



North East Essex
Health & Wellbeing Alliance

StHelena
For the people you love

মাই কেয়ার চয়েসের রেকর্ড

আপনি সম্পন্ন করুন এবং আপনার
নিকটতম স্বজনদের জানিয়ে রাখুন

mycarechoices.online

নথ ইষ্ট এসেক্সে
অগ্রিম পরিচর্যার পরিকল্পনা

আপনার মাই কেয়ার চয়েস রেকর্ড সম্পন্ন করার জন্য নির্দেশিকা

মাই কেয়ার চয়েস রেকর্ডটি আপনার যত্নের পছন্দগুলি সম্পর্কে, তাই দয়া করে আপনার সাথে সম্পর্কিত বিভাগগুলি সম্পূর্ণ করুন।

আপনার যদি দীর্ঘমেয়াদী অসুখ থাকে এবং বিভিন্ন কেয়ার [পরিচর্যা] প্রদানকারীর কাছ থেকে সেবা নিয়ে থাকেন, তবে আপনি হয়তো এটি সম্পন্ন করতে পারেন। এই ডকুমেন্টে আপনার বিবরণ লিপিবদ্ধ আছে, তাই এটি আপনার সাথে রাখুন অথবা বাসায় রাখুন।

আপনার সম্পাদিত এই ডকুমেন্টটি আপনার কাছের লোকদের জানালে ভাল হবে, এবং প্রয়োজন হলে এটি কোথায় পাওয়া যাবে, তাও তাদের জানিয়ে রাখুন।

আপনি যদি একজন পরিচর্যাকারী [কেয়ারার] হন, তাহলে আপনি যে ব্যক্তির পরিচর্যা করছেন, তার সাথে হয়তো আলোচনা করতে পারেন এবং এটি সম্পন্ন করতে তাদের সাহায্য করতে পারেন।

আপনি যদি চান যে, আপনার সম্পর্কিত বিষয়গুলো আপনার পরিচর্যাকারীরা জানুক, তাহলে আপনি হয়তো কেবল প্রথম ৩ পৃষ্ঠা সম্পন্ন করতে পারেন।

মাই কেয়ার চয়েস রেজিস্টার সম্পর্কিত তথ্য জানতে ৬ নং পৃষ্ঠাটি পড়া গুরুত্বপূর্ণ, কারণ আপনি এই ডকুমেন্টটি সম্পন্ন করলে, আপনার সম্মতি নিয়ে আপনার জিপি আপনার পছন্দের বিষয়গুলো দেখতে পারবেন, তাতে স্বাস্থ্য বিভাগের অন্যান্য পেশাদাররাও আপনার পছন্দের পরিচর্যা সম্পর্কে অবগত হবেন।

মাই কেয়ার চয়েস রেকর্ড

আপনার পরিচর্যার ব্যাপারে আপনার পছন্দ সম্পর্কিত বিষয় হলো মাই কেয়ার চয়েসের
রেকর্ড, তাই অনুগ্রহ করে আপনার জন্য প্রাসঙ্গিক সেকশনগুলো পূরণ করুন।

আমার নামঃ _____

আমাকে যে নামে ডাকা যাবেঃ _____

তারিখঃ _____

আমার যেসব অসুস্থতা আছে এবং সেগুলো আমাকে কীভাবে প্রভাবিত করেঃ

অ্যালার্জি এবং সংবেদনশীলতাঃ _____

আমার সম্পর্কে

আমাৰ কাছে কী গুৰুত্বপূৰ্ণ? _____

আমি উদ্বিগ্ন বা বিচলিত হলে কীসে আমি অনেকটা সুস্থ বোধ করি? আপনি অসন্তুষ্ট বা কষ্ট পেলে, সাহায্য করতে পারে এমন বিষয়গুলো ইহার সাথে যুক্ত করুন।

আমি আমার কর্মসংস্থান, অতীত এবং বর্তমান/আমার জীবনের উল্লেখযোগ্য ঘটনার মতো বিষয় আপনাকে জানাতে চাই:

আমার কাছে কে গুরুত্বপূর্ণ এবং কে আমাকে সবচেয়ে ভালো জানে? ইনি হতে
পারেন আপনার স্ত্রী/স্বামী, আত্মীয়, বন্ধু বা কেয়ারার।

