

## Introduction to the Burmese translation of the POST form

---

POST is a medical order form that gives patients more control over their care during serious illness. POST is used to document a patient's treatment preferences as medical orders. It specifies the types of medical treatment that a patient does and does not want. The orders are signed by the patient, their legal representative, or proxy as well as by the treating practitioner (physician, advanced practice nurse, or physician assistant). POST is for patients with advanced chronic progressive illness, advanced frailty, terminal conditions, or those unlikely to benefit from cardiopulmonary resuscitation. It is not for healthy adults. Use of the POST is voluntary—a patient cannot be required to have a POST form.

This is a Burmese translation of the Indiana POST form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient's preferences documented on the POST form. The signed POST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For additional information in English, visit [www.indianapost.org](http://www.indianapost.org). Questions can be submitted through the "contact us" link on that same website.

## POST ပုံစံအား မြန်မာ ဘာသာပြန်ဆိုချက် နိဒါန်း

---

POST သည် လူနာများ ကြီးလေးသည့်နာမကျန်းမှုဖြစ်နေစဉ် ၎င်းတို့၏စောင့်ရှောက်မှုကို ထိန်းချုပ်နိုင်စွမ်းပိုမိုပေးထားသည့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မှာကြားချက်ပုံစံဖြစ်သည်။ လူနာတစ်ဦးနှစ်သက်သည့်ကုသမှုများကို ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မှာကြားချက်အနေဖြင့် မှတ်တမ်းတင်ရန် POST ကို အသုံးပြုပါသည်။ လူနာတစ်ဦးမှ လိုလားသည့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာကုသမှုအမျိုးအစားများနှင့် မလိုလားသည့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကုသမှုအမျိုးအစားများကို ဖော်ပြထားပါသည်။ မှာကြားချက်များကို လူနာ၊ ၎င်းတို့၏ တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် အကျိုးဆောင်အပြင် ကုသပေးသူ (ဆရာဝန်၊ အဆင့်မြင့်ကုသခွင့်ရှိသူမှတ်ပုံတင်ရသူနာပြု သို့မဟုတ် ဆရာဝန်လက်ထောက်) မှ လက်မှတ်ထိုးထားပါသည်။ POST သည် တိုးလာနေသည့် အဆင့်မြင့်နာတာရှည်ရောဂါတစ်ရပ်၊ တိုးလာနေသည့် အဆင့်မြင့်ချဉ်နွမ်းခြင်း၊ သေဆုံးခါနီးအခြေအနေများ သို့မဟုတ် အသက်ပြန်ရှူလာအောင် လုပ်ခြင်းဖြင့် အကျိုးမရှိနိုင်တော့သည့်လူနာများအတွက်ဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းသည်ကျန်းမာနေသော အရွယ်ရောက်သူများအတွက် မဟုတ်ပါ။ POST ကို မိမိသဘောအရသာ အသုံးပြုခြင်းဖြစ်သည်— လူနာတစ်ဦးအား POST ပုံစံအသုံးပြုရမည်ဟု သတ်မှတ်၍မရပါ။

ဤသည်မှာ အင်ဒီယားနား POST ပုံစံကို မြန်မာ ဘာသာပြန်ဆိုချက်ဖြစ်သည်။ ဘာသာပြန်ဆိုထားသည့်ပုံစံသည် POST ပုံစံတွင် မှတ်တမ်းတင်ထားသော လူနာ၏နှစ်သက်မှုများကို ဆွေးနွေးရာတွင် ပညာပေးရန်အတွက်သာဖြစ်သည်။ အရေးပေါ်ဝန်ထမ်းသည် မှာကြားချက်များကို ဖတ်၍လိုက်နာနိုင်စေရန် လက်မှတ်ထိုးထားသည့် POST ပုံစံသည် အင်္ဂလိပ်ဘာသာနှင့် ဖြစ်ရပါမည်။

နောက်ထပ်အချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့်ရယူရန် [www.indianapost.org](http://www.indianapost.org) တွင်ကြည့်ပါ။ ဤဝက်ဘ်ဆိုက်တွင်ရှိ (ကျွန်ုပ်တို့ကိုဆက်သွယ်ရန်) "contact us" အချိတ်အဆက်တွင် မေးခွန်းများကို တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။

မြန်မာဘာသာနှင့်ပညာပေးရန် ရည်ရွယ်ချက်များအတွက်သာ ဖြစ်သည်။ (Burmese version is for educational purposes only.)



