्राप्त किए जाने वाले उपचारों, जिन्हें आप प्राप्त करना या नहीं करना चाहते/चाहती हैं, के बारे में आपके निर्णयों का एक कानूनी रिकॉर्ड है। यह केवल 18 वर्ष से अधिक आयु का व्यक्ति, जो अपने निर्णय स्वयं लेने और बताने में सक्षम हो, ही बना सकता है। अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश एक वैधानिक दस्तावेज है क्योंकि इसे कानून के तहत मान्यता प्राप्त है। वैधानिक दस्तावेज आपकी इच्छाओं को दर्ज करने के सबसे मजबूत और सबसे औपचारिक तरीके हैं।

गवाही, हस्ताक्षर और साझा करना

क्या मुझे अपनी इच्छा के विरुद्ध अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर करने के लिए बाध्य किया जा सकता है?

नहीं। अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में किए गए सभी उपचार निर्णय स्वेच्छा से किए जाने चाहिए। वह उपचार निर्णय जो प्रलोभन या दबाव के तहत बलपूर्वक/आपकी इच्छा के विरुद्ध किया गया था, मान्य नहीं है।

यदि परिवार के किसी सदस्य या स्वास्थ्य पेशेवर को संदेह है कि अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश स्वेच्छा से नहीं बनाया गया था या प्रलोभन या दबाव से प्रभावित था, तो (अ) वैधता के निर्धारण के लिए *संरक्षकता और प्रशासन अधिनियम 1990* के तहत राज्य प्रशासनिक न्यायाधिकरण को आवेदन किया जाना चाहिए।

क्या मैं अपने डॉक्टर को मेरे अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का गवाह बनने के लिए कह सकता/सकती हूँ?

हाँ। आप अपने डॉक्टर को अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का गवाह बनने के लिए कह सकते/सकती हैं। आपके डॉक्टर को गवाह के रूप में किसी अन्य गवाह (जिसकी आयु भी 18 वर्ष से अधिक होनी चाहिए) की उपस्थिति में हस्ताक्षर करने चाहिए।

क्या मैं अपने परिवार के किसी सदस्य को अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का गवाह बनने के लिए कह सकता/सकती हूँ?

हाँ। हालांकि, यह सिफारिश की जाती है कि परिवार के सदस्यों के बजाय स्वतंत्र गवाहों को चुना जाए।

क्या मैं अपने अनुवादक को मेरे अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का गवाह बनने के लिए कह सकता/सकती हूँ?

नहीं। यदि आपने अपना अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश तैयार करते समय अनुवादक की सेवाओं का उपयोग किया है, तो आपका अनुवादक अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर आपके हस्ताक्षर का गवाह नहीं बन सकता है।

क्या मुझे लोगों को यह बताने की जरूरत है कि मैंने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाया है?

इस बात की पुरजोर सिफारिश की जाती है कि आप अपने करीबी लोगों और आपकी देखभाल में शामिल लोगों को बताएं कि आपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाया है और उनके साथ एक प्रति साझा करें। उन्हें बताएं कि आपने अपना अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश कहां स्टोर किया है, ताकि भविष्य में जरूरत पड़ने पर वे इस तक आसानी से पहुंच सकें।

परिवर्धन, परिवर्तन, समावेशन और निरस्तीकरण (रद्द करना)

क्या मैं अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में अतिरिक्त पेज शामिल कर सकता/सकती हूँ?

हाँ। आप अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में और अधिक जानकारी तब तक जोड़ सकते/सकती हैं जब तक आप इसे हस्ताक्षरित और साक्षी होने से पहले करते/करती हैं। एक बार आपका अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश साक्षी और हस्ताक्षरित होने के बाद आप अतिरिक्त पृष्ठ नहीं जोड़ सकते/सकती हैं।

मैं अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में पृष्ठ कैसे जोड़ूँ?

अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में पृष्ठ जोड़ने के लिए, यह सुनिश्चित करें कि आप:

- ऐसे प्रारूप का उपयोग करें जो अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के प्रासंगिक खंड, जिसमें आप पृष्ठ जोड़ रहे/रही हैं, के अनुरूप हो
 - यदि आप भाग 4.2 में पृष्ठ जोड़ रहे/रही हैं, तो आप [भाग 4.2 के लिए अतिरिक्त पृष्ठ - अन्य उपचार निर्णय](#), जो इस मार्गदर्शिका के साथ प्रदान किए गए हैं, का उपयोग कर सकते/सकती हैं
 - यदि आप कोई अनुवादक कथन जोड़ रहे/रही हैं, तो इस मार्गदर्शिका के साथ दिए गए [अनुवादक कथन](#) का उपयोग करें और इसे भाग 5.1 में संलग्न करें
 - यदि आप मार्क्समैन क्लॉज जोड़ रहे/रही हैं, तो इस मार्गदर्शिका के साथ दिए गए [मार्क्समैन क्लॉज](#) का उपयोग करें और इसे भाग 6 में संलग्न करें
- अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के प्रासंगिक अनुभाग में अतिरिक्त पृष्ठों को भौतिक रूप से संलग्न करें (उदाहरण के लिए स्टेपल करें)
- जब आप अपने गवाहों के सामने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश (भाग 6) पर हस्ताक्षर करते/करती हैं तो अतिरिक्त पृष्ठों के नीचे हस्ताक्षर करें और तारीख लिखें।

यह सुनिश्चित करें कि आपके गवाह:

- अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश से जुड़े किन्हीं भी अतिरिक्त पृष्ठों के नीचे उसी समय हस्ताक्षर करें जब वे भाग 6 पर हस्ताक्षर करते हैं।



क्या मैं अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर और साक्षी होने के बाद निर्णयों में परिवर्धन और/या परिवर्तन कर सकता/सकती हूँ?

नहीं। आप अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर और साक्षी होने के बाद निर्णयों को जोड़ और/या बदल नहीं सकते/सकती हैं।

यदि आपको अपना अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बदलने की आवश्यकता है, तो आपको अपने वर्तमान अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को निरस्त (या रद्द) करना चाहिए और नया बनाना चाहिए।

यदि मैं अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर और साक्षी होने के बाद अपना पता या संपर्क विवरण बदल देता/देती हूँ तो क्या होगा?

यदि आप अपना पता और/या संपर्क विवरण बदलते हैं तो आपका अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश मान्य रहता है। यदि केवल आपके व्यक्तिगत विवरणों में परिवर्तन होता है, तो आपको अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को निरस्त (रद्द) करने की आवश्यकता नहीं है। आप उन लोगों को, जिनके पास आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश की एक प्रति है, अपडेट किए गए अपने व्यक्तिगत विवरण, केवल ज्ञात करा सकते/सकती हैं।

मैं अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को निरस्त (या रद्द) कैसे करूँ?

किसी अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को निरस्त करने के लिए, आपके पास पूर्ण कानूनी क्षमता होनी चाहिए। कानून यह सुनिश्चित करने के लिए सुरक्षा उपाय प्रदान करता है कि यदि किसी व्यक्ति में क्षमता नहीं है तो अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाए, संशोधित या निरस्त नहीं किए जा सकते हैं।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में एक बयान है जो आपको यह इंगित करने की अनुमति देता है कि आप पिछले संस्करण को निरस्त कर रहे/रही हैं।

डब्ल्यूए स्वास्थ्य विभाग अनुशंसा करता है कि आप सभी (लोगों और संगठनों) को यह बताने के लिए लिखें कि आपने अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को निरस्त (रद्द) कर दिया है। इसमें आपका जीपी, अन्य स्वास्थ्य पेशेवर, स्वास्थ्य सेवा प्रदाता, परिवार के सदस्य और/या मित्र शामिल हो सकते हैं जिनके पास वर्तमान में आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश की एक प्रति है।

ऐसा प्रत्येक व्यक्ति जिसके पास आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश की पुरानी प्रति है, उसे आपको वापस कर देनी चाहिए, और आपको पुरानी प्रतियों को नष्ट कर देना चाहिए।

क्या अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में अंग और ऊतक दान की अनुमति शामिल हो सकती है?

