



**Advance Directives and Durable
Power of Attorney
for Health Care**

**অ্যাটর্নি ফর হেলথ কেয়ারের অ্যাডভান্স
ডিরেক্টিভ এবং
ডিউরেবল পাওয়ার**

*This form lets you have a say about how you want
to be treated if you get very sick.*

*আপনি ভীষণ অসুস্থ হয়ে পড়লে কীভাবে চিকিৎসা পেতে চান তা এই ফর্মের মাধ্যমে আপনি
জানাতে পারবেন।*



Adapted with approval from the Creative Commons Attribution-Non Commercial-Share Alike License
by Henry Ford Health System. Revised March 2014

(ক্রিয়েটিভ কমন্স অ্যাট্রিবিউশান - নন কমারসিয়াল - শেয়ার অ্যালাইক লাইসেন্স, Henry Ford হেলথ সিস্টেম
দ্বারা অনুমোদন সাপেক্ষে পালিত। পরিমার্জিত মার্চ 2014)

This form has five parts. It lets you:

এই ফর্মটি পাঁচটি অংশে বিভক্ত। আপনি করতে পারবেন:



Part 1: Choose a Patient Advocate.

অংশ 1: একজন পেশেন্ট অ্যাডভোকেট বেছে নেওয়া।

A Patient Advocate is a person who can make medical decisions for you if you are too sick or unable to make them yourself.

আপনি ভীষণই অসুস্থ থাকার কারণে বা নিজে থেকে সিদ্ধান্ত নিতে না পারার কারণে আপনার হয়ে পেশেন্ট অ্যাডভোকেট চিকিৎসাগত সিদ্ধান্ত নেবেন।

Part 2: Make your own health care choices.

অংশ 2: নিজস্ব হেলথ কেয়ার বেছে নেওয়া।

This form lets you choose the kind of health care you want.

আপনি কোন ধরনের হেলথ কেয়ার চান তা এই ফর্মের মাধ্যমে বেছে নিতে পারবেন।



This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are too sick to tell them yourself.

আপনি ভীষণই অসুস্থ থাকার কারণে যদি আপনার পরিচর্যাকারী আপনি ঠিক কী চান তা বলে উঠতে না পারেন এই ব্যবস্থা আপনার মত নেওয়া মানুষজনকে দুশ্চিন্তা মুক্ত রাখবে।

Part 3: Sign the form.

অংশ 3: ফর্মে স্বাক্ষর করা।

You must sign the form before it can be used.

ফর্ম ব্যবহৃত হওয়ার পূর্বে আপনাকে অবশ্যই তাতে স্বাক্ষর করতে হবে।

Part 4: Ask your Patient Advocate to sign.

অংশ 4: আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে স্বাক্ষর করতে বলা।

Your Patient Advocate must sign on page 11 to agree to be your Patient Advocate.

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে 11 নং পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করে আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হওয়ার সম্মতি জানাতে হবে।



Part 5: Have your Patient Advocate make mental health choices for you. (This is optional.)

অংশ 5: আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের আপনার হয়ে আপনার জন্য মেন্টাল হেলথ বেছে নেওয়া। (এটি ঐচ্ছিক।)

You must sign this page only if you want this option.

আপনি এই বিকল্প চাইলে চাইলে তবেই এই পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করুন।

Fill out only the parts you want. Always sign the form in Part 3.

2 witnesses need to sign on page 10.

আপনি যে অংশগুলি চান শুধুমাত্র সেগুলি পূরণ করুন। ফর্মের 3 নং অংশে স্বাক্ষর করতে ভুলবেন না।

10 নং পৃষ্ঠায় 2 জন স্বাক্ষরীর স্বাক্ষরের প্রয়োজন হবে।

WRITE YOUR NAME HERE: _____

এখানে আপনার নাম লিখুন

DATE OF BIRTH: (Month/Day/Year) _____ / _____ / _____

জন্ম তারিখ: (মাস/দিন/বছর)

Go to the next page... / পরবর্তী পৃষ্ঠায় যান...

If you only want a Patient Advocate named go to Part 1 on page 3.

আপনি যদি শুধুমাত্র একজন পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের নাম উল্লেখ করতে চান তাহলে 3 নং পৃষ্ঠার 1 নং অংশে যান।

If you only want to make your own health care choices go to Part 2 on page 6.

আপনি যদি শুধুমাত্র নিজস্ব হেলথ কেয়ার বেছে নিতে চান তাহলে 6 নং পৃষ্ঠার 2 নং অংশে যান।

If you want both then fill out Part 1 and Part 2.

আপনি উভয়ই চাইলে 1 নং অংশ এবং 2 নং অংশ পূরণ করুন।

Always sign the form in Part 3 on page 9. Two witnesses need to sign on page 10.

ফর্মের 9 নং পৃষ্ঠায় 3 নং অংশে স্বাক্ষর করতে ভুলবেন না। 10 নং পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করতে দুইজন স্বাক্ষরী প্রয়োজন।

What do I do with the form after I fill it out and everyone has signed?

ফর্মটি আমি পূরণ করার এবং সকলের স্বাক্ষর করা হয়ে যাওয়ার পরে আমাকে কী করতে হবে?