আমি আমার পরিচর্যার বিষয়ে সিদ্ধান্ত গ্রহণের সাথে যাদের জড়িত করতে চাই, এমন
ব্যক্তিদের মধ্যে প্রথম ব্যক্তির নাম হলোঃ

যোগাযোগ করার ফোন নম্বরঃ _____

আমি আমার পরিচর্যার বিষয়ে সিদ্ধান্ত গ্রহণের সাথে যাদের জড়িত করতে চাই,
এমন ব্যক্তিদের মধ্যে ২য় ব্যক্তির নাম হলোঃ

যোগাযোগ করার ফোন নম্বরঃ _____

আমি আরো বেশী অসুস্থ হয়ে পড়ার

মতো কোন ঘটনা ঘটলে, আমি চাই, সম্ভব হলে আপনারা অনুগ্রহ করে আমার একজন
নিকটাত্মীয়ের সাথে যোগাযোগ করবেন/কোন প্রধান হাসপাতালের পরিবর্তে একটি
কমিউনিটি হাসপাতালে রেখে আমাকে পরিচর্যা করা হবে। (আপনার জিপির সাথে এই
পছন্দগুলো নিয়ে আলোচনা করুন):

আমি যা চাই না, তা হলো,
যেমন আমি কোন হাসপাতালে না যেতে চাই না/আমি কৃত্রিমভাবে খাবার প্রহণ করতে চাই
না। (আপনার জিপির সাথে এই পচন্দগুলো নিয়ে আলোচনা করুন):

অন্যান্য বিষয়, যা আমার পরিচর্যাকারীগনের জানা কী উচিত?
যেমন - আপনার আধ্যাত্মিক বা ধর্মীয় বিশ্বাস

মাই কেয়ার চয়েস রেজিস্টার

মাই কেয়ার চয়েসেস রেজিস্টার হলো আপনার নিম্নোক্ত সিদ্ধান্তগুলোর একটি রেকর্ডঃ

- আপনি যদি আরও বেশী অসুস্থ হয়ে পড়েন, তাহলে ভবিষ্যতে আপনি যে ধরনের পরিচর্যা কামনা করেন এবং আপনার পছন্দের পরিচর্যা নেওয়ার জায়গা।

রেজিস্টারটি তাদের জন্য - যারাৰঃ

- গুরুতর দীর্ঘস্থায়ী রোগে ভোগছেন, জীবন-নাশ হওয়ার মতো শারীরিক অবস্থার অবনতি হতে পারে **অথবা**
- সামগ্রিকভাবে ভগ্ন স্বাস্থ্য এবং আকস্মিকভাবে অবস্থার অবনতি ঘটার বুঁকি রয়েছে **অথবা**
- যাদের ডিমেনশিয়া [মতিভ্রম] আছে, যারা ভবিষ্যতের স্বাস্থ্যসেবার জন্য তাদের পছন্দগুলো রেকর্ড করতে চান **অথবা**
- বৃদ্ধ মানুষের জন্য নির্ধারিত কোন আবসিক বা নার্সিং হোমে বাস করেন **অথবা**
- তাদের স্বাস্থ্যগত অবস্থা এমন যে, তারা সন্তুষ্ট জীবনের শেষ বছরে আছেন

এটি অনলাইনে সংরক্ষণ করে রাখা হয়, এতে আপনার পরিচর্যায় দায়িত্বশীল স্টাফ, যেমন আপনার জিপি, কমিউনিটি নার্স, হাসপাতালের স্টাফ, অ্যাস্ট্রেলিশ সার্ভিস এবং সেন্ট হেলেনায় যারা রেজিস্টার হোস্ট করেন, কেবলমাত্র তারা এটি নিরাপদে অনলাইনে দেখতে পারবেন।

তারা দিনে বা রাতে - যে কোন সময় এটি দেখতে পারবেন, সুতোং আপনার পরিচর্যাকারী সবাই আপনার পরিচর্যা সম্পর্কিত পছন্দের বিষয়ে অবগত আছেন মর্মে আপনি নিশ্চিত থাকতে পারেন।

কিছু কিছু কেয়ার হোমের স্টাফেরাও তা দেখতে পারেন, এবং আমরা এটিকে আরও প্রসারিত করার জন্য কাজ করছি - যাতে ভবিষ্যতে সোশ্যাল কেয়ারের সব স্টাফ এবং কেয়ার হোমের স্টাফরা তাদের পরিচর্যা গ্রহণকারী ব্যক্তির পরিচর্যা সম্পর্কিত পছন্দের বিষয়গুলো দেখতে সক্ষম হন।