नहीं। अंग और ऊतक दान में आपकी रुचि को औपचारिक रूप से पंजीकृत करने के लिए अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का उपयोग नहीं किया जा सकता है। अंग और ऊतक दान को औपचारिक रूप से donatelife.gov.au पर पंजीकृत किया जाना चाहिए। अंग और ऊतक दान के बारे में अपने निर्णयों के बारे में परिवार के सदस्यों से बात करना भी महत्वपूर्ण है, क्योंकि यदि आपकी मृत्यु हो जाती है तो रिश्तेदारों को इसके लिए सहमत होने के लिए कहा जाएगा।

क्या मैं अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में स्वैच्छिक सहायता प्राप्त मृत्यु के लिए सहमति दे सकता/सकती हूँ?

नहीं। स्वैच्छिक सहायता प्राप्त मृत्यु (health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying) पश्चिमी आस्ट्रेलियाई लोगों, जो आवश्यक पात्रता मानदंडों को पूरा करते/करती हैं, के लिए एक कानूनी विकल्प है। अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में स्वैच्छिक सहायता प्राप्त मृत्यु को शामिल करना संभव नहीं है, लेकिन यदि यह ऐसा है जिसे आप एक विकल्प के रूप में विचार कर सकते/सकती हैं, तो आप अपने स्वास्थ्य सेवा प्रदाता से बात कर सकते/सकती हैं या डब्ल्यूए वीएडी राज्यव्यापी देखभाल नेविगेटर सेवा से संपर्क कर सकते/सकती हैं। सेवा में काम करने वाले देखभाल करने वाले नेविगेटर योग्य स्वास्थ्य पेशेवर हैं जिनके पास जीवन-के-अंत के विकल्प के रूप में स्वैच्छिक सहायता प्राप्त मृत्यु के बारे में ज्ञान का भंडार है। उनके पास रोगियों, परिवारों और स्वास्थ्य पेशेवरों का समर्थन करने का व्यापक अनुभव है।

उपलब्धता

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश अंग्रेजी के अलावा क्या किसी अन्य भाषा में उपलब्ध है?

नहीं। अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश केवल अंग्रेजी में उपलब्ध है और मान्य होने के लिए आपके जवाब अंग्रेजी में लिखे जाने चाहिए। यह मार्गदर्शिका और अन्य अग्रिम देखभाल योजना जानकारी कई भाषाओं में उपलब्ध है। और अधिक जानकारी के लिए healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives देखें।

क्या मैं अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में मेरी सहायता करने के लिए किसी अनुवादक तक पहुँच प्राप्त कर सकता/सकती हूँ?

हाँ, आप अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाते समय अनुवादक की सेवाओं का उपयोग कर सकते/सकती हैं। यह अनुशंसा की जाती है कि आपका अनुवादक अनुवाद करने में योग्य और/या प्रमाणित हो। [खंड 2 में भाग 5.1 देखें: चरण-दर-चरण मार्गदर्शन](#)। इस मार्गदर्शिका के [और अधिक जानकारी के लिए कहां जाएं](#) अनुभाग में यह विवरण शामिल है कि अनुवादक सेवाएं कहां से प्राप्त करें।

क्या मैं अपने डॉक्टर से दुभाषिए को नियुक्त करने का अनुरोध कर सकता/सकती हूँ ताकि हम अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर चर्चा कर सकें?

हाँ। यदि आप अपने डॉक्टर (या आपकी देखभाल में शामिल किसी अन्य स्वास्थ्य पेशेवर) के साथ अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर चर्चा करना चाहते/चाहती हैं, तो आप दुभाषिया सेवा के उपयोग का अनुरोध कर सकते/सकती हैं। दुभाषिया आपके साथ कमरे में हो सकता है या वे फोन पर आपकी चर्चा की व्याख्या कर सकते हैं।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को पूरा करने के लिए मुझे और मेरे अनुवादक को क्या करना चाहिए?

आपको और आपके अनुवादक को इस मार्गदर्शिका के साथ दिए गए [अनुवादक कथन](#) को पूरा करना चाहिए और इसे अपने पूर्ण किए गए अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के भाग 5.1 के साथ संलग्न करना चाहिए।

यदि मैं दृष्टिबाधित हूँ, या यदि मैं पढ़ने और/या लिखने में असमर्थ हूँ तो मैं अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश कैसे बना सकता/सकती हूँ?

पढ़ने और/या लिखने, और/या अपने नाम पर हस्ताक्षर करने में असमर्थ होने के कारण आपको अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने से नहीं रोका जा सकता है। आप किसी से आपको अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश (और यह मार्गदर्शिका) पढ़ने के लिए कह सकते/सकती हैं, और आप अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को पूरा करने के लिए सहायता मांग सकते/सकती हैं।

यदि आप अपने पूर्ण किए गए अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर करने में असमर्थ हैं, तो आप अपनी ओर से किसी अन्य व्यक्ति से उस पर हस्ताक्षर करने के लिए कह सकते/सकती हैं। आपकी ओर से हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति को भाग 6 में हस्ताक्षर करने वाले पृष्ठ पर दूसरा विकल्प पूरा करना होगा।

यदि आप हस्ताक्षर के अलावा किसी अन्य प्रकार का चिह्न बनाकर स्वयं अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर 'हस्ताक्षर' करना चाहते/चाहती हैं, तो आपको इस मार्गदर्शिका के साथ दिए गए [मार्क्समैन क्लॉज](#) को पूरा करना होगा और इसे अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के भाग 6 में संलग्न करना होगा। यदि आप मार्क्समैन क्लॉज का उपयोग करते/करती हैं तो भी वही साक्षी आवश्यकताएं लागू होती हैं।

यदि आप मार्क्समैन क्लॉज शामिल करते/करती हैं, तो यह अनुशंसा की जाती है कि आप किसी वकील या सामुदायिक कानूनी सेवा से कानूनी सलाह लें। इस मार्गदर्शिका में [और अधिक जानकारी के लिए कहां जाएं](#) अनुभाग कानूनी सलाह के लिए कहां जाएं, इसके बारे में विवरण प्रदान करता है।

जीवन-निर्वाह उपचार

जीवन निर्वाह उपचार क्या है?

जीवन-निर्वाह उपचार वह स्वास्थ्य देखभाल है जिसका उद्देश्य किसी व्यक्ति को, यदि उनके मरने का जोखिम है, जीवित रखना और/या जीवित रहना है। जीवन-निर्वाह उपचार के उदाहरणों में शामिल हैं:

- सीपीआर (कार्डियोपल्मोनरी रीससिटेशन) (उदाहरण के लिए दिल की धड़कन बंद होने पर उसे पंप करते रहने के लिए उपचार)
- सहायक वेंटीलेशन (उदाहरण के लिए वह मशीन जो फेस मास्क या श्वास नली के माध्यम से सांस लेने में मदद करती है)
- कृत्रिम जलयोजन (उदाहरण के लिए एक नली के माध्यम से शिरा, ऊतकों या पेट में दिए जाने वाले तरल पदार्थ)
- कृत्रिम पोषण (जैसे नाक या पेट के माध्यम से एक फीडिंग नली)
- रक्त उत्पाद प्राप्त करना (उदाहरण के लिए रक्ताधान)
- एंटीबायोटिक्स (उदाहरण के लिए, संक्रमण से लड़ने में मदद के लिए दी जाने वाली दवाएं, मुंह में इंजेक्शन या ड्रिप नली द्वारा दी गई)।

स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप

स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप क्या है?

