

माई वॉयस

भवष्य के स्वास्थ्य देखभाल उपचार हेतु अपनी शुभकामनाएं व्यक्त करते हुए
अग्रमि देखभाल योजना मार्गदर्शिका



फरवरी 2020

इस मार्गदर्शिका का उपयोग स्वैच्छिक है और इसका उद्देश्य आपके करीबी परिवार के सदस्यों या स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के साथ उन अग्रिम देखभाल योजना विकल्पों के बारे में बातचीत को प्रेरक बनाना है जो आपके लिए सही हो सकते हैं। इसके अलावा, प्रदान किए गए प्रपत्र प्रकाशन की तारीख के दौरान कानून को दर्शाते हैं। समय के साथ कानून बदल सकते हैं। यह मार्गदर्शिका किसी चिकित्सीय या कानूनी सलाह को प्रतिस्थापित नहीं करती है।

पुस्तकालय और अभिलेखागार कनाडा प्रकाशन में कैटलॉगिंग

माई वॉयस - भवष्य के स्वास्थ्य देखभाल उपचार के लिए शुभकामनाएं व्यक्त करता है।

सूचकांक शामिल है।
ISBN 978-0-7726-6524-9

1. अग्रिम निर्देश (चिकित्सा देखभाल)--ब्रिटिश कोलंबिया--
लोकप्रिय रचनाएँ। I. ब्रिटिश कोलंबिया। स्वास्थ्य मंत्रालय II. शीर्षक.

R726.2 M9 2011 344.71104'197 C2011-909048-1

स्वास्थ्य प्राधिकरण दस्तावेज़ मुद्रण संदर्भ संख्या:

एफएच (FH): 349976

आईएच (IH): 807025

एनएच: 1752

पीएचएसए (PHSA): पीएचएसए (PHSA)240

वीसीएच (VCH): 00089414

वीआईएचए (VIHA): 90444

आभार

स्वास्थ्य मंत्रालय अग्रिमि देखभाल योजना के लिए इस नई प्रांतीय मार्गदर्शिका में अपनी "माई वॉयस" कार्यपुस्तिका को अनुकूलति करने की अनुमति देने के लिए फ्रेजर हेल्थ को श्रेय देता है। अपना समय और वचिार साझा करने वाले कई चकित्सकों और रोगियों को भी धन्यवाद दिया गया है। मार्गदर्शिका को स्वास्थ्य मंत्रालय द्वारा नमिनलखिति के साथ साझेदारी में संकलति कयिा गया था:



वषियसूची

प्रस्तावना	2
अग्रमि देखभाल योजना क्यों महत्वपूर्ण है?	3
आपकी अग्रमि देखभाल योजना का विकास	5
वश्वास, मूल्य और इच्छाएं	5
लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेशन्स (जीवन-संवर्धक चकित्सा हस्तक्षेप)	6
अग्रमि देखभाल योजना के विकल्प	8
अस्थायी वैकल्पिक नर्णयकर्ता (टीएसडीएम)	9
प्रतनिधित्व अनुबंध	11
अग्रमि नर्देश	14
एक प्रतनिधित्व अनुबंध और एक अग्रमि नर्देश	16
स्थायी पावर ऑफ़ अटॉर्नी	19
अपनी अग्रमि देखभाल योजना को बदलना या रद्द करना	20
शब्दों की परिभाषा	22
अपने कागजात क्रम में रखना	25
मेरी अग्रमि देखभाल योजना	
मेरी अग्रमि देखभाल योजना - सारांश	27
मेरी अस्थायी वैकल्पिक नर्णयकर्ता (टीएसडीएम) सूची	28
मेरे वश्वास, मूल्य और इच्छाएँ	30
मेरे प्रतनिधि: मानक (आरए 7) और उन्नत अनुबंध (आरए 9)	32
प्रतनिधित्व अनुबंध (धारा 7)	34
प्रपत्र 1: प्रतनिधि या वैकल्पिक प्रतनिधिक प्रमाण पत्र	40
प्रपत्र 2: नरीक्षक का प्रमाण पत्र	41
प्रपत्र 3: वयस्क के लिए हस्ताक्षर करने वाले व्यक्तिका प्रमाण पत्र	42
प्रपत्र 4: गवाहों का प्रमाण पत्र	43
प्रतनिधित्व अनुबंध (धारा 9)	44
मेरा अग्रमि नर्देश	50
संसाधन	52
वॉलेट कार्ड	52