Share the form with those who care for you:

আপনার প্রিয়জনকে এবং যারা আপনার যত্ন নিচ্ছেন তাদেরকে ফর্মটির একটি প্রতিলিপি দিন:

- your Patient Advocate / আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট
- doctors / ডাক্তার
- nurses / নার্স
- social workers / সামাজ্য কর্মী
- family & friends / পরিবার এবং বন্ধুবান্ধব

Keep a copy for yourself in a safe place.

নিজের জন্য নিরাপদ স্থানে একটি প্রতিলিপি রেখে দিন।

What if I change my mind?

আমি যদি আমার মত পরিবর্তন করি তাহলে কি হবে?

- You can change your mind at any time.
আপনি যখন খুশি মত পরিবর্তন করতে পারবেন।
- Any spoken wish about a medical treatment must be honored by a Patient Advocate, even if it is different than what you put in your form.
আপনি আপনার ফর্মে যে ধরনের চিকিৎসা পেতে চান বলে ফর্মে জানিয়েছেন তা যদি আপনার নিজের মুখে বলা চিকিৎসার থেকে আলাদা হয় তাহলেও আপনার মুখের কথা কেই পেশেন্ট অ্যাডভোকেট শুনবেন।
- It is best to fill out and sign a new form.
তবে একটি নতুন ফর্ম পূরণ করে তাতে স্বাক্ষর করাই ভালো কাজ হবে।
- Tell those who care for you about your changes.
আপনার পরিচর্যাকারীদেরকে আপনার পরিবর্তনের কথা জানান।
- Give the new form to your Patient Advocate and your doctors.
নতুন ফর্মটি আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট এবং ডাক্তারকে দিন।

What if I have questions about the form?

ফর্মটি নিয়ে আমার যদি প্রশ্ন থাকে?

- Bring it to your doctors, nurses, social workers, Patient Advocate, family or friends to answer your questions.
আপনার ডাক্তার, নার্স, সামাজ্য কর্মী, পেশেন্ট অ্যাডভোকেট, পরিবার বা বন্ধুবান্ধবকে জিজ্ঞাসা করুন।

What if I want to make health care choices that are not on this form?

যদি আমি এমন হেলথ কেয়ার বেছে নিতে চাই যা এই ফর্মে নেই তাহলে কি হবে?

- Write your choices on a piece of paper.
একটি কাগজে আপনার পছন্দ উল্লেখ করুন।
- Keep the paper with this form.
কাগজটি এই ফর্মটির সঙ্গে রাখুন।
- Share your choices with those who care for you.
আপনার প্রিয়জনকে এবং যারা আপনার যত্ন নিচ্ছেন তাদেরকে এর একটি প্রতিলিপি দিন।

Go to the next page... / পরবর্তী পৃষ্ঠায় যান...

PART 1

অংশ 1

Choose your Patient Advocate

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট বেছে নেওয়া

The person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.
আপনি ভীষণই অসুস্থ থাকার কারণে নিজে থেকে সিদ্ধান্ত নিতে না পারলে আপনার হয়ে ইনি চিকিৎসাগত সিদ্ধান্ত নেবেন।

Whom should I choose to be my Patient Advocate?

পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হিসাবে আমার কাকে বেছে নেওয়া উচিত?

A family member or friend who:

পরিবারের কোনো সদস্য বা একজন বন্ধু যিনি:

- is at least 18 years old / অন্ততপক্ষে 18 বছরের
- knows you well / আপনাকে ভালো ভাবে জানেন
- can be there for you when you need them / প্রয়োজনের সময়ে আপনার পাশে থাকতে পারবেন
- you trust to do what is best for you / আপনার ভালোর জন্যই কাজ করবেন এমন বিশ্বাস রাখেন
- can clearly tell your doctors about the decisions you made on this form / এই ফর্মে আপনার নেওয়া সিদ্ধান্তের বিষয়ে আপনার ডাক্তারদের সুস্পষ্ট ভাবে জানাতে পারবেন

What will happen if I do not choose a Patient Advocate?

আমি যদি একজন পেশেন্ট অ্যাডভোকেট বেছে না নিই তাহলে কী হবে?

If you are too sick to make your own decisions, your doctors will ask your closest family members to make decisions for you.

আপনি ভীষণই অসুস্থ থাকার কারণে নিজে থেকে সিদ্ধান্ত নিতে না পারলে, আপনার ডাক্তারেরা আপনার হয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আপনার পরিবারের ঘনিষ্ঠ মানুষদের বলবেন।

If your family members cannot make a decision, then a judge may appoint someone to make decisions for you.

আপনার পরিবারের সদস্যরা সিদ্ধান্ত নিতে না পারলে, আপনার হয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য বিচারপতি কাউকে নিয়োগ করতে পারেন।

What kind of decisions can my Patient Advocate make?

আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট কোন ধরনের সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন?

Agree to, say no to, change, stop or choose:

সম্মতি জানাতে, অসম্মতি জানাতে, পরিবর্তন করতে, বন্ধ করতে বা বেছে নিতে:

- doctors, nurses, social workers / ডাক্তার, নার্স, সামাজিক কর্মী
- hospitals or clinics / হাসপাতাল বা ক্লিনিক
- medications, tests, or treatments / ওষুধ, পরীক্ষা বা চিকিৎসা
- what happens to your body and organs after you die / আপনার মৃত্যুর পরে আপনার শরীর এবং অঙ্গপ্রত্যঙ্গের কী হবে

Your Patient Advocate may also:

তাছাড়া, আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট নিতে পারবেন:

- make other decisions like whether or not to take you to a nursing home
আপনাকে নার্সিং হোমে নিয়ে যাওয়া হবে কি হবে না সেই ধরনের সিদ্ধান্ত
- look at your medical records to help make these decisions.
এইসব সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আপনার চিকিৎসাগত রেকর্ড দেখা।

Your Patient Advocate will need to follow the health care choices you make in Part 2.