**ကုသမှုအတိုင်းအတာအတွက် အင်ဒီယားနားဆရာဝန် မှာကြားချက်များ (PHYSICIAN ORDERS FOR SCOPE OF TREATMENT, POST)**

ဘာသာပြန်ဆိုချက်ကို ပြည်နယ်ပုံစံ 55317 (R/3-1/23) ပေါ်တွင် အခြေခံထားသည်  
အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန - IC 16-36-6

ညွှန်ကြားချက်များ- ဤပုံစံသည် ကုသမှုအတိုင်းအတာအတွက် ဆရာဝန်၏မှာကြားချက် ပုံစံဖြစ်သည်။ လူနာ၏လက်ရှိကျန်းမာရေးအခြေအနေနှင့် နှစ်သက်မှုများအကြောင်း ဆွေးနွေးမှုအပေါ် အခြေခံ၍ ယင်းကို ဖြည့်ရမည်။ ဤသည်မှာ မိမိဆန္ဒအလျောက်ဖြစ်ပြီး လူနာတစ်ဦးအား POST ပုံစံက ဖြည့်စွက်ရမည်ဟု မသတ်မှတ်ရပေ။ လူနာ၏အခြေအနေ ပြောင်းလဲတိုင်း ဤ POST ကို ပြန်လည်စစ်ဆေးရမည်ဖြစ်သည်။ လူနာတစ်ဦးသည် POST ပုံစံတစ်စောင်ကို ဖျက်သိမ်းလိုပါက ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ရေးသူအား ဖြောင့်၍ အချိန်မရွေး ဖျက်သိမ်းနိုင်ပါသည်။ ထိုလူနာသည် ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းမရှိပါက၊ ၎င်း၏ဥပဒေရေးရာကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် (ဥပဒေကိုယ်စားလှယ်မရှိပါက) အကျိုးဆောင်သည် လူနာ၏ကိုယ်စား POST ကိုဖြည့်ပြီး/သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်ရေးသူအား POST ကို ဖျက်သိမ်းပေးရန် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ကွက်လပ်ချွန်ထားသည့် မည်သည့်အပိုင်းမဆိုက ဤအပိုင်းအတွက်ကုသမှုအပြည့်အပေးရန် သွယ်ဝိုက်၍ ညွှန်ဆိုထားသည်။ ကုသမှုအတွက် လိုအပ်သည်အတိုင်း ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ပေးသည့်ပညာရှင်များအား ထုတ်ပြောရန် HIPAA မှ ခွင့်ပြုထားသည်။ မှုန်းပုံစံသည် လူနာ၏ ကိုယ်ပိုင်ပစ္စည်း ဖြစ်သည်။ ဤပုံစံ၏ ဖက်စ်၊ စာရွက်၊ သို့မဟုတ် အီလက်ထရွန်းနစ် မိတ္တူသည် တရားဝင်သည့်ပုံစံတစ်စောင်ဖြစ်သည်။