स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप (ईपीजी) एक कानूनी दस्तावेज है जो आपकी पसंद के व्यक्ति को आपकी ओर से महत्वपूर्ण व्यक्तिगत, जीवन शैली और उपचार निर्णयों को, यदि आप कभी भी स्वयं निर्णयों को लेने या बताने में असमर्थ हो जाते/जाती हैं, लेने के लिए अधिकृत करता है।

इस व्यक्ति (व्यक्तियों) को स्थायी अभिभावक के रूप में जाना जाता है। आप एक स्थायी अभिभावक को इस बारे में निर्णयों को लेने के लिए अधिकृत कर सकते/सकती हैं कि आप कहाँ रहते/रहती हैं, किन सहायता सेवाओं तक आपकी पहुँच है और आपको क्या उपचार मिलता है। आप अपनी संपत्ति या वित्तीय मामलों के बारे में निर्णयों को लेने के लिए स्थायी अभिभावक को अधिकृत नहीं कर सकते हैं। आपके पास एक से अधिक स्थायी अभिभावक हो सकते हैं, लेकिन उन्हें संयुक्त रूप से कार्य करना चाहिए, जिसका अर्थ है कि उन्हें व्यक्ति की ओर से किए गए किन्हीं भी निर्णयों पर सहमत होना चाहिए।

स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप और स्थायी अभिभावकों के बारे में अधिक जानकारी के लिए, लोक अधिवक्ता के कार्यालय की वेबसाइट justice.wa.gov.au/epg पर देखें।

अगर मैं अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाता/बनाती हूँ, तो क्या मुझे स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप भी बनाने की आवश्यकता है?

नहीं। सिर्फ इसलिए कि आपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाया है, आप पर स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप बनाने का कोई दायित्व नहीं है।

हालांकि, स्थायी अभिभावक की नियुक्ति करके, आप इस संभावना को बढ़ा देंगे/देंगी कि आपकी ओर से किए गए निर्णय, यदि आप इन निर्णयों को स्वयं करने या बताने में असमर्थ हो जाते/जाती हैं, आपके मूल्यों, विश्वासों और प्राथमिकताओं को प्रतिबिंबित करेंगे।



प्रमाणित प्रतियां और संग्रहण

मैं अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश की प्रमाणित प्रति कैसे बनाऊं?

प्रमाणित प्रति किसी दस्तावेज की वह फोटोकॉपी है जिसे एक अधिकृत गवाह द्वारा मूल दस्तावेज की सीधी प्रति के रूप में प्रमाणित किया गया है। डब्ल्यू में ऐसा कोई कानून नहीं है जो बताता है कि किसी दस्तावेज की प्रति को कैसे प्रमाणित किया जाए और/या इसे कौन कर सकता है।

हालांकि, शपथ, शपथ पत्र और वैधानिक घोषणा अधिनियम 2005 की अनुसूची 2 के तहत वैधानिक घोषणाओं के लिए गवाह के रूप में अधिकृत व्यक्ति द्वारा दस्तावेजों को प्रमाणित करना सामान्य है। अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश की प्रतियों के प्रमाणीकरण के बारे में और अधिक जानकारी के लिए, लोक अधिवक्ता के कार्यालय की वेबसाइट publicadvocate.wa.gov.au या न्याय विभाग सूचना तथ्य पत्रक - दस्तावेजों की प्रतियों का प्रमाणीकरण - justice.wa.gov.au पर देखें।

मुझे अपने पूर्ण किए गए अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के साथ क्या करना चाहिए?

आपको अपने मूल अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को सुरक्षित स्थान पर रखना चाहिए।

आप My Health Record का उपयोग करके अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश की एक प्रति ऑनलाइन स्टोर कर सकते/सकती हैं। अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को My Health Record में अपलोड करने के लिए digitalhealth.gov.au पर जाएं।

यह अनुशंसा की जाती है कि आप अपने करीबी लोगों और आपकी देखभाल में शामिल लोगों को बताएं कि आपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाया है। आप अपने पूर्ण किए गए अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश की एक प्रति जितने चाहें उतने अपने करीबी लोगों के साथ साझा कर सकते/सकती हैं। इसमें शामिल हो सकते हैं:

- आपका परिवार, दोस्त और देखभाल करने वाले
- स्थायी अभिभावक
- जीपी/स्थानीय चिकित्सक
- अन्य विशेषज्ञ और/या अन्य स्वास्थ्य पेशेवर
- आवासीय वृद्ध देखभाल गृह
- स्थानीय अस्पताल
- कानूनी पेशेवर।

लोगों को यह बताने के लिए कि आपके पास अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश है, आप निम्न का भी उपयोग कर सकते/सकती हैं:

- अपने पर्स या वॉलेट में अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश अलर्ट कार्ड ले कर चलें - आप स्वास्थ्य विभाग की अग्रिम देखभाल योजना लाइन से 9222 2300 पर संपर्क करके या acp@health.wa.gov.au पर ईमेल करके अलर्ट कार्ड ऑर्डर कर सकते/सकती हैं।
- MedicAlert (medicalert.org.au) ब्रेसलेट पहनें।

उन लोगों की सूची बनाएं जिनके पास आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश और अन्य अग्रिम देखभाल योजना दस्तावेजों की एक प्रति है। यदि आप भविष्य में अपने दस्तावेज (दस्तावेजों) को निरस्त (रद्द) करने का निर्णय लेते/लेती हैं, तो किससे संपर्क करना है, यह इस बात की अच्छी रिमाइंडर होगी।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के लिए जांचसूची

यह सुनिश्चित करने के लिए कि आपका अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश मान्य है, मोटे अक्षरों में लिखी क्रियाएँ आवश्यक हैं।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पढ़ें और इस अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश मार्गदर्शिका का उपयोग तैयारी करने और यह समझने के लिए करें कि आप अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को पूरा करते समय क्या विचार करें।

इस बारे में सोचें कि आपके मूल्यों, स्वास्थ्य और देखभाल के बारे में आपके लिए सबसे ज्यादा मायने क्या रखता है और अगर आप भविष्य में गंभीर रूप से अस्वस्थ या घायल हो जाते/जाती हैं तो सबसे ज्यादा मायने क्या रहेगा।

आपके लिए महत्वपूर्ण क्या है और स्वास्थ्य देखभाल के लिए आपके मूल्य और प्राथमिकताएं, जिसमें जीवन-के-अंत तक देखभाल शामिल है, के बारे में अपने करीबी परिवार और दोस्तों से बात करें।

अपने डॉक्टर से अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में सूचीबद्ध जीवन-निर्वाह उपचार विकल्पों की व्याख्या करने के लिए कहें।

इस बारे में सोचें कि क्या आप अपने स्वास्थ्य और जीवन शैली के मामलों के बारे में निर्णयों की जिम्मेदारी लेने के लिए स्थायी अभिभावक नियुक्त करना चाहते/चाहती हैं। यदि आप चाहते/चाहती हैं, तो विचार करें कि आप किसे नियुक्त करना चाहते/चाहती हैं और अपनी इच्छाओं के बारे में उनसे बात करें।

इस बात पर विचार करें कि अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाना कैसे आपके द्वारा पूर्ण किए गए किसी भी अन्य अग्रिम देखभाल योजना दस्तावेजों को प्रभावित कर सकता है।

अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में विवरणों को हाथ से पूरा करें या इलेक्ट्रॉनिक पीडीएफ फॉर्म में टाइप करें।

भाग 1 पूरा करें - मेरे व्यक्तिगत विवरण।

भाग 4 में कम से कम एक उपचार निर्णय लें - मेरे अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश उपचार निर्णय।

यदि आपने अपना अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश बनाने के लिए अनुवादक की सेवाएं ली हैं, तो भाग 5.1 को पूरा करें और इस मार्गदर्शिका के साथ दिए गए अनुवादक कथन को पूरा करें और इसे अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के भाग 5.1 में संलग्न करें।