আপনার কাছে প্রাসঙ্গিক হলে, আপনি এটি রেকর্ড করতে পারেনঃ

- আপনি যদি আপনার জীবনের শেষ প্রান্তে এসে থাকেন, তাহলে আপনি আপনার সাংস্কৃতিক বা ধর্মীয় ইচ্ছা সহ যে ধরণের কেয়ার পেতে চান, তা রেকর্ড করতে পারেন
- জীবনের সাথাহে আপনি কোথায় পরিচর্যা পেতে চান, তা হলো আপনার পছন্দ, এতে আপনার নির্ণীত রোগ, আপনার স্বাস্থ্যগত অবস্থা এবং আপনি যে চিকিৎসা গ্রহণ করছেন, সে সম্পর্কিত মূল তথ্যও সংরক্ষিত থাকে।

মাই কেয়ার চয়েস রেজিস্টার চিকিৎসা গ্রহণ করতে না চাওয়ার অগ্রিম সিদ্ধান্ত নয় এবং এটি আইনত বাধ্যতামূলকও নয়। আপনি যদি অগ্রিম সিদ্ধান্ত (লিভিং উইলস) সম্পর্কে আরও তথ্য চান, তাহলে এই ওয়েবসাইটটি ভিজিট করুনঃ compassionindying.org.uk-এ *Compassion in Dying*

আমার তথ্য শেয়ার করার সম্মতি

আমার সর্বোত্তম পরিচর্যা পাওয়া নিশ্চিত করার জন্য আমি আমার পরিচর্যার সাথে জড়িত স্বাস্থ্য এবং সোশ্যাল কেয়ারের পেশাদারদের সাথে মাই কেয়ার চয়েস রেজিস্টার সহ এই ফর্মের তথ্যগুলো কাগজাত এবং ইলেক্ট্রনিক রেকর্ডের মাধ্যমে শেয়ার করার সম্মতি দিচ্ছি।

আমার নামঃ _____

আমার স্বাক্ষরঃ _____ তারিখঃ _____

আপনি এই ডকুমেন্টটি পূরণ করার পর আপনার জিপিকে আপনার পছন্দগুলো রেজিস্টারে রেকর্ড করার জন্য অনুরোধ করতে সুপারিশ করা হচ্ছে।

স্বাস্থ্য ও কল্যাণের জন্য লাস্টিং পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি (LPA)

LPA সম্পাদন করার মাধ্যমে আপনি আপনার অ্যাটর্নিকে আপনার স্বাস্থ্য এবং ব্যক্তিগত কল্যাণের বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা হস্তান্তর বুঝায়। এর ফলে আপনার অ্যাটর্নি আপনার পক্ষে আপনার প্রতিদিনের পরিচর্যা ও আপনি কোথায় থাকবেন এবং আপনার চিকিৎসা গ্রহণ বা প্রত্যাখ্যান করার বিষয়ে সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন। এটি কেবল তখনই কার্যকর হয়, যদি/যখন আপনি আপনার নিজের সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা হারিয়ে ফেলেন এবং অফিস অফ দ্য পাবলিক গার্ডিয়ানে নিবন্ধিত হলেই কেবল এটি বৈধ হয়।

আমার স্বাস্থ্য ও কল্যাণের জন্য আমার লাস্টিং পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি (LPA) আছেঃ

হ্যাঁ না

উত্তর হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহপূর্বক বিবরণ দিনঃ

নামঃ _____

ঠিকানাঃ _____

টেলিফোনঃ _____

LPA-এর রেফারেন্স নংঃ _____

সম্পত্তি এবং আর্থিক বিষয়ের জন্য লাস্টিং পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি (LPA)

LPA-এর মাধ্যমে আপনি আপনারক পক্ষে আর্থিক বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা
আপনার অ্যাটর্নিরে প্রদান করেছেন মর্মে গন্য হয়, যেমন ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট পরিচালনা বা
আপনার বাড়ি বিক্রি করা। যদি LPA -তে উল্লেখ না থাকে যে, আপনি আপনার আর্থিক
বিষয় দেখভাল করার ক্ষমতা হারানোর পরই কেবল আপনার অ্যাটর্নি আপনার আর্থিক
বিষয়ে সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন, তাহলে পাবলিক গার্ডিয়ানের অফিসে LPA নিবন্ধিত হওয়ার
সাথে সাথে আপনার অ্যাটর্নি আপনার আর্থিক বিষয় পরিচালনা করার ক্ষমতা পেয়ে যাবেন।