2 নং অংশে আপনার স্থির করা হেলথ কেয়ার আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে মেনে চলতে হবে।

Go to the next page... / পরবর্তী পৃষ্ঠায় যান...

Part 1: Choose your Patient Advocate

অংশ 1: আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট বেছে নেওয়া

Other decisions your Patient Advocate can make:

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট যে সমস্ত অন্যান্য সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন:

Life support treatments – medical care to try to help you live longer

লাইফ সাপোর্ট চিকিৎসা - আপনি যাতে বেশি দিন বেঁচে থাকতে পারেন তার জন্য মেডিকেল কেয়ার

- **CPR or cardiopulmonary resuscitation / CPR** বা কার্ডিওপালমোনারি রিসাসসিটেশন
cardio = heart / কার্ডিও = হৃৎপিণ্ড
pulmonary = lungs / পালমোনারি = ফুসফুস
resuscitation = to bring back / রিসাসসিটেশন = ফিরিয়ে আনা

This may involve:

এইগুলির প্রয়োজন হতে পারে:

- pressing hard on your chest to keep your blood pumping / আপনার রক্ত সঞ্চালন বজায় রাখতে আপনার বুকে জোরে চাপ দেওয়া
 - electrical shocks to jump start your heart / আপনার হৃৎপিণ্ডে সারা জাগাতে ইলেকট্রিক্যাল শক
 - medicines in your veins / আপনার শিরায় ওষুধ
- **Breathing machine or ventilator** / শ্বাস নেওয়ার যন্ত্র বা ভেন্টিলেটর
The machine pumps air into your lungs and breathes for you.
You are not able to talk when you are on the machine.
যন্ত্রটি আপনার ফুসফুসে বায়ু প্রবেশ করায় এবং আপনার হয়ে শ্বাসপ্রশ্বাস চালু রাখে।
আপনি যন্ত্রের মধ্যে থাকলে কথা বলতে পারবেন না।
- **Dialysis** / ডায়ালিসিস
A machine that cleans your blood if your kidneys stop working.
আপনার কিডনি কাজ করা বন্ধ করে দিলে এই যন্ত্রটি আপনার রক্ত পরিশুদ্ধ করার কাজ করে।
- **Feeding Tube** / ফিডিং টিউব
A tube used to feed you if you cannot swallow. The tube is placed down your throat into your stomach.
It can also be placed by surgery.
আপনি খাবার গলা দিয়ে না নামাতে পারলে আপনাকে খাবার খাওয়ানোর জন্য এটি ব্যবহার করা হয়। টিউবটি আপনার গলার মধ্য দিয়ে পেটে পাঠানো হয়। শল্য-চিকিৎসার মাধ্যমেও তা বসানো যেতে পারে।
- **Blood transfusions** / রক্ত সঞ্চালন
To put blood in your veins / আপনার শিরায় রক্ত পাঠাতে।
- **Surgery** / শল্য-চিকিৎসা
 - **Medicines** / ওষুধ

End-of-life care – if you might die soon, your Patient Advocate can:

জীবনের অন্তিম পর্যায়ের কেয়ার - আপনার মৃত্যু আসন্ন এমন অবস্থায় আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট এইগুলি করতে পারবেন:

- call in a spiritual leader / আধ্যাত্মিক গুরুকে আমন্ত্রণ
- decide if you die at home or in the hospital / এই অবস্থায় আপনাকে বাড়িতে না হাসপাতালে রাখা হবে তার সিদ্ধান্ত

Show your Patient Advocate this form.

Tell him/her what kind of medical care you want.

এই ফর্মটি আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে দেখান।

আপনি কোন ধরনের চিকিৎসা পেতে চান তা তাকে জানান।

Go to the next page... / পরবর্তী পৃষ্ঠায় যান...

Part 1: Choose your Patient Advocate

অংশ 1: আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট বেছে নেওয়া

Your Patient Advocate আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট

- I want this person to make my medical decisions and be my Patient Advocate.

আমি চাই ইনি আমার চিকিৎসাগত সিদ্ধান্ত নিন এবং আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হোন।

First name / নাম

Last name / পদবি

Street address / ঠিকানা

City / শহর

State / রাজ্য

Zip code / ডাক কোড

Home phone number / বাড়ির ফোন নম্বর

Work phone number / অফিসের ফোন নম্বর

Cell phone number / সেল ফোন নম্বর

- If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions and be my Patient Advocate.

প্রথম জন সমর্থ না হলে, আমি চাই ইনি আমার চিকিৎসাগত সিদ্ধান্ত নিন এবং আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হোন।

First name / নাম

Last name / পদবি

Street address / ঠিকানা

City / শহর

State / রাজ্য

Zip code / ডাক কোড

Home phone number / বাড়ির ফোন নম্বর

Work phone number / অফিসের ফোন নম্বর

Cell phone number / সেল ফোন নম্বর

- Select your health care choices on this form. How do you want your Patient Advocate to follow these choices? Put an X next to the one sentence you most agree with.