18 वर्ष या उससे अधिक उम्र के 2 गवाहों की उपस्थिति में, जिसमें एक ऐसा व्यक्ति भी शामिल है जो डब्ल्यूए में वैधानिक घोषणाओं को साक्ष्य करने के लिए अधिकृत है, अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर करके भाग 6 को पूरा करें।

यदि आपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर करने के लिए हस्ताक्षर के अलावा किसी अन्य चिह्न का उपयोग किया है, तो इस मार्गदर्शिका के साथ दिए गए मार्क्समैन क्लॉज को पूरा करें और इसे अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश के भाग 6 में संलग्न करें।

प्रमाणित प्रतियां बनाएं और [My Health Record \(myhealthrecord.gov.au\)](http://myhealthrecord.gov.au) पर एक प्रति अपलोड करें ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि यदि आवश्यक हो तो आपका इलाज करने वाले स्वास्थ्य पेशेवरों के लिए आपका अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश उपलब्ध है।

मूल अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को सुरक्षित स्थान पर रखें।

अपने करीबी परिवार और दोस्तों तथा आपकी देखभाल में शामिल लोगों को अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश की प्रमाणित प्रतियां दें।

अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश की समीक्षा करने के लिए एक समय (2 से 5 वर्षों में) की योजना बनाएं या यदि आपकी स्वास्थ्य परिस्थितियों में परिवर्तन होता है तो इसे तुरंत करें।

और अधिक जानकारी के लिए कहां जाएं

यह खंड उन संगठनों की सूची प्रदान करता है जो आपको अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को समझने और बनाने में मदद कर सकते हैं।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश

स्वास्थ्य विभाग डब्ल्यूए – अग्रिम देखभाल योजना सूचना लाइन

सामान्य प्रश्न और निःशुल्क अग्रिम देखभाल योजना संसाधनों का ऑर्डर देने के लिए (जैसे अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश)

फोन: 9222 2300

ईमेल: acp@health.wa.gov.au

वेबसाइट: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

उपशामक देखभाल हेल्पलाइन

अग्रिम देखभाल योजना, उपशामक देखभाल, दुःख और हानि से संबंधित मुद्दों पर सूचना और समर्थन

फोन: 1800 573 299 (हर दिन सुबह 9 से शाम 5 बजे तक)

वेबसाइट: palliativecarewa.asn.au

उपशामक देखभाल डब्ल्यूए

निःशुल्क अग्रिम देखभाल योजना सामुदायिक कार्यशालाओं के बारे में सामान्य प्रश्न, संसाधन और जानकारी

फोन: 1300 551 704 (सोमवार से गुरुवार)

वेबसाइट: palliativecarewa.asn.au

अग्रिम देखभाल योजना ऑस्ट्रेलिया निशुल्क समर्थन सेवा

स्वास्थ्य पेशेवरों और उपभोक्ताओं से सामान्य प्रश्न और अग्रिम देखभाल योजना दस्तावेजों को पूरा करने में समर्थन

फोन: 1300 208 582 (सोमवार से शुक्रवार सुबह 9 बजे से शाम 5 बजे तक एईएसटी)

वेबसाइट: advancecareplanning.org.au

स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप

लोक अधिवक्ता का कार्यालय

स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप, स्थायी अभिभावकों और आकलन क्षमता के बारे में जानकारी

फोन: 1300 858 455

ईमेल: opa@justice.wa.gov.au

वेबसाइट: publicadvocate.wa.gov.au

चिकित्सीय सलाह

सलाह के लिए अपने जीपी, विशेषज्ञ या स्थानीय चिकित्सक से मिलें

healthdirect Australia

स्वास्थ्य सलाह के लिए गोपनीय फोन सेवा आपको स्थानीय जीपी के पास निर्देशित कर सकती है या आप किसी पंजीकृत नर्स से बात कर सकते/सकती हैं

फोन: 1800 022 222 (वर्ष के हर दिन, किसी भी समय उपलब्ध)

वेबसाइट: healthdirect.gov.au

कानूनी सलाह

सलाह के लिए अपने वकील या अधिवक्ता से मिलें

पश्चिमी ऑस्ट्रेलिया की कानूनी संस्था

फोन: 9324 8600

वकील रेफरल पूछताछ अनुभाग खोजें: lawsocietywa.asn.au/find-a-lawyer

नागरिक सलाह केंद्र

फोन: 9221 5711

वेबसाइट: cabwa.com.au

सामुदायिक कानूनी केंद्र

फोन: 9221 9322

वेबसाइट: communitylegalwa.org.au

कानूनी सहायता डब्ल्यूए

फोन: 1300 650 579

वेबसाइट: legalaidservice.wa.gov.au

स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप और अग्रिम स्वास्थ्य निर्देशों के संचालन के बारे में आवेदन

राज्य प्रशासनिक न्यायाधिकरण (एसएटी)

फोन: 1300 306 017

वेबसाइट: sat.justice.wa.gov.au

यदि आपको अनुवादक या दुभाषिये की आवश्यकता है

यदि आपको इस मार्गदर्शिका को समझने में कठिनाई हो रही है और आप इसे किसी अन्य भाषा में अनुवादित करवाना चाहते/चाहती हैं, तो पश्चिमी ऑस्ट्रेलियाई अनुवादक और दुभाषिया संस्थान (WAITI) एवं अनुवादकों और दुभाषियों का राष्ट्रीय प्रत्यायन प्राधिकरण (NAATI) के पास ऑनलाइन निर्देशिकाएं हैं, जिनमें आपकी सहायता करने में सक्षम योग्य और विश्वसनीय अनुवादकों और दुभाषियों की सूची है। आप आदिवासी दुभाषिया डब्ल्यूए से भी संपर्क कर सकते/सकती हैं।

आदिवासी दुभाषिया डब्ल्यूए

फोन: 0439 943 612

वेबसाइट: aiwaac.org.au

यदि आप बधिर हैं या आपको सुनने या बोलने में दिक्कत है

इस अनुभाग में किसी भी एजेंसी को फोन करने के लिए राष्ट्रीय रिले सेवा का उपयोग करें। और अधिक जानकारी के लिए: communications.gov.au/accesshub पर जाएं



सामान्य शब्दावली

यह खंड अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में प्रयुक्त सामान्य शब्दों की परिभाषाएं प्रदान करता है।

अग्रिम देखभाल योजना

भविष्य के स्वास्थ्य और व्यक्तिगत देखभाल के लिए योजना बनाने की एक स्वैच्छिक प्रक्रिया जिसके द्वारा व्यक्ति के मूल्यों, विश्वासों और प्राथमिकताओं को भविष्य में, जब वह व्यक्ति अपने निर्णयों को ले या बता नहीं सकता/सकती है, निर्णय लेने में मार्गदर्शन करने के लिए ज्ञात कराया जाता है।

अग्रिम देखभाल योजना दस्तावेज

अग्रिम देखभाल योजना के परिणामस्वरूप दस्तावेजों (सांविधिक और गैर-सांविधिक सहित) को शामिल करने के लिए एक परिपूर्ण शब्द। डब्ल्यूए में, इसमें अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश, मूल्य और प्राथमिकता फॉर्म: मेरी भविष्य की देखभाल के लिए योजना, स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप, और निर्णय लेने की अपर्याप्त क्षमता वाले लोगों के लिए अग्रिम देखभाल योजना शामिल हैं।