လူနာ၏နာမည်နောက်ဆုံးစကားလုံး (လိုအပ်သည်)	လူနာ၏နာမည်ပထမစကားလုံး (လိုအပ်သည်)	နာမည်အလယ်အစစကားလုံး
မွေးနေ့သက္ကရာဇ် (လ/လ/ရက်/ရက်/နှစ်နှစ်နှစ်)	ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းနံပါတ်	ပြင်ဆင်သည့်ရက်စွဲ (လ/လ/ရက်/ရက်/နှစ်နှစ်နှစ်)
<p><b>လူနာ၏နှစ်သက်မှုများသတ်မှတ်ချက်- အောက်ပါအပိုင်းများ (က မှ ယ) သည် ကုသမှုအတိုင်းအတာအတွက် လူနာ၏လက်ရှိနှစ်သက်မှုများဖြစ်သည်။</b></p>		
<p><b>က</b> တစ်ခု အမှတ် အသားပြုပါ</p>	<p><b>နုလုံးနှင့်အဆုတ် အသက်ပြန်ရှူလာအောင်ပြုလုပ်ပေးခြင်း (CPR)-</b> လူနာတွင် သွေးခုန်မှုမရှိ သည့်အပြင် အသက်လည်းမရှိပါ။ (လိုအပ်သည်)</p> <p><input type="checkbox"/> အသက်ပြန်ရှူလာအောင်ကြိုးစားပါ / CPR      <input type="checkbox"/> အသက်ပြန်ရှူလာအောင် မကြိုးစားပါနှင့် / DNR</p> <p>သွေးလည်ပတ်မှုရပ်တန့်ခြင်းမရှိသည့်အခါ in a နှင့် ယ တို့ရှိ မှာကြားချက်များကို လိုက်နာပါ။</p>	
<p><b>ခ</b> တစ်ခု အမှတ် အသားပြုပါ</p>	<p><b>ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှုများ-</b> လူနာတွင် သွေးခုန်မှုရှိ သည့်အပြင် အသက်လည်းရှိနေပါက သို့မဟုတ် သွေးခုန်၍ အသက်မရှိပါက-</p> <p><input type="checkbox"/> သက်သာစေသည့်ဆောင်ရွက်ချက်များ (အလိုအလျောက်ဆုံးပါးစေသည်)- ကုသမှုရည်မှန်းချက်- ရောဂါလက္ခဏာများကိုကိုင်တွယ်ခြင်းဖြင့် အသက်သာဆုံး ဖြစ်စေသည်။ နာကျင်ဒုက္ခသက်သာစေရန် မည်သည့်ဆေးမဆို မည်သည့်လမ်းကြောင်း၊ အနေအထား၊ ဒဏ်ရာစောင့်ရှောက်ကုသမှုနှင့် အခြားဆောင်ရွက်ချက်များနှင့်မဆို သုံးပါ။ သက်သောင့်သက်သာရှိစေရန် လေလမ်းကြောင်းပိတ်ဆို့နေမှုကို လိုအပ်သည့်အတိုင်း အောက်စီဂျင်၊ စုတ်ထုတ်မှုနှင့် လက်ဖြင့်ကုသမှုတို့ကို သုံးပါ။ အသက်ဆက်ရေးကုသမှုများအတွက် ဆေးရုံသို့လွှဲပြောင်းခြင်းကို လူနာမလိုလားပါ။ လက်ရှိနေရာတွင် သက်သောင့် သက်သာရှိစေရေးလိုအပ်ချက်များကို မဖြည့်ဆည်းနိုင်မှသာ ဆေးရုံသို့လွှဲပြောင်းပါ။</p> <p><input type="checkbox"/> နောက်ထပ်ကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှုအနည်းအကျဉ်း- ကုသမှုရည်မှန်းချက်- ကျန်းမာရေးအခြေအနေတည်ငြိမ်စေရေး။ အထက်ပါ သက်သောင့်သက်သာရှိရေးဆောင်ရွက်ချက်များတွင်ဖော်ပြထားသောစောင့်ရှောက်မှုအပြင် တည်ငြိမ်စေရန်ဆေးဖြင့်ကုသမှု သွေးကြောမှအရည်ပေးခြင်း (ကိုယ်ခန္ဓာတွင် ရေဓာတ်ဖြည့်ခြင်း)နှင့် ကျန်းမာရေးအခြေအနေတည်ငြိမ်စေရန်၊ လက္ခဏာပြသည့်အတိုင်း နုလုံးတိုင်းစက်ကိုသုံးပါ။ လေလမ်းကြောင်းပိတ်ဆို့ခြင်းသည် အခြေခံ နည်းများနှင့် ထိုးဖောက်ခြင်းမရှိသည့် လေဖိအားဖြင့်လေပေးခြင်းတို့ကို အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ပိုက်မသွင်းပါနှင့်။ ကျန်းမာရေးလိုအပ်ချက်များ သို့မဟုတ် သက်သောင့်သက်သာရှိရေးကို စီမံခန့်ခွဲရန်လိုအပ်ကြောင်းလက္ခဏာပြမှု ဆေးရုံသို့လွှဲပြောင်းပါ။ တတ်နိုင်ပါက အထူးကြပ်မတ်ကုသမှုကို ရှောင်ရှားပါ။</p> <p><input type="checkbox"/> အပြည့်အဝကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှု- ကုသမှုရည်မှန်းချက်- အထူးကြပ်မတ်သည့်စောင့်ရှောက်ရေးဌာနတွင် အသက်ဆက်ရင်နေရေးပံ့ပိုးမှု ဆောင်ရွက်ချက်များအပါအဝင် အပြည့်အဝကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှုများ။ သက်သောင့်သက်သာရှိရေး ဆောင်ရွက်ချက်များနှင့် နောက်ထပ်ကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှုအနည်းအကျဉ်းတို့တွင်ဖော်ပြထားသောစောင့်ရှောက်မှုအပြင် လက္ခဏာပြသည့်အတိုင်း ပိုက်သွင်းခြင်း၊ အဆင့်မြင့်လေလမ်းကြောင်းကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှုနှင့် စက်ဖြင့်လေပေးခြင်းတို့ကို အသုံးပြုပါ။ ကျန်းမာရေးလိုအပ်ချက်များရှိကြောင်းလက္ခဏာပြပါက ဆေးရုံနှင့်/သို့မဟုတ် အထူးကြပ်မတ်သည့်ဌာနသို့ လွှဲပြောင်းပါ။</p>	
<p><b>ဂ</b> တစ်ခု အမှတ် အသားပြုပါ</p>	<p><b>ပဋိဇီဝဆေးများ-</b></p> <p><input type="checkbox"/> အခြားနည်းများဖြင့် အပြည့်အဝသက်သောင့်သက်သာမရှိနိုင်မှသာ ရောဂါပိုးမွှားအတွက် ပဋိဇီဝဆေးများသုံးပါ။</p> <p><input type="checkbox"/> ကုသမှုရည်မှန်းချက်များနှင့်အညီ ပဋိဇီဝဆေးများကို သုံးပါ။</p>	
<p><b>ဃ</b> တစ်ခု အမှတ် အသားပြုပါ</p>	<p><b>အာဟာရကို သဘာဝအတိုင်းပါစပ်မှုမဟုတ်ဘဲ အခြားနည်းများဖြင့်ပေးခြင်း-</b> တတ်နိုင်ပါက အစာရေစာကို ပါးစပ်မှ အမြဲပေးပါ။</p> <p><input type="checkbox"/> သဘာဝမဟုတ်သည့် အာဟာရ မပေးပါနှင့်။</p> <p><input type="checkbox"/> သဘာဝမဟုတ်သည့် အာဟာရကို ပိုက်ဖြင့်ပေးရန် သတ်မှတ်ထားသည့်စမ်းသပ်ကာလ။ (စမ်းသပ်ကာလ- _____ ရည်မှန်းချက်- _____)</p> <p><input type="checkbox"/> ရေရည် သဘာဝမဟုတ်သည့် အာဟာရ။</p>	
<p><b>နောက်ထပ်စိတ်ကြိုက်မှာကြားချက်များ-</b></p>		
<p><b>လက်မှတ်ထိုးသည့်စာမျက်နှာ-</b> ဤပုံစံတွင် စာ (၂) မျက်နှာရှိပါသည်။ စာနှစ်မျက်နှာလုံး ရှိရပါမည်။ အောက်ပါစာမျက်နှာတွင် POST ပုံစံသက်ရောက်မှုရှိရန်အတွက် လိုအပ်သည့်လက်မှတ်ရေးထိုးချက်များ ပါရှိပါသည်။</p>		