प्रस्तावना

आपके स्वास्थ्य देखभाल उपचार के बारे में नर्णय लेने में एक राय होना महत्वपूर्ण है। एक समय ऐसा भी आ सकता है, जब बीमारी या चोट के कारण, आप स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के सामने अपनी इलाज की इच्छा व्यक्त करने में असमर्थ होते हैं। पहले से योजना बनाकर आप यह सुनिश्चित कर सकते हैं कि आपका परिवार, मतिर और/या स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता आपकी इच्छाओं को जानते हैं, और यह सुनिश्चित कर सकते हैं कि इन इच्छाओं का पालन किया जाएगा।

1 सतिंबर, 2011 को ब्रिटिश कोलंबिया में नया अक्षमता (या व्यक्तगित) नयोजन कानून लागू हुआ तथा इसने वयस्कों को भवषिय के स्वास्थ्य देखभाल नर्णयों के बारे में अपनी इच्छा व्यक्त करने के लिए अधिकि वकिल्प प्रदान कएि। यह कानून सक्षम वयस्कों को उन योजनाओं को लागू करने की अनुमति देता है जो स्वास्थ्य देखभाल उपचारों की रूपरेखा तैयार करते हैं जनिके लिए वे अपनी मान्यताओं, मूल्यों और इच्छाओं के आधार पर सहमति देते हैं या मना करते हैं। यदि कोई नर्णय/योजना नहीं है, तो ब्रिटिश कोलंबिया का स्वास्थ्य देखभाल सहमति कानून वनियिमति स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को इस बारे में वशिषिट मार्गदर्शन प्रदान करता है कि उनूहे कसिी व्यक्तकी ओर से नर्णय लेने के लिए कसिे चुनना चाहएि।

यह मार्गदर्शिका और इस पुस्तिका के दूसरे भाग में दएि गए कार्यपुस्तिका के पृष्ठ आपको एक अग्रमि देखभाल योजना को पूरा करने में मदद करेगे जो आपके असमर्थ होने की स्थिति में स्वास्थ्य देखभाल नर्णयों के बारे में आपकी इच्छाओं को रेखांकित करेगे। यह आपको इस बारे में सोचने में मदद करेगा कि आपके लिए क्या महत्वपूर्ण है, आपको अपने वशिवासों और इच्छाओं का दस्तावेजीकरण करने में मदद मलैगी, और आपको सबसे उपयुक्त अग्रमि देखभाल योजना बनाने में मदद मलैगी।

यह सुनिश्चित करने के लिए कि आपकी इच्छाओं का पालन किया जाता है, आपके द्वारा चुनी गई अग्रमि देखभाल योजना के आधार पर आपको कानूनी प्रपत्रों को पूरा करने की आवश्यकता हो सकती है। मार्गदर्शिका में वे फॉर्म शामिल हैं जिन्हें आप वकील या नोटरी पब्लिक की मदद के बिना पूरा कर सकते हैं और अगर ठीक से पूरा किया जाता है तो वे कानूनी रूप से मान्य होंगे। हम आपको यह सुनिश्चित करने के लिए कानूनी सलाह लेने का सुझाव देते हैं कि जटिल



अग्रमि देखभाल योजना क्यों महत्वपूर्ण है?

जब तक आप अपने डॉक्टर, नर्स प्रैक्टिशियर पंजीकृत नर्स और/या अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता की बातें समझने और संवाद करने में सक्षम होंगे तब तक आपको ही अपने स्वास्थ्य देखभाल उपचार संबंधी निर्णय लेने के लिए कहा जाएगा।

हालांकि, कल क्या लेकर आएगा, यह कोई नहीं जानता। एक गंभीर दुर्घटना या बीमारी के परिणामस्वरूप आप उस समय अपने स्वास्थ्य देखभाल के निर्णय लेने में असमर्थ हो सकते हैं जब देखभाल की आवश्यकता होती है। ऐसी संभावना में एक अग्रमि देखभाल योजना सहायक होती है। यह आपकी इच्छा के आधार पर परिवार के सदस्यों या करीबी दोस्तों और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को आपकी देखभाल और उपचार के लिए एक मार्गदर्शिका प्रदान करती है।

एक अग्रमि देखभाल योजना सूचति कर सकती है:

- आप अपने लिए स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने के लिए कसि अधिकृत करना चाहते हैं?
- यदि कोई स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता कुछ स्वास्थ्य देखभाल उपचारों की सफिरशि करता है तो आप कसि स्वास्थ्य देखभाल उपचार (उपचारों) के लिए सहमत होंगे या आप कसि मना करेंगे?
- क्या आप कुछ शर्तों के तहत लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोंगगि मेडिकल इंटरवेशन्स (जीवन-संवर्धक चकित्सा हस्तक्षेप) स्वीकार या अस्वीकार करेंगे?
- यदि आपको आवासीय देखभाल की आवश्यकता है और घर पर देखभाल उचित नहीं है, तो आपकी प्राथमकित्ताएं क्या होंगी?