अग्रिम देखभाल योजना

वे दस्तावेज जो भविष्य की देखभाल के निर्णयों के संबंध में किसी व्यक्ति के विश्वासों, मूल्यों और प्राथमिकताओं को दर्ज करते हैं, लेकिन जो व्यक्ति की योग्यता की कमी, निर्णय लेने की अपर्याप्त क्षमता या औपचारिकताओं की कमी (जैसे कि व्यक्ति की अपर्याप्त पहचान, हस्ताक्षर और तारीख) के कारण वैधानिक या सामान्य कानून मान्यता की आवश्यकताओं को पूरा नहीं करते हैं। अग्रिम देखभाल योजना मौखिक या लिखित हो सकता है, जिसमें लिखित को प्राथमिकता दी जाती है।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश

पूर्ण कानूनी क्षमता वाले वयस्क द्वारा पूरा किया गया एक स्वैच्छिक, व्यक्ति-नेतृत्व वाला कानूनी दस्तावेज जो भविष्य की देखभाल के निर्णयों, जिसमें उनके पसंदीदा परिणाम और देखभाल शामिल हैं, के लिए किसी व्यक्ति के मूल्यों और प्राथमिकताओं पर केंद्रित है।

यह उस उपचार (उपचारों) को निर्दिष्ट करता है जिसके लिए विशिष्ट परिस्थितियों में सहमति प्रदान या अस्वीकार कर दी जाती है और केवल तभी प्रभावी होता है जब व्यक्ति अपनी इच्छाओं को बताने में असमर्थ हो जाता है।

क्षमता

किसी व्यक्ति में क्षमता होती है जब वे:

- उनके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में निर्णयों को लेने में मदद करने के लिए उन्हें दी गई किसी भी जानकारी या सलाह को समझें
- अपने भविष्य के उपचार और देखभाल पर अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में उनके द्वारा लिए गए निर्णयों के संभावित प्रभावों को समझें
- अपने भविष्य के उपचार और देखभाल के बारे में अपने निर्णयों के संभावित पक्ष और विपक्ष का आकलन करने में सक्षम हैं
- अपने भविष्य के उपचार और स्वास्थ्य देखभाल के बारे में अपने निर्णयों को किसी तरह से बताने में सक्षम हैं।

प्रमाणित प्रति

उचित रूप से साक्ष्य अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश की एक फोटोकॉपी जिसे अधिकृत गवाह द्वारा मूल दस्तावेज की सीधी प्रति के रूप में प्रमाणित किया गया है।

जीवन-के-अंत तक

वह समय सीमा जिसके दौरान कोई व्यक्ति जीवन-सीमित या संभावित रूप से घातक स्थिति के साथ रहता है। लोगों को जीवन-के-अंत के करीब माना जाता है यदि यह संभावना है कि वे अगले 12 महीनों के दौरान मृत हो जाएंगे।

स्थायी पॉवर ऑफ अटॉर्नी

वह दस्तावेज जिसमें एक व्यक्ति अपने वित्तीय मामलों का प्रबंधन करने के लिए किसी व्यक्ति (जो एक वकील के रूप में जाना जाता है) को नामित करता है।

स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप (ईपीजी)

स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप एक कानूनी दस्तावेज है जिसमें एक व्यक्ति, अगर वे भविष्य में इन मामलों के बारे में उचित निर्णयों को लेने में असमर्थ हैं, एक स्थायी अभिभावक को अपनी ओर से व्यक्तिगत, जीवन शैली और उपचार के निर्णयों को लेने के लिए नामित करता है।

स्थायी अभिभावक

नियुक्तकर्ता की ओर से व्यक्तिगत, जीवन शैली, उपचार और चिकित्सा अनुसंधान निर्णयों को लेने के लिए स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप के तहत नियुक्त व्यक्ति।

स्वास्थ्य देखभाल

स्वास्थ्य देखभाल में चिकित्सा उपचार, जीवन-निर्वाह उपचार, सर्जरी, मानसिक स्वास्थ्य उपचार, दवाएं, दंत चिकित्सा उपचार, मातृत्व देखभाल, आपातकालीन देखभाल, नर्सिंग देखभाल, पोडियाट्री, फिजियोथेरेपी, ऑप्टोमेट्री, मनोवैज्ञानिक चिकित्सा, आदिवासी स्वास्थ्य देखभाल, व्यावसायिक चिकित्सा, और पंजीकृत स्वास्थ्य चिकित्सकों द्वारा प्रदान की जाने वाली अन्य सेवाएं जैसे पारंपरिक चीनी चिकित्सा शामिल हो सकती हैं।

स्वास्थ्य पेशेवर

कोई भी पंजीकृत पेशेवर जो स्वास्थ्य क्षेत्र में किसी अध्ययन का विषय, जिसमें सीखने के एक निकाय का अनुप्रयोग शामिल है, या पेशे, जिसमें विशेष रूप से कानून द्वारा परिभाषित पेशे से संबंधित व्यक्ति शामिल है, का अभ्यास करता है।

एलजीबीटीक्यूआईए+

जो लोग खुद को समलैंगिक-स्त्री, समलैंगिक-पुरुष, उभयलिंगी, ट्रांसजेंडर, अंतरलिंगी, क्रीर/प्रश्नवाचक, अलैंगिक और/या अन्य विविध यौन अभिविन्यासों तथा लिंग पहचानों के रूप में पहचान करते हैं।

जीवन-निर्वाह उपाय या उपचार

चिकित्सा, शल्य चिकित्सा या नर्सिंग प्रक्रियाएं जो उस महत्वपूर्ण शारीरिक कार्य को प्रतिस्थापित करती हैं जो स्वतंत्र रूप से काम करने में असमर्थ है। सहायक वेंटिलेशन और कार्डियोपल्मोनरी पुनर्जीवन शामिल है।

चिकित्सा अनुसंधान

चिकित्सा या स्वास्थ्य के क्षेत्र में व्यक्तियों या उनके डेटा या ऊतक, के साथ या उनके बारे में अनुसंधान, और उस शोध के प्रयोजनों के लिए की गई गतिविधि शामिल है।

उपशामक देखभाल

वह स्वास्थ्य देखभाल जो जीवन के लिए खतरे वाली बीमारी या स्थिति से ग्रसित लोगों, उनके परिवार और देखभाल करने वालों सहित, के जीवन की गुणवत्ता में सुधार लाने पर केंद्रित है।

उपशामक देखभाल व्यक्ति और उनके परिवार/देखभालकर्ता के महत्व और विशिष्टता को पहचानती है। यह शारीरिक, सामाजिक, वित्तीय, भावनात्मक और आध्यात्मिक संकटों, जो सभी व्यक्ति के अनुभव और उनके उपचार के परिणामों को प्रभावित कर सकते हैं, पर विचार करती है।

लोक अधिवक्ता

निर्णय लेने की अक्षमता वाले वयस्कों के अधिकारों की रक्षा और बढ़ावा देने के लिए *संरक्षकता और प्रशासन अधिनियम 1990* के तहत नियुक्त एक वैधानिक अधिकारी।

राज्य प्रशासनिक न्यायाधिकरण (एसएटी)

वह न्यायिक निकाय, जो *संरक्षकता और प्रशासन अधिनियम 1990* के तहत, स्थायी पॉवर ऑफ गार्जियनशिप और अग्रिम स्वास्थ्य निर्देशों के संचालन के बारे में मामलों की सुनवाई करता है।

उपचार निर्णय

किसी भी उपचार को शुरू करने या जारी रखने के लिए सहमति देने या मना करने का निर्णय।

तत्काल उपचार

किसी व्यक्ति के जीवन को बचाने के लिए, व्यक्ति के स्वास्थ्य को गंभीर नुकसान से बचाने के लिए या व्यक्ति को अधिक दर्द या संकट से पीड़ित होने या पीड़ा को जारी रखने से रोकने के लिए रोगी के लिए आवश्यक तत्काल उपचार।

अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश में उपयोग की जाने वाली चिकित्सा शब्दावली नीचे दी गई है।