	<p><b>လူနာ၊ တရားဝင်ခန့်အပ်ထားသည့်ကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် အကျိုးဆောင်၏လက်မှတ်-</b> POST ပုံစံသက်ရောက်မှုရှိစေရန် လူနာ သို့မဟုတ် တရားဝင်ခန့်အပ်ထားသည့် ကိုယ်စားလှယ်မှ ပုံစံကို အောက်တွင်လက်မှတ်ထိုး၍ ရက်စွဲတပ်ရပါမည်။</p>		
<p><b>C</b></p>	<p><b>လူနာ သို့မဟုတ် တရားဝင်ခန့်အပ်ထားသည့်ကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် အကျိုးဆောင်၏လက်မှတ်</b>          ကျွန်ုပ်၏ဆရာဝန်၊ အဆင့်မြင့် ဆေးကုသမှု မှတ်ပုံတင်သူနာပြု သို့မဟုတ် ဆရာဝန်လက်ထောက် (သို့မဟုတ် ၎င်းမှခန့်အပ်ထားသူ) သည် အထက်ပါမှာကြားချက်များကို ကျွန်ုပ်နှင့်ဆွေးနွေးခဲ့ကာ ဤဆွေးနွေးမှုအတွင်း ချမှတ်ခဲ့သည့် ဆုံးဖြတ်ချက်များကို မှန်ကန်စွာ ကိုယ်စားပြုသည့် မှာကြားချက်များကို ရွေးချယ်ခဲ့ကြောင်း ကျွန်ုပ်အောက်တွင်လက်မှတ်ရေးထိုးပြသပါသည်။</p>		
	<p>လက်မှတ် (လှိုအပ်သည်)</p>	<p>နာမည်ရေးပါ (လှိုအပ်သည်)</p>	<p>ရက်စွဲ (လ/လ/ရက်ရက်/နှစ်နှစ်နှစ်နှစ်) (လှိုအပ်သည်)</p>
<p><b>D</b></p>	<p><b>(သက်တိုင်ပါက) အပိုင်း C ရှိ တရားဝင်ခန့်အပ်ထားသည့်ကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် အကျိုးဆောင်အား ဆက်သွယ်ရန်အချက်အလက်-</b> အထက်ပါလက်မှတ်သည် လူနာ၏လက်မှတ်မဟုတ်ပါက တရားဝင်ခန့်အပ်ထားသည့် ကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် အကျိုးဆောင်၏ ဆက်သွယ်ရန်အချက်အလက်ကို ထည့်ပါ။</p>		
	<p>လူနာတွင် လုပ်ကိုင်နိုင်စွမ်းမရှိပါက အပိုင်း C တွင် ဖော်ပြထားသော ကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် အကျိုးဆောင်နှင့် တော်စပ်ပုံ</p>	<p>လိပ်စာ (အိမ်နဲ့ပတ်ဝန်းကျင်၊ ဧည့်သည်နှင့် ဖိတ်ခေါ်ရာတွင်)</p>	<p>တယ်လီဖုန်းနံပါတ်</p>
	<p><b>ဆရာဝန်၏မှာကြားချက်-</b>          လူတစ်ဦးအားကုသနေသည့်ဆရာဝန်၊ အဆင့်မြင့်ကုသခွင့်ရှိသူမှတ်ပုံတင်သူနာပြု သို့မဟုတ် ဆရာဝန်လက်ထောက်မှ အောက်ပါအခြေအနေများတွင်သာ POST ပုံစံကို ဆောင်ရွက်နိုင်ပါသည်-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(၁) ကုသနေသည့်ဆရာဝန်၊ အဆင့်မြင့်ကုသခွင့်ရှိသူမှတ်ပုံတင်သူနာပြု သို့မဟုတ် ဆရာဝန်လက်ထောက်မှအောက်ပါအတိုင်း ဆုံးဖြတ်လိုက်သည်-</li> <li>(က) ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် အရည်အချင်းရှိသူဖြစ်၍</li> <li>(ခ) ထိုပုဂ္ဂိုလ်၏ POST ပုံစံတွင်ပါသည့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာမှာကြားချက်များသည် ၎င်းပုဂ္ဂိုလ်နှင့်ကိုက်ညီ၍ ထိုပုဂ္ဂိုလ်အတွက် ကျန်းမာရေးအရသင့်တော်ကာ</li> <li>(၂) သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသူ ကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် အကျိုးဆောင်မှ ဤ POST ပုံစံတွင် လက်မှတ်ထိုး၍ ရက်စွဲတပ်ပြီးပါပြီ။</li> </ul> <p>သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသူ တစ်ဦးတွင် အောက်ပါတို့အနက် အနည်းဆုံး (၁) တစ်ခုရှိပါသည်-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(၁) တိုးလာနေသည့် အဆင့်မြင့် နာတာရှည်ရောဂါတစ်ခုရပါ</li> <li>(၂) တိုးလာနေသည့် အဆင့်မြင့် ချည်နှံခြင်း။</li> <li>(၃) အောက်ပါတို့ဖြစ်ရန် သင့်တော်သည့်အတိုင်းအတာအထိ ကျန်းမာရေးအခြေအနေဖြစ်နိုင်ခြေရှိသည့် ထိခိုက်မှု၊ ရောဂါ သို့မဟုတ် ဖျားနာမှု တစ်ခုရ-</li> <li>(က) လုံးဝနာလိမ့်မီဖြစ်ခြင်းနှင့်</li> <li>(ခ) အသက်ဆက်သည့်လုပ်ငန်းစဉ်များမရှိလျှင် ၎င်းအခြေအနေကြောင့် အချိန်တိုအတွင်း သေဆုံးခြင်း။</li> <li>(၄) ထိုသူသည် နှလုံး သို့မဟုတ် အဆုတ်ပျက်ခဲ့သော် အသက်ပြန်ရှုရန်လုပ်သော်လည်း အောင်မြင်ခြင်းမရှိ၊ သို့မဟုတ် အချိန်တိုအတွင်း ထိုသူသည် နှလုံး သို့မဟုတ် အဆုတ် ပြန်ပျက်၍သေဆုံးမည့် ကျန်းမာရေးအခြေအနေ။</li> </ul>		