मैरी 54 वर्ष की हैं, तलाकशुदा हैं, खेल पसंद करती हैं और उनके दो वयस्क बच्चे हैं। दो माह पूर्व जब वे बाइक से जा रही थीं तभी एक कार ने उन्हें टक्कर मार दी। वे अभी भी बेहोश हैं और उन्हें सांस लेने के लिए वेंटिलेटर की जरूरत है। डॉक्टरों का कहना है कि मैरी को स्थायी मसतषिक क्षति हुई है और वह अपनी चोटों से उबर नहीं पाएगी। अगर वे होश में भी आती हैं, तो वे कभी भी अपने आप चलने, बात करने या फरि से सांस लेने में सक्षम नहीं होंगी। उनकी बेटियां लगातार उनके साथ रही हैं। अब मैरी अपने दोनों फेफड़ों में संक्रमण से लड़ रही हैं, बहुत अस्थिर हैं, और डॉक्टरों का कहना है कि मैरी कुछ हफ्तों में मर सकती हैं। वे मैरी को वेंटिलेटर से हटाने की सलाह देते हैं और उनका मानना है कि मैरी के लिए प्राकृतिक मौत की अनुमति देना अधिक आरामदायक होगा। एक बेटा को लगता है कि यह सबसे अच्छा विकल्प है लेकिन दूसरी बेटा, जो छह महीने की गर्भवती है, मैरी के पहले पोते के जन्म तक हर संभव हस्तक्षेप चाहती है।



यदि मैरी ने अग्रिम देखभाल योजना के माध्यम से भवषिय की स्वास्थ्य देखभाल के लिए अपनी इच्छाओं को साझा किया होता, तो इससे उनकी बेटियों और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को इस कठिन समय के दौरान मैरी के विश्वासों, मूल्यों और उनकी स्वास्थ्य देखभाल की इच्छाओं के बारे में अधिक जानने में मदद मिल जाती। यह देखभाल और उपचार के बारे में उन नर्णियों को लेने में मदद करता है जो मैरी अपने लिए तय करती यदि वे ऐसा कर पाती।

अग्रिम देखभाल योजना का उद्देश्य आपके करीबी परिवार के सदस्यों, दोस्तों और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के साथ बातचीत करना है ताकि वे उस स्वास्थ्य देखभाल उपचार के बारे में जान सकें जैसा आप लेना चाहते हैं, या नहीं लेना चाहते हैं यदि आप अपने स्वयं के नर्णियों को व्यक्त करने में असमर्थ हो जाते हैं।

अपने भवषिय की स्वास्थ्य देखभाल के लिए अपने विश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं को लिखना एक अग्रिम देखभाल योजना है। आपकी अग्रिम देखभाल योजना में अतिरिक्त कानूनी दस्तावेज भी शामिल हो सकते हैं।

ब्रिटिश कोलंबिया में स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं से अपेक्षा की जाती है कि वे स्वास्थ्य देखभाल के लिए वयस्कों की उन इच्छाओं का सम्मान करें जो उन्होंने सक्षम रहते हुए व्यक्त की थीं। चाहे आपने अग्रिम देखभाल योजना में अपनी इच्छा व्यक्त की हो या नहीं, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता आपके लिए चिकित्सकीय रूप से उपयुक्त उपचार अनुसंशाएँ करेंगे।

यदि आप एक अग्रिम देखभाल योजना बनाते हैं, तो दूसरों को आपके लिए किये जाने वाले नर्णियों के बारे में पता होता है, और यह आपके परिवार और दोस्तों को भवषिय के लिए आवश्यक ज्ञान और उपकरण प्रदान करता है। एक अग्रिम देखभाल योजना एक वकिल्प है। यह एक ऐसा वकिल्प है जो आपके परिवार और दोस्तों के कुछ तनाव को कम करने में मदद करेगा यदि उन्हें आपके लिए महत्वपूर्ण स्वास्थ्य देखभाल नर्णय लेने के लिए कहा जाता है।

आपकी अग्रिम देखभाल योजना का विकास

वश्वास, मूल्य और इच्छाएं

अग्रिम देखभाल योजना भविष्य के स्वास्थ्य देखभाल उपचार के बारे में आपके वश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं के बारे में सोचने और परिवार के सदस्यों या दोस्तों और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता (ओं) के साथ उनके बारे में बात करने से शुरू होती है। जब वे लोग, जिन पर आप भरोसा करते हैं, जानते हैं कि भावी स्वास्थ्य देखभाल उपचार के संबंध में आपके लिए क्या महत्वपूर्ण है, तो उनके लिए आपकी ओर से निर्णय लेना आसान