এই ফর্মে আপনার হেলথ কেয়ার বেছে নিন। এইক্ষেত্রে আপনি আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে কী ধরনের সিদ্ধান্ত নিতে

বলতে চান? আপনি যেটির সঙ্গে সবথেকে বেশি সম্মত তার পাশে X চিহ্ন দিন।



I want my Patient Advocate to work with my doctors and to use her/his best judgment. It is OK for my Patient Advocate to follow my health care choices on this form as a general guide.

আমি চাই আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট ডাক্তারদের সঙ্গে পরামর্শ করুন এবং নিজের বিচারবুদ্ধি দিয়ে সেবা সিদ্ধান্ত নিন। এই ফর্মে আমার বেছে নেওয়া হেলথ কেয়ার আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের সাধারণ নির্দেশ হিসাবে অনুসরণ করাটাই ঠিক।



I want my Patient Advocate to follow my health care choices on this form EXACTLY. I never want my Patient Advocate to change my choices, even if the doctors think this is not good for me.

আমি চাই যে এই ফর্মে আমার বেছে নেওয়া হেলথ কেয়ার আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হুবহু মেনে চলুন। আমি চাই না যে আমার নেওয়া সিদ্ধান্ত আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট পরিবর্তন করুন, এমনকি ডাক্তারেরা আমার নেওয়া সিদ্ধান্ত আমার পক্ষে শুভ হবে না বলে মনে করলেও।

To make your own health care choices go to Part 2 on the next page.

To sign this form go to Part 3 on page 9. Your Patient Advocate must sign on page 11.

আপনি নিজে থেকে হেলথ কেয়ার বেছে নিতে পরবর্তী পৃষ্ঠায় 2 নং অংশে যান।

এই ফর্মে স্বাক্ষর করতে 9 নং পৃষ্ঠায় 3 নং অংশে যান। আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে অবশ্যই 11 নং পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করতে হবে।

PART 2 অংশ 2

Make your own health care choices নিজস্ব হেলথ কেয়ার বেছে নেওয়া

Write down your choices so those who care for you will not have to guess.
আপনি কি চান তা উল্লেখ করুন, যাতে যারা আপনার যত্ন রাখবেন তাদের অনুমান করতে না হয়।

• Think about what makes your life worth living.

জীবনে বেঁচে থাকার পিছনে আপনার অনুপ্রেরণার কথা ভাবুন।

My life is only worth living if I can:

আমি জীবনে বেঁচে থাকতে চাই, যদি আমি এইগুলি করে উঠতে পারি:

Put an X in the circle next to all the sentences you most agree with.

এদের মধ্যে যেগুলির সঙ্গে আপনি সবথেকে বেশি সম্মত সেইসবগুলির পাশে থাকা বৃত্তে X চিহ্ন দিন।

- talk to family or friends / পরিবার বা বন্ধুবান্ধবের সঙ্গে কথা বলতে পারা
- wake up from a coma / কোমা থেকে বেরিয়ে আসা
- feed, bathe, or take care of myself / খেতে পারা, স্নান, বা নিজের যত্ন নিতে পারা
- be free from pain / কষ্ট থেকে মুক্তি
- live without being hooked up to machines / যন্ত্রের সাহায্য না নিয়েই বেঁচে থাকা
- I am not sure / আমার নিশ্চিত করে জানা নেই।

or / বা

My life is always worth living no matter how sick I am.

আমি যত অসুস্থই থাকি না কেন, আমি সবসময়েই বেঁচে থাকতে চাইব।

• If I am dying, it is important for me to be:

আমার মৃত্যু আসন্ন হলে, আমার কাছে গুরুত্বপূর্ণ হলো:

- at home / বাড়ীতে থাকা
- in the hospital / হাসপাতালে থাকা
- I am not sure / আমার নিশ্চিত করে জানা নেই

• Is religion or spirituality important to you?

আপনি কি ধর্ম বা আধ্যাত্মিকায় বিশ্বাস রাখেন?

- No / না
- Yes / হ্যাঁ

If you have one, what is your religion?

যদি আপনার কোনো ধর্ম থাকে তাহলে সেটি কি?

- Buddhism / বৌদ্ধধর্ম
- Christianity (Catholic, Protestant, Orthodox) / খ্রিস্টধর্ম (ক্যাথোলিক, প্রোটেস্ট্যান্ট, অর্থোডক্স)
- Hinduism / হিন্দুধর্ম
- Islam / ইসলাম
- Judaism / ইহুদি
- Sikhism / শিখ
- Other (please include the English name) / অন্যান্য (দয়া করে ইংরাজি নামটিও উল্লেখ করুন):

If you are sick, your doctors and nurses will always try
to keep you comfortable and free from pain.

আপনি অসুস্থ হলে, আপনার ডাক্তার এবং নার্স সবসময়েই আপনাকে
স্বচ্ছন্দ্য এবং কষ্ট থেকে দূরে রাখতে চেষ্টা করবেন।

Go to the next page... / পরবর্তী পৃষ্ঠায় যান...

Part 2: Make your own health care choices

অংশ 2: নিজস্ব হেলথ কেয়ার বেছে নেওয়া

Life support treatments are used to try to keep you alive. These can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, blood transfusions, or medicine.

লাইফ সাপোর্ট চিকিৎসা আপনাকে বাঁচিয়ে রাখার জন্য ব্যবহার করা হয়। CPR, ব্রিডিং মেশিন, ফিডিং টিউব, ডায়ালিসিস, রক্ত সঞ্চালন, বা ওষুধ।

Put an X next to the **ONE** choice you most agree with.