আমার সম্পত্তি এবং আর্থিক বিষয়ের জন্য লাস্টিং পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি
(LPA) আছে:

হ্যাঁ না

উত্তর হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহপূর্বক বিবরণ দিনঃ

নামঃ _____

ঠিকানাঃ _____

টেলিফোনঃ _____

LPA-এর রেফারেন্স নংঃ _____

আমার আদালত কর্তৃক নিয়োজিত একজন ডেপুটি আছে

নামঃ _____

টেলিফোন নংঃ _____

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে, 2007 সালের আগে, অ্যাটর্নি নিয়োগের উপায় হিসাবে
এন্ডিউরিং পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি ছিল।

আপনি যদি এন্ডিউরিং পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি মনোনীত করে থাকেন, তবে
অনুগ্রহ করে এখানে টিক চিহ্ন দিন

আপনার যদি কোন LPA না থাকে এবং আপনি একটি LPA করতে চান, তাহলে অনুগ্রহ
করে একজন সলিসিটারের সাথে যোগাযোগ করুন বা এই ওয়েবসাইট ভিজিট করুনঃ
www.gov.uk/power-of-attorney/make-lasting-power

আপনার জীবন সাহাহে আপনার স্বাস্থ্যসেবার পরিকল্পনা প্রণয়ন

ভবিষ্যতে আপনি কীভাবে আপনার পরিচর্যা গ্রহণ করতে চান এবং আপনি এটি কোথায় গ্রহণ করতে চান, তা বিবেচনা করার জন্য আলোচনা করতে পারেন।

আমার স্বাস্থ্যগত অবস্থার অবনতি হলে, আমি এখানেই আমার পরিচর্যা গ্রহণ করতে চাই:

১ম পছন্দ _____

২য় পছন্দ _____

এখানেই আমি আমার জীবনের শেষ দিন পর্যন্ত পরিচর্যা গ্রহণ করতে চাই:

১ম পছন্দ _____

২য় পছন্দ _____

এগুলো হল আমার অন্যান্য ডকুমেন্ট, যা আমি সম্পন্ন করার সাথে জড়িত ছিলামঃ

DNACPR (কোর্ডিং পালমোনারি রিসাসিটেশনের চেষ্টা করবেন না)

তারিখঃ _____

চিকিৎসা প্রত্যাখ্যান করার অগ্রিম সিদ্ধান্ত

তারিখঃ _____

বিস্তারিত বিবরনঃ _____

ReSPECT (জেরুরি কেয়ার ও চিকিৎসার জন্য প্রস্তাবিত সংক্ষিপ্ত পরিকল্পনা)

তারিখঃ _____

বিস্তারিত বিবরনঃ _____

জরুরী যোগাযোগ

আমি যদি কখনও অসুস্থ হয়ে পড়ি বা আমার নিজের স্বাস্থ্য সম্পর্কে আমি নিজের সিদ্ধান্ত নিতে অক্ষম হই, তবে নিম্নলিখিত লোকদের সাথে কথা বলা জরুরীঃ

আমার জরুরী: _____

পরিস্থিতিতে যাদের সাথে **প্রথমে** যোগাযোগ করা প্রয়োজন, তারা হলেনঃ

নামঃ _____

আমার সাথে সম্পর্কঃ _____

টেলিফোনঃ _____

স্বাস্থ্য বিভাগীয় পেশাদার

জিপিঃ _____

অন্যান্য স্বাস্থ্য বিভাগীয় পেশাদার যারা আমার পরিচর্যার সাথে জড়িত আছেনঃ

(নাম ও প্রতিষ্ঠান) _____

(নাম ও প্রতিষ্ঠান) _____



প্রকাশিত হয়েছে মে ২০২৩ - ৫ম সংস্করণ এই পুস্তিকাটি মুনৰায় পেতে হলে আনুগ্রহ করে MCCR/0 উল্লেখ করে ইমেল করুনঃ literary@sthelena.org.uk

নিবন্ধিত চ্যারিটি নং 280919. রেজিস্টার্ড অফিসঃ Myland Hall, Barncroft Close, Highwoods, Colchester, CO4 9JU