<p><b>ဆ</b></p>	<p><b>ဆွေးနွေးချက်များကို မှတ်တမ်းတင်ထားခြင်း- မှာကြားချက်များကို အောက်ပါပုဂ္ဂိုလ်နှင့် ဆွေးနွေးခဲ့သည် (တစ်ခုကို အမှတ်အသားပြုပါ)-</b></p> <p><input type="checkbox"/> လူနာ (လူနာတွင် လုပ်ကိုင်နိုင်စွမ်းရှိသည်)      <input type="checkbox"/> ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကိုယ်စားလှယ်      <input type="checkbox"/> တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ</p> <p><input type="checkbox"/> အရွယ်မရောက်သေးသူ၏ဘာ      <input type="checkbox"/> ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ကိုယ်စားပြုခွင့်ရထားသူ      <input type="checkbox"/> အကျိုးဆောင်</p>		
<p><b>ဇ</b></p>	<p><b>ကုသနေသည့်ဆရာဝန်/ အဆင့်မြင့်ကုသခွင့်ရှိသူမှတ်ပုံတင်သူနာပြု / ဆရာဝန်လက်ထောက်၏ လက်မှတ်</b>          ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ခန့်အပ်ထားသူသည် လူနာ၏ရည်မှန်းချက်များ၊ လူနာ၏ကျန်းမာရေးအပေါ် အခြေခံ၍ ပြုလုပ်နိုင်သောကုသမှုဆိုင်ရာ ရွေးချယ်ချက်များကို လူနာ၊ လူနာ၏ကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် အကျိုးဆောင်နှင့် ဆွေးနွေးပြီးကြောင်း လက်မှတ်ထိုးပြပါသည်။ ဤမှာကြားချက်များသည် လူနာ၏ လက်ရှိကျန်းမာရေးအခြေအနေ၊ လူနာ၏နှစ်သက်မှုများနှင့် ကိုက်ညီသည်ဟု ကျွန်ုပ်အကောင်းဆုံးသိထားချက်ဖြစ်ကြောင်း အောက်တွင် ကျွန်ုပ်လက်မှတ် ရေးထိုးပြပါသည်။</p>		
	<p>ကုသနေသည့်ဆရာဝန် / APRN / PA (လှိုအပ်သည်)</p>	<p>ကုသနေသည့်ဆရာဝန် / APRN / PA ၏နာမည်ရေးပါ (လှိုအပ်သည်)</p>	<p>ရက်စွဲ (လ/လ/ရက်ရက်/နှစ်နှစ်နှစ်နှစ်) (လှိုအပ်သည်)</p>
<p>ကုသနေသည့်ဆရာဝန် / APRN / PA ရုံးဖုန်းနံပါတ်</p>	<p>ကုသနေသည့်ဆရာဝန် / APRN / PA လိုင်စင်နံပါတ်</p>	<p>ကုသနေသည့်ဆရာဝန် / APRN / PA မှလွဲ၍ ဤပုံစံကို ပြင်ဆင်သူ ကျန်းမာရေးကုသမှုပညာရှင်</p>	
<p><b>ဈ</b></p>	<p><b>ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကိုယ်စားလှယ်ခန့်အပ်ခြင်း-</b> လူနာတစ်ဦးအနေဖြင့် IC 16-36-7 အရ သင့်တွင် ကျန်းမာရေးကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးအဖြစ် ဆောင်ရွက်ရန် ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးခန့်အပ်နိုင်ပါသည်။ ဤ POST ပုံစံ သက်ရောက်မှုရှိရန် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦး သင်မှခန့်အပ်ရမည်ဟု သတ်မှတ်ထားပါ။ သင်မှလုပ်ကိုင်နိုင်သည့် ကြိုတင်မှာကြားချက်များအကြောင်းကို သင့်ရှေ့နေ သို့မဟုတ် အခြားအရည်အချင်းမီပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးနှင့် တိုင်ပင်ရန် တိုက်တွန်းပါသည်။ ပုံစံများနှင့် ကြိုတင်မှာကြားချက်များအကြောင်းနောက်ထပ်အချက်အလက်များကို IDOH ဝက်ဘ်ဆိုက် <a href="https://www.in.gov/health/cshcr/indiana-health-care-quality-resource-center/advance-directives-resource-center/">https://www.in.gov/health/cshcr/indiana-health-care-quality-resource-center/advance-directives-resource-center/</a> တွင် တွေ့နိုင်ပါသည်။</p>		