Please read this whole page before you make your choice.

আপনি যেটির সঙ্গে সবথেকে বেশি সম্মত তার পাশে X চিহ্ন দিন।

দয়া করে মনস্থির করার পূর্বে এই সম্পূর্ণ পৃষ্ঠাটি পড়ুন।

• If I am so sick that I may die soon:

অসুস্থতার কারণে আমার মৃত্যু আসন্ন হলে:

Try all life support treatments that my doctors think might help.

আমার ডাক্তারেরা কাজে আসতে পারে বলে মনে করছেন এমন সকল লাইফ সাপোর্ট চিকিৎসার সাহায্য নিন।

If the treatments **do not work** and there is little hope of getting better, **I want to stay on life support machines.**

চিকিৎসায় কোনো ফল পাওয়া না গেলে এবং সুস্থ হওয়ার সম্ভাবনা প্রায় না থাকলে, **আমি** লাইফ সাপোর্ট মেশিনের সাহায্য নিয়ে থাকতে চাই।

or / বা

Try all life support treatments that my doctors think might help.

আমার ডাক্তারেরা কাজে আসতে পারে বলে মনে করছেন এমন সকল লাইফ সাপোর্ট চিকিৎসার সাহায্য নিন।

If the treatments **do not work** and there is little hope of getting better, **I do not want to stay on life support machines.**

চিকিৎসায় কোন ফল পাওয়া না গেলে এবং সুস্থ হওয়ার সম্ভাবনা প্রায় না থাকলে, **আমি** লাইফ সাপোর্ট মেশিনের সাহায্য নিয়ে থাকতে চাই না।

or / বা

Try all life support treatments that my doctors think might help but not these treatments.

আমার ডাক্তারেরা কাজে আসতে পারে বলে মনে করছেন এমন সমস্ত লাইফ সাপোর্ট চিকিৎসার সাহায্য নিন, তবে এই চিকিৎসাগুলি ছাড়া।

Mark what you **do not want**:

আপনি যেগুলি **চান না** সেগুলি চিহ্নিত করুন:

CPR / CPR

Dialysis / ডায়ালিসিস

Breathing machine / ব্রিডিং মেশিন

Feeding tube / ফিডিং টিউব

Blood transfusion / রক্ত সঞ্চালন

Medicine / ওষুধ

or / বা

I **do not want** any life support treatments.

আমি কোনো লাইফ সাপোর্ট চিকিৎসা **চাই না**।

or / বা

I want my **Patient Advocate** to decide for me.

আমি চাই আমার হয়ে আমার **পেশেন্ট অ্যাডভোকেট** সিদ্ধান্ত নিন।

or / বা

I am not sure.

আমার নিশ্চিত করে জানা নেই।

Go to the next page... / পরবর্তী পৃষ্ঠায় যান...

Part 2: Make your own health care choices

অংশ 2: নিজস্ব হেলথ কেয়ার বেছে নেওয়া

Your Patient Advocate may decide to stop treatments and allow you to die.

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট চিকিৎসা থামানোর এবং আপনার মৃত্যু বরণের সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন।

Your Patient Advocate may make this decision ONLY if they think it is what you would have wanted.

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট এই সিদ্ধান্তটি শুধুমাত্র তখনই নেবেন যদি তিনি মনে করেন যে আপনিও ঠিক এটাই চাইতেন।

Your Patient Advocate may never need to make this decision. But if they do, Michigan law will only let them stop treatment and let you die if your doctors know this is OK ahead of time.

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে হয়তো এই সিদ্ধান্তটি কখনও নেওয়ার প্রয়োজনই হবে না। তবে তিনি সেই সিদ্ধান্ত নিলে, মিচিগান আইন তাকে চিকিৎসা থামাতে এবং আপনার মৃত্যু বরণে সম্মতি জানাবে যদি আপনার ডাক্তারেরাও তাতে মত দেন।

Please put an X in the ONE box you most agree with.

আপনি যেটির সঙ্গে সবথেকে বেশি সহমত দয়া করে তাতে একটি X চিহ্ন দিন।

My Patient Advocate can decide to stop treatments and let me die.
আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট চিকিৎসা থামানোর এবং আমার মৃত্যু বরণের সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন।

My Patient Advocate can NEVER decide to stop treatments and let me die.
আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট চিকিৎসা থামানোর এবং আমার মৃত্যু বরণের সিদ্ধান্ত কখনও নিতে পারবেন না।

Your doctors may ask about organ donations after you die. Donating (giving) your organs can help save lives. Please tell us your wishes.

আপনার ডাক্তারেরা আপনার মৃত্যুর পরে আপনার অঙ্গপ্রত্যঙ্গ দান করে যাওয়ার বিষয়ে বলতে পারেন। মৃত্যুর পরে নিজের অঙ্গপ্রত্যঙ্গ দান করার মাধ্যমে আপনি অন্যদের জীবন বাঁচাতে পারবেন। দয়া করে আপনার ইচ্ছার কথা আমাদের বলুন।

Put an X next to the one choice you most agree with.

আপনি যেটির সঙ্গে সবথেকে বেশি সম্মত তার পাশে X চিহ্ন দিন।

I want to donate my organs.

আমি আমার অঙ্গপ্রত্যঙ্গ দান করতে চাই।

Which organs do you want to donate?