एंटीबायोटिक दवाएं

एक प्रकार की दवा जिसका उपयोग संक्रमण के इलाज के लिए किया जाता है।

कृत्रिम जलयोजन

नली के माध्यम से शिरा, ऊतक या पेट में दिए जाने वाले तरल पदार्थ।

कृत्रिम पोषण

नाक या पेट के माध्यम से भोजन नली द्वारा दिया जाने वाला भोजन।

रक्त उत्पाद

रक्त में लाल कोशिकाएँ, श्वेत कोशिकाएँ, प्लेटलेट्स, एंटीबॉडी और जीवन-रक्षक प्रोटीन जैसे कि जो हमें खून बहने से रोकने में मदद करते हैं, होते हैं। 'रक्त उत्पाद' शब्द में रक्त के एक घटक से प्राप्त कोई भी उत्पाद शामिल है।

रक्त आधान

रोगी की रक्त वाहिका में नली के माध्यम से दिया गया रक्त या रक्त उत्पाद।

कार्डियोपल्मोनरी पुनर्जीवन (सीपीआर)

हृदय को पंप करने के लिए आपातकालीन उपाय (छाती संपीड़न और/या डिफाइब्रिलेटर के उपयोग द्वारा) तथा हृदय और/या श्वास बंद होने पर सहायक वेंटिलेशन।

कीमोथेरेपी

कैंसर के इलाज के लिए इस्तेमाल की जाने वाली दवाएं। कीमोथेरेपी में शरीर में कैंसर कोशिकाओं के प्रसार को मारने या रोकने के लिए दवाओं का उपयोग शामिल है।

डायलिसिस

रक्त से अपशिष्ट उत्पादों को हटाने तथा द्रव और इलेक्ट्रोलाइट असंतुलनों को ठीक करने के लिए गुर्दे की विफलता वाले रोगियों में आमतौर पर की जाने वाली प्रक्रिया।

बीमारी

विशिष्ट, सुपरिभाषित लक्षणों वाली कोई बीमारी या रोग।

गहन देखभाल

गंभीर रूप से बीमार लोग जिन्हें गहन निगरानी की आवश्यकता होती है, के लिए जीवन समर्थन या अंग समर्थन प्रदान करने से संबंधित चिकित्सा की एक शाखा। इसे क्रिटिकल केयर चिकित्सा के रूप में भी जाना जाता है।

इंट्यूबेशन और वेंटिलेशन

उन चिकित्सा प्रक्रियाओं का उपयोग जब कोई व्यक्ति स्वयं सांस लेने में असमर्थ होता है। इंट्यूबेशन उनके फेफड़ों में एक ट्यूब (आमतौर पर व्यक्ति के मुंह के माध्यम से) डालने का मार्ग है। वेंटिलेशन ट्यूब के माध्यम से हवा पारित करने का कार्य है।

अंतःशिरा

वह शब्द जिसका अर्थ है 'नस में'। उदाहरण के लिए, अंतःशिरा तरल पदार्थ ऐसे तरल पदार्थ होते हैं जो किसी व्यक्ति की नसों में इंजेक्शन या ड्रिप द्वारा दिए जाते हैं।

जीवन-सीमित बीमारी/स्थिति

एक बीमारी, स्थिति या चोट जिसके परिणामस्वरूप मृत्यु होने की संभावना है, लेकिन जब मृत्यु आसन्न हो, तो अंतिम चरण तक सीमित नहीं है।

दर्द निवारक दवाई

दर्द कम करने के उद्देश्य से दी जाने वाली कोई भी दवाई। दर्द की दवाई मुंह, इंजेक्शन या त्वचा पर लगाए गए पैच सहित कई तरीकों से दी जा सकती है।

रोगी

कोई भी व्यक्ति जिसे इलाज की जरूरत है।

पक्षाघात

शरीर में कुछ मांसपेशियों का उपयोग करने या नियंत्रित करने की क्षमता का नुकसान। पक्षाघात अक्सर तंत्रिका क्षति के कारण होता है।

सेप्सिस

जीवन के लिए खतरे वाली स्थिति जो तब होती है जब संक्रमण के जवाब में शरीर अपने स्वयं के ऊतकों और अंगों को नुकसान पहुंचाता है। यदि सेप्सिस का निदान और इलाज जल्दी नहीं किया जाता है, तो सेप्सिस से सेप्टिक शॉक, अंग विफलता और यहां तक कि मृत्यु भी हो सकती है।

स्ट्रोक

मस्तिष्क के लिए रक्त वाहिका में रुकावट या फटने के कारण मस्तिष्क के कार्य का अचानक नुकसान, जिसकी विशिष्टता है मांसपेशियों के नियंत्रण में कमी, सनसनी या चेतना की कमी या हानि, चक्कर आना, लड़खड़ाती बोली, या अन्य लक्षण जो मस्तिष्क को हुए नुकसान की सीमा और गंभीरता पर निर्भर होते हैं।

पूर्ण अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का एक उदाहरण

निम्नलिखित पृष्ठ पूर्ण अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश का एक उदाहरण प्रदान करते हैं। आप अपने स्वयं के अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को तैयार करने और पूरा करने में सहायता के लिए इसका उल्लेख कर सकते/सकती हैं।

याद रखें, आपके अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को पूरा करने में समय लगता है। आपको इसे एक बार में पूरा करने की जरूरत नहीं है। आप इसे भागों में पूरा कर सकते/सकती हैं।

इस मार्गदर्शिका के साथ प्रदान किए गए इंसर्ट

इस मार्गदर्शिका के साथ इंसर्ट के रूप में एक खाली अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश दिया गया है।

उपयोग के लिए अतिरिक्त पृष्ठ भी उपलब्ध कराए जाते हैं यदि:

- भाग 4.2 - अन्य उपचार निर्णय, को पूरा करने के लिए आपको अतिरिक्त स्थान की आवश्यकता है
- आपने अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश को बनाने के लिए अनुवादक की सेवाएं लीं थीं
- आप अपने अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश पर हस्ताक्षर करने के लिए हस्ताक्षर के अलावा किसी अन्य प्रकार के चिह्न का उपयोग करते/करती हैं।

ये दस्तावेज healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives पर भी उपलब्ध हैं।



XY310580

Advance Health Directive

This form is for people who want to make an Advance Health Directive in Western Australia.

To make an Advance Health Directive, you **must be 18 years or older and have full legal capacity.** Your Advance Health Directive is about your future treatment. It will only come into effect if you are unable to make reasonable judgements or decisions at a time when you require treatment.



Part 4 marked with this symbol, contains your treatment decisions. If you choose not to make any treatment decisions in Part 4, then the document is not considered a valid Advance Health Directive under the *Guardianship and Administration Act 1990*.

Please tick the box below to indicate that by making this Advance Health Directive you revoke all prior Advance Health Directives completed by you.

In making this Advance Health Directive, I revoke all prior Advance Health Directives made by me.

This form includes instructions to help you complete your Advance Health Directive. For more information on how to complete the form and to see examples, please read the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia*.

Before you make your Advance Health Directive, you are encouraged to seek medical and/or legal advice, and to discuss your decisions with family and close friends. It is important that people close to you know that you have made an Advance Health Directive and where to find it. Once you complete your Advance Health Directive, it is recommended that you:

- store the original in a safe and accessible place
- tell your close family and friends that you have made an Advance Health Directive and where to find it
- upload a copy of your Advance Health Directive to My Health Record – this will ensure that your Advance Health Directive is available to your treating doctors if it is needed
- give a copy of your Advance Health Directive to health professionals regularly involved in your healthcare (for example, your General Practitioner (GP), a hospital you attend regularly, and/or other health professionals involved in your care).

If English is not your first language, you may choose to engage a translator. Western Australian Institute of Translators and Interpreters (WAITI) and National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) have online directories which list qualified and credentialed translators able to assist you.

Advance Health Directive

Part 1: My personal details

You must complete this section

You **must** complete this section.

You **must** include the date, your full name, date of birth and address.