আপনি কোন অঙ্গপ্রত্যঙ্গ দান করতে চান?

Any organ / যেকোনো অঙ্গপ্রত্যঙ্গ

Only these organs / শুধুমাত্র এই অঙ্গপ্রত্যঙ্গ:

Heart / হৃৎপিণ্ড

Lungs / ফুসফুস

Liver / যকৃৎ

Kidneys / কিডনি

Skin / স্কিন

Eyes / চোখ

Bone / অস্থি

Pancreas / অগ্ন্যাশয়

I want my Patient Advocate to decide. If you let your Patient Advocate decide, he/she can make that choice after you die.

আমি চাই যে আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট সিদ্ধান্ত নিন। আপনি আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে সিদ্ধান্ত নিতে বললে, তিনি আপনার মৃত্যুর পরে সেই সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন।

I am not sure.

আমার নিশ্চিত করে জানা নেই।

Go to Part 3 on the next page to sign this form... / এই ফর্মে স্বাক্ষর করতে পরবর্তী পৃষ্ঠায় 3 নং অংশে যান...

PART 3

অংশ 3

Sign the Form

ফর্মে স্বাক্ষর করা

Before this form can be used, you must:

এই ফর্মটি ব্যবহৃত হতে পারার পূর্বে, আপনাকে অবশ্যই:

- sign this form
এই ফর্মে স্বাক্ষর করতে হবে
- have two witnesses sign the form
ফর্মে দুইজন স্বাক্ষরীকে স্বাক্ষর করতে হবে

Sign your name and write the date.

আপনার স্বাক্ষর করুন এবং তারিখ লিখুন।

Sign your name / আপনার স্বাক্ষর করুন

Date / তারিখ

Print your first name / আপনার নাম মুদ্রণ করুন

Print your last name / আপনার পদবি মুদ্রণ করুন

Street address / ঠিকানা

City / শহর

State / রাজ্য

Zip code / ডাক কোড

Date of Birth: (Month/Day/Year) _____ / _____ / _____

জন্ম তারিখ: (মাস/দিন/বছর)

Your witnesses must:

আপনার স্বাক্ষরীদের অবশ্যই:

- be at least 18 years of age
অন্যতপক্ষে 18 বছরের হতে হবে
- see you sign this form
আপনার এই ফর্মে স্বাক্ষর করার সময়ে উপস্থিত থাকতে হবে

Your witnesses cannot:

আপনার স্বাক্ষরী হতে পারবেন না:

- be your Patient Advocate
আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট
- be your health care provider
আপনার হেলথ কেয়ার প্রোভাইডার
- work for your health care provider
আপনার হেলথ কেয়ার প্রোভাইডারের হয়ে কর্মরত
- work at the place where you live (if you live in a nursing home or group home)
আপনি যেখানে থাকেন সেখানে কাজ করেন (আপনি কোনো নার্সিং হোমে বা গ্রুপ হোমে থাকলে)
- be related to you in any way
কোনো ভাবে আপনার সঙ্গে সম্পর্ক রয়েছে
- benefit financially (get any money or property) after you die
আপনার মৃত্যুর পরে আর্থিক ভাবে লাভবান হবেন (অর্থ বা সম্পত্তি পাবেন)
- work for your insurance company
আপনার বিমা কোম্পানির হয়ে কাজ করেন

Witnesses need to sign their names on the next page.

স্বাক্ষরীদের পরবর্তী পৃষ্ঠায় তাদের স্বাক্ষর করতে হবে।

Part 3: Sign the Form

অংশ 3: ফর্মে স্বাক্ষর করা

Have your witnesses sign their names and write the date.
আপনার স্বাক্ষরীদের স্বাক্ষর করতে এবং তারিখ লিখতে বলুন।

By signing, I promise that _____ signed this form while I watched.
(name)

স্বাক্ষর করে, আমি জানাচ্ছি যে আমার উপস্থিতিতে _____ ফর্মে স্বাক্ষর করেছেন।
(নাম)

He/She was thinking clearly and was not forced to sign it.
ইনি নিজের সিদ্ধান্তে কাজ করেছেন এবং তাকে স্বাক্ষর করতে বাধ্য করা হয়নি।

Witness #1

স্বাক্ষরী #1

Sign your name / আপনার স্বাক্ষর করুন

Date / তারিখ

Print your first name / আপনার নাম মুদ্রণ করুন

Print your last name / আপনার পদবি মুদ্রণ করুন

Street address / ঠিকানা

City / শহর

State / রাজ্য

Zip code / ডাক কোড

Witness #2

স্বাক্ষরী #2

Sign your name / আপনার স্বাক্ষর করুন

Date / তারিখ

Print your first name / আপনার নাম মুদ্রণ করুন

Print your last name / আপনার পদবি মুদ্রণ করুন

Street address / ঠিকানা

City / শহর

State / রাজ্য

Zip code / ডাক কোড

Sign on page 11 if you are named a Patient Advocate.

আপনি একজন পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের নাম উল্লেখ করে থাকলে 11 পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করুন।

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and Patient Advocate. Talk with them about your choices.

এই ফর্মটির একটি অনুলিপি আপনার ডাক্তার, নার্স, সামাজিক কর্মী, বন্ধুবান্ধব, এবং পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে দিন। আপনি কী চান তা নিয়ে তাদের সঙ্গে কথা বলুন।

Go to the next page... / পরবর্তী পৃষ্ঠায় যান...

Your Patient Advocate must read and sign this form.

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে অবশ্যই এই ফর্ম পড়ে স্বাক্ষর করতে হবে।

- You should always act with the patient's best interests and not your own interests.
আপনার সবসময়ে নিজের স্বার্থের পরিবর্তে রোগীর স্বার্থের কথা ভেবে কাজ করা উচিত।
- You will only start making decisions for the patient after 2 doctors agree that the patient is too sick to make his or her own decisions.
2 জন ডাক্তার যদি মেনে নেন যে রোগী এতটাই অসুস্থ যে তিনি নিজে থেকে নিজের সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন না শুধু তখনই আপনি রোগীর হয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার জায়গায় আসবেন।
- You will not be able to make decisions that the patient would not usually be able to make.
আপনি এমন কোনো সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন না যা হয়তো রোগী সুস্থ থাকলেও নিতে পারতেন না।
- You don't have the power to stop a pregnant patient's treatment if it would cause her to die.
আপনি কোনো অন্তঃসত্ত্বা রোগীর চিকিৎসা থামাতে পারবেন না, যদি তার কারণে তার মৃত্যু হয়।
- You can make a decision to stop treatments and allow the patient to die naturally IF he or she has made it clear that you can make that decision.
আপনি চিকিৎসা থামানোর এবং রোগীকে স্বাভাবিক ভাবে মৃত্যু বরণ করতে দেওয়ার সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন যদি রোগী আপনাকে এই সিদ্ধান্ত নেওয়ার কথা সুস্পষ্ট ভাবে জানান।
- You cannot be paid for your role as a Patient Advocate but you can get paid back for the money you spend on the patient's medical expenses.
একজন পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হিসাবে আপনি কোনো অর্থ পাবেন না কিন্তু রোগীর চিকিৎসার জন্য আপনার খরচ হওয়া অর্থ আপনি ফিরে পেতে পারেন।
- The patient can remove you as Patient Advocate whenever he or she wants.
রোগী তার ইচ্ছামতো আপনাকে পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের দায়িত্ব থেকে সরিয়ে দিতে পারবেন।
- You can remove yourself as Patient Advocate whenever you want.
আপনি আপনার ইচ্ছামতো নিজেকে পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের দায়িত্ব থেকে সরিয়ে নিতে পারবেন।
- If the patient wants you to make mental health treatment decisions see Part 5.
রোগী আপনাকে মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা বিষয়ক সিদ্ধান্ত নিতে বললে, 5নং অংশ দেখুন।

By signing, you are saying that you understand what this document says and that you will be the Patient Advocate for _____ (name of patient) who signed on page 9 on _____ (date).

স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আপনি জানাচ্ছেন যে, এখানে যা লেখা আছে তা আপনি বুঝেছেন এবং আপনি _____ (রোগীর নাম) এর পেশেন্ট অ্যাডভোকেট হবেন, যিনি 9 নং পৃষ্ঠায় _____ তারিখে (তারিখ) স্বাক্ষর করেছেন।

Patient Advocate's Signature / পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের স্বাক্ষর

Date / তারিখ

2nd Patient Advocate's Signature / দ্বিতীয় পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের স্বাক্ষর

Date / তারিখ

(If a second Patient Advocate is named) (একজন দ্বিতীয় পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের নাম উল্লেখ করা হলে)

PART 5

অংশ 5

Mental Health Care Choice (OPTIONAL)

মানসিক স্বাস্থ্য কেয়ার বেছে নেওয়া (ঐচ্ছিক)

FILL THIS PART OUT ONLY IF YOU WANT TO GIVE YOUR PATIENT ADVOCATE THE POWER TO DECIDE IF YOU GET MENTAL HEALTH CARE.

আপনি মানসিক স্বাস্থ্য কেয়ার পেলে এবং সেই বিষয়ক সিদ্ধান্ত আপনি আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে নিতে দিতে চাইলে তবেই এই অংশটি পূরণ করুন।

Before my Patient Advocate can make mental health decisions for me 2 things must happen. First, a doctor and a mental health provider have to examine me and talk with me. Then they must write down that I can't make my own decisions.

আমার হয়ে আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট মানসিক স্বাস্থ্য সিদ্ধান্ত নিতে পারার পূর্বে 2টি জিনিস অবশ্যই হতে হবে। প্রথমত, একজন ডাক্তার এবং মানসিক স্বাস্থ্য প্রোভাইডারকে আমার পরীক্ষা করতে হবে এবং আমার সঙ্গে কথা বলতে হবে। এরপরে তাদের অবশ্যই লিখিত ভাবে উল্লেখ করতে হবে আমি নিজে সিদ্ধান্ত নিতে সমর্থ নই।

I can cancel my Patient Advocate's power to make mental health decisions for me. But it won't take effect for 30 days. It takes this long only for mental health care, but not medical care.

আমার হয়ে মানসিক স্বাস্থ্য বিষয়ক সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা আমি পেশেন্ট অ্যাডভোকেটের কাছ থেকে উঠিয়ে নিতে পারি। কিন্তু তা 30 দিনের ভিতরে কার্যকর হবে না। শুধুমাত্র মানসিক স্বাস্থ্য কেয়ারের ক্ষেত্রেই এই সময় লাগে, মেডিকেল কেয়ারের ক্ষেত্রে লাগে না।

If my Patient Advocate agrees that I need to be in a mental health hospital, I still have the right to tell the hospital I want to leave. But I have to give the hospital 3 days' notice.