This Advance Health Directive is made under the **Guardianship and Administration Act 1990 Part 9B** on the:

of:	15th	(day)
	October	(month)
	2021	(year)
by:	Marie Catherine Richards	(name)

Full name	Marie Catherine Richards		
Date of birth	3rd October 1951		
Address	5 Richmond Street		
	Canning Vale	WA	6155
	Suburb	State	Postcode
Phone number	9000 0000		
Email	marierichards@gmail.com.au		

Part 2: My health

2.1 My major health conditions

Use Part 2.1 to list details about your major health conditions (physical and/or mental).

Cross out Part 2.1 if you do not want to complete it.

Please list any major health conditions below:

I was diagnosed with bowel cancer 7 years ago. I had surgery and chemotherapy.

I am in remission but have been told there is a chance the cancer may come back.

I also have high blood pressure and cholesterol. I am on medication for the blood pressure.

2.2 When talking with me about my health, these things are important to me

Use Part 2.2 to provide information about what is important to you when talking about your treatment.

This might include:

- How much do you like to know about your health conditions?
- What do you need to help you make decisions about treatment?
- Would you like to have certain family members with you when receiving information from your health professionals?

Cross out Part 2.2. if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you when talking to health professionals about your treatment:

I like to know as much as I can about all my health conditions.

It takes me a long time to understand what my GP and health professionals tell me in appointments. I like to take my son with me to appointments – he knows how best to explain everything to me.

Part 3: My values and preferences

This part encourages you to think about your values and preferences relating to your health and care now and into the future. This may help you to decide what future treatment decisions you want to make in Part 4: My Advance Health Directive Treatment Decisions.

In this part, you are not making decisions about your future treatment. Use Part 4 to make decisions about your future treatments.

Cross out any parts that you do not want to complete.

3.1 These things are important to me

Use Part 3.1 to provide information about what 'living well' means to you now and into the future.

This might include:

- What are the most important things in your life?
- What does 'living well' mean to you?

Cross out Part 3.1 if you do not want to complete it.

Please describe what 'living well' means to you now and into the future. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe:

My family and friends are the most important thing in my life. I also like to go to my local lawn bowls at the community centre where I have a regular group of friends that I bowl with every week. I would like to keep visiting them and bowling for as long as I can.

- Spending time with family and friends
- Living independently
- Being able to visit my home town, country of origin, or spending time on country
- Being able to care for myself (e.g. showering, going to the toilet, feeding myself)
- Keeping active (e.g. playing sport, walking, swimming, gardening)
- Enjoying recreational activities, hobbies and interests (e.g. music, travel, volunteering)
- Practising religious, cultural, spiritual and/or community activities (e.g. prayer, attending religious services)
- Living according to my cultural and religious values (e.g. eating halal, kosher foods only)
- Working in a paid or unpaid job

Part 3: My values and preferences

3.2 These are things that worry me when I think about my future health

Use Part 3.2 to provide information about things that worry you about your future health.

This might include:

- Being in constant pain.
- Not being able to make your own decisions.
- Not being able to care for yourself.

Cross out Part 3.2 if you do not want to complete it.

Please describe any worries you have about the outcomes of future illness or injury:

I have occasional aches and pains that come with being 70 years old but I really worry about constant pain. I don't think I could cope if I was always in pain.

I also worry about my family and friends not being able to understand me and about not being able to communicate as I have always done.

3.3 When I am nearing death, this is where I would like to be

Use Part 3.3 to indicate where you would like to be when you are nearing death.

When you are nearing death, do you have a preference of where you would like to spend your last days or weeks?

Cross out Part 3.3. if you do not want to complete it.

Please indicate where you would like to be when you are nearing death. Tick the option that applies you. You can provide more detail about the option you choose in the space below.

- I want to be at home – where I am living at the time
- I do not want to be at home – provide more details below
- I do not have a preference – I would like to be wherever I can receive the best care for my needs at the time
- Other – please specify:

Please provide more detail about your choice:

I would really like to stay at home for as long as possible. If my family find it too hard to look after me at home, then I understand it will be best if I move into a nursing home. I trust them to choose a home that is right for me.

Part 3: My values and preferences

3.4 When I am nearing death, these things are important to me

Use Part 3.4 to provide information about what is important to you when you are nearing death.

This might include:

- What would comfort you when you are dying?
- Who would you like around you?

Cross out Part 3.4 if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you and what would comfort you when you are nearing death. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe: *I grew up on a farm in the country so I would really like to visit the countryside and be near open spaces as I am nearing death.*

- I do not want to be in pain, I want my symptoms managed, and I want to be as comfortable as possible. (Please provide details of what being comfortable means to you)

- I want to have my loved ones and/or pets around me (Please provide details of who you would like with you)

I would like my sister, my children, grandchildren and my dog, Abbey, to be with me.

- It is important to me that cultural or religious traditions are followed (Please provide details of any specific traditions that are important for you)

- I want to have access to pastoral/spiritual care (Please provide details of what is important for you)

- My surroundings are important to me (e.g. quiet, music, photographs) (Please provide details of what is important for you.)

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions

This part of your Advance Health Directive contains treatment decisions in respect of your future treatment. A **treatment** is any medical or surgical treatment including palliative care and life-sustaining measures (such as assisted ventilation and cardiopulmonary resuscitation), dental treatment, or other healthcare.

A **treatment decision** in an Advance Health Directive is a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of any treatment and includes a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of the person's participation in medical research. This decision applies at any time you are unable to make reasonable judgements in respect of that treatment.

Treatment to which you consent in this Advance Health Directive can be provided to you. Treatment to which you refuse consent to in this Advance Health Directive cannot be provided to you. Your enduring guardian or guardian or another person cannot consent or refuse consent on your behalf to any treatment to which this Advance Health Directive applies.

It is recommended that you discuss your treatment decisions with your doctor before completing this part.

Cross out any parts if you do not want to complete them.

Note: You MUST make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions

Use Part 4.1 to indicate your instructions for future life-sustaining treatments.

You can give an overall instruction or list individual treatments that you consent or refuse consent to receiving in future. You can also list circumstances in which you consent or refuse consent to a particular treatment.

Life-sustaining treatments are treatments used to keep you alive or to delay your death.

Read all options before making a decision. The options are over 2 pages.

Cross out Part 4.1 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

If I do not have the capacity to make or communicate treatment decisions about my healthcare in the future, I make the following decisions about life-sustaining treatment:

Tick only one of the following options. If you choose Option 4, complete the table overleaf.

Option 1 **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

Option 2 **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life unless it is apparent that I am so unwell from injury or illness that there is no reasonable prospect that I will recover to the extent that I can survive without continuous life-sustaining treatments. In such a situation, I withdraw consent to life-sustaining treatments.**

Or

Option 3 **I refuse consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

Option 4 **I make the following decisions about specific life-sustaining treatments as listed in the table below. (Tick a box in each row of the table).**

Or

Option 5 **I cannot decide at this time.**

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

**Please complete this table if you have ticked Option 4 above.
If you have ticked Option 1, 2, 3 or 5, do not complete this table.**

This table lists some common life-sustaining treatments. Use the boxes to indicate which treatments you consent to or refuse consent to receiving. You can also list circumstances in which you consent to treatment. There is also space for you to add any life-sustaining treatments not listed here.

Tick one box per row in the table below.

If you choose Option B for any treatments, please specify the circumstances in which you consent to the treatment.

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
CPR Cardiopulmonary resuscitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Assisted ventilation A machine that helps you breathe using a face mask or tube	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment? <i>Only if this treatment was temporary and if I could then return home, even with oxygen. I do not want to be permanently on a breathing machine in hospital or in a nursing home.</i>			
Artificial hydration Fluids given via a tube into a vein, tissues or the stomach	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Artificial nutrition A feeding tube through the nose or stomach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
Receiving blood products such as a blood transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Antibiotics Drugs given to help fight infection, given by mouth, injection or by drip tube	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Use the boxes below to list any other life-sustaining treatments you do/do not consent to receive:				
Other life-sustaining treatment (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Other life-sustaining treatment (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.2 Other treatment decisions

Use Part 4.2 to indicate your decisions for other (non-life-sustaining) treatments.

There are a range of other treatments that may be options for you in future.

Examples include treatments for mental health (e.g. electroconvulsive therapy) and drugs used to prevent certain health conditions (e.g. aspirin, cholesterol treatments).

When making the treatment decision, list the circumstances in which you want your decision to apply (e.g. in all circumstances, or specify particular circumstances).

A treatment decision only applies in the circumstances you specify.

Please ensure you indicate in the 'My treatment decisions' column whether you consent or refuse consent to any treatment you refer to.

If you need more space, use the blank My Advance Health Directive treatment decisions form provided as an insert with the Advance Health Directive form.

Cross out Part 4.2 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Health circumstances	My treatment decisions
<i>I have very high cholesterol</i>	<p><i>Do not give me cholesterol absorption inhibitors.</i></p> <p><i>I cannot tolerate the side effects.</i></p>

I have made more treatment decisions using the template and attached _____ (specify number of pages) additional pages.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research

Use Part 4.3 to provide treatment decisions about the types of medical research you consent or refuse consent to take part in, and any circumstances in which these decisions apply.

Taking part in medical research may be an option for you even if you are unable to make or communicate decisions.

A treatment decision may include deciding whether to start or continue to take part in medical research. Your involvement in medical research, and any treatments you receive as part of the medical research, must be consistent with what you have agreed in your Advance Health Directive. The decisions you make in your Advance Health Directive about participating in medical research only operate while you are alive.

If you do not make a decision about participation in medical research, Part 9E of the *Guardianship and Administration Act 1990* will operate as to how decisions will be made about participation in medical research.

Cross out Part 4.3 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Please tick a box showing whether you consent to taking part in the listed medical research activities and the circumstances in which you would consent. You may tick more than one circumstance for each research activity.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
The administration of pharmaceuticals or placebos (inactive drug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
The use of equipment or a device	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Providing health care that has not yet gained the support of a substantial number of practitioners in that field of health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Providing health care to carry out a comparative assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Taking blood samples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taking samples of tissue or fluid from the body, including the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any non-intrusive examination of the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A non-intrusive examination of height, weight or vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Being observed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Undertaking a survey, interview or focus group	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Collecting, using or disclosing information, including personal information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considering or evaluating samples or information taken under an activity listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Any other medical research not listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Part 5: People who helped me complete this form

5.1 Did you use the services of a translator when completing this form?

Use Part 5.1 to show whether you engaged a translator in completing this form.

If English is not your first language, you can engage a translator when completing this form.

If you engaged a translator when making this Advance Health Directive, you and your translator should complete the translator statement provided in the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia* and attach it to your Advance Health Directive.

Cross out Part 5.1 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	<input checked="" type="checkbox"/>	English is my first language – I did not need to engage a translator.
Option 2	<input type="checkbox"/>	English is not my first language – I engaged a translator when making this Advance Health Directive and I have attached a translator statement.
Option 3	<input type="checkbox"/>	English is not my first language – I did not engage a translator when making this Advance Health Directive.

Part 5: People who helped me complete this form

5.2 Have you made an Enduring Power of Guardianship (EPG)?

Use Part 5.2 to indicate whether you have made an Enduring Power of Guardianship (EPG) and provide details if relevant.

An Enduring Power of Guardianship (EPG) allows you to name and legally appoint one or more people to make decisions about your lifestyle and healthcare if you lose capacity.

A person you appoint to make decisions on your behalf is called an enduring guardian.

An enduring guardian cannot override decisions made in your Advance Health Directive.

Cross out Part 5.2 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	<input type="checkbox"/> I have not made an Enduring Power of Guardianship.
Option 2	<input checked="" type="checkbox"/> I have made an Enduring Power of Guardianship.

My EPG was made on:

10th	(day)
of: March	(month)
2015	(year)

My EPG is kept in the following place (be as specific as possible):

The top drawer of my office drawers with my birth certificate.

I appointed the following person/s as my enduring guardian:

Name: Phone:

Joint Enduring Guardian (if appointed):

Name: Phone:

Substitute enduring guardian/s (if any):

Name: Phone:

Other substitute enduring guardian (if more than one):

Name: Phone:

Part 5: People who helped me complete this form

5.3 Did you seek medical and/or legal advice about making this Advance Health Directive?

Use Part 5.3 to indicate whether you obtained medical and/or legal advice before making this Advance Health Directive and provide details if relevant.

You are encouraged (but not required) to seek medical and/or legal advice to make an Advance Health Directive.

Cross out Part 5.3 if you do not want to complete it.

Medical advice

Option 1	<input type="checkbox"/>	I did not obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.
Option 2	<input checked="" type="checkbox"/>	I did obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained medical advice from:

Name:	Dr Alan Ng
Phone:	9000 0000
Practice:	Shepperton Road Family Practice

Legal advice

Option 1	<input checked="" type="checkbox"/>	I did not obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.
Option 2	<input type="checkbox"/>	I did obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained legal advice from:

Name:	
Phone:	
Practice:	

Part 6: Signature and witnessing

You must complete this section

- You **must** sign this Advance Health Directive in the presence of 2 witnesses. If you are physically incapable of signing this Advance Health Directive, you can ask another person to sign for you. You must be present when the person signs for you.
- 2 witnesses must be present when you sign this Advance Health Directive or when another person signs for you.
- Each of the witnesses must be 18 years of age or older and cannot be you or the person signing for you (if applicable).
- At least one of the witnesses must be authorised by law to take statutory declarations.
- The witnesses must also sign this Advance Health Directive. Both witnesses must be present when each of them signs. You and the person signing for you (if applicable) must also be present when the witnesses sign.

You must sign this form in the presence of 2 witnesses. Both witnesses must be present when you sign this form. The witnesses must sign in each other's presence.

Signed by: (signature of person making this Advance Health Directive)



Date: (dd/mm/year)

Or


Signed by: (name of person who the maker of Advance Health Directive has directed to sign)

Date: (dd/mm/year)


In the presence of, and at the direction of: (insert name of maker of Advance Health Directive)

Date: (dd/mm/year)

Witnessed by a person authorised by law to take statutory declarations:

Authorised witness's signature:	
Authorised witness's full name:	Georgina Tulloch
Address:	16 Wallock Street, West Leederville, WA 6007
Occupation of authorised witness:	Teacher
Date: (dd/mm/year)	04/08/2022

And witnessed by another person:

Witness's signature:	
Witness's full name:	Robert Williams
Address:	45 Fort Avenue, Wembley, WA 6014
Date: (dd/mm/year)	04/08/2022

विकलांगता से ग्रसित व्यक्ति के अनुरोध पर यह दस्तावेज
वैकल्पिक स्वरूपों में उपलब्ध कराया जा सकता है (संपर्क करें
9222 2300 या acp@health.wa.gov.au).

© स्वास्थ्य विभाग 2022

इस सामग्री का कॉपीराइट पश्चिमी ऑस्ट्रेलिया राज्य में निहित है जब तक कि अन्यथा संकेत न दिया गया हो।
कॉपीराइट अधिनियम 1968 के प्रावधानों के तहत निजी अध्ययन, अनुसंधान, आलोचना या समीक्षा के उद्देश्यों के
लिए किसी भी निष्पक्ष व्यवहार के अलावा, पश्चिमी ऑस्ट्रेलिया राज्य की लिखित अनुमति के बिना किसी भी हिस्से को
किन्हीं भी उद्देश्यों के लिए पुनः प्रस्तुत या पुनः पयोग नहीं किया जा सकता है।