যদি আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট সম্মতি জানান যে আমার একটি মেন্টাল হেলথ হাসপাতালে থাকা দরকার, তবুও হাসপাতাল ছেড়ে দেওয়ার সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা আমার আছে। কিন্তু হাসপাতালকে তা লিখিত ভাবে 3 দিন আগে জানাতে হবে।

This is a list of decisions your Patient Advocate can make about your mental health care. Put a (X) in all the boxes you agree with.

আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট আপনার মানসিক স্বাস্থ্য কেয়ার নিয়ে যেসমস্ত সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন তা এখানে তালিকার আকারে উল্লেখ করা হল। আপনি সম্মত এমন সবগুলিতে একটি (X) চিহ্ন দিন।

My Patient Advocate can decide for me about:

আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেট আমার হয়ে এই সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন:

- Getting mental health care at a clinic or someplace besides a hospital.
মানসিক স্বাস্থ্য কেয়ার কোনো হাসপাতালের পাশের কোনো ক্লিনিক বা কোনো জায়গায় পাওয়া।
- Staying in a hospital to get mental health care as a voluntary patient. But I can still tell the hospital I want to leave in three days.
একজন স্বেচ্ছা রোগী হিসাবে মানসিক স্বাস্থ্য কেয়ার পেতে কোনো হাসপাতালে থাকা। তবুও আমি যে হাসপাতালে থাকতে চাই না তা তিন দিনের সময় দিয়ে জানাতে পারব।
- Going to a hospital to get mental health care even if I don't want to go.
আমি যেতে না চাইলেও মানসিক স্বাস্থ্য কেয়ার পেতে কোনো হাসপাতালে যাওয়া।
- Getting medicines that may change how I feel, think or act.
আমার অনুভূতি, চিন্তাভাবনা বা কাজে প্রভাব ফেলতে পারে এমন ওষুধ নেওয়া।
- Electroconvulsive (electric shock) therapy
ইলেকট্রোকনভালসিব (ইলেকট্রিক শক) থেরাপি

By signing this form, I agree to allow my Patient Advocate to make my mental health care decisions if two doctors say that I cannot make my own decisions.

এই ফর্মে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি আমার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে আমার হয়ে মানসিক স্বাস্থ্য কেয়ারের সিদ্ধান্ত নিতে সম্মতি দিচ্ছি, যদি দুইজন ডাক্তার জানান যে আমি নিজে থেকে সেই সিদ্ধান্ত নিতে অসমর্থ।

(Sign your name here to give these powers to your Patient Advocate)

(এই সকল ক্ষমতা আপনার পেশেন্ট অ্যাডভোকেটকে দিতে এখানে স্বাক্ষর করুন)

Date

তারিখ

Date of Birth: (Month/Day/Year) _____ / _____ / _____

জন্ম তারিখ: (মাস/দিন/বছর)

English	<p>English</p> <p>Henry Ford Health System complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.</p> <p>Let the health care team know if you need an interpreter. Henry Ford Health System provides language assistance services free of charge. For questions or additional information, email CommunicationAccess@hfhs.org</p>
Spanish	<p>Español</p> <p>Henry Ford Health System cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina con base en la raza, el color, el país de origen, la edad, la discapacidad o el sexo. Informe al equipo de atención médica si necesita un intérprete. Henry Ford Health System ofrece servicios de asistencia de idioma sin costo alguno. Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, envíe un correo electrónico a CommunicationAccess@hfhs.org</p>
Arabic	<p>العربية</p> <p>يمتثل نظام Henry Ford Health System لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المساوية ولا يُميّز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.</p> <p>يُرجى إخبار فريق الرعاية الصحية إذا كنت تحتاج إلى مترجم فوري. يوفر نظام Henry Ford Health System خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. للاستفسارات أو المعلومات الإضافية، أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى CommunicationAccess@hfhs.org</p>
Bengali	<p>বাংলা</p> <p>Henry Ford Health System ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীয় উত্পত্তি, বয়স, প্রতিবন্ধকতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। আপনার কোনো দোভাষীর প্রয়োজন থাকলে তা হেল্থ কেয়ার টিমকে জানান। Henry Ford Health System বিনামূল্যে দোভাষী সহায়তা প্রদান করে। প্রশ্ন ও অতিরিক্ত তথ্যের জন্য এখানে ইমেল করুন: CommunicationAccess@hfhs.org</p>

Make an appointment with your doctor if you have questions about your choices, or if you want to add choices.

(আপনি যা চাইছেন তা নিয়ে কিছু জিজ্ঞাসা থাকলে বা অতিরিক্ত কিছু সংযোজন করতে চাইলে আপনার ডাক্তারের সঙ্গে তা নিয়ে কথা বলার জন্য একটি অ্যাপোয়েন্টমেন্ট ঠিক করুন।)

Let the health care team know if you need an interpreter.
Henry Ford Health System provides interpreter services,
to all of our patients, free of charge.

(আপনার দোভাষীর বা ইন্টারপ্রিটারের প্রয়োজন হলে তা হেলথ কেয়ার দলকে জানান।)

Henry Ford হেলথ সিস্টেম নিশুঙ্ক আমাদের সকল রোগীর জন্য দোভাষীর সুবিধা প্রদান করে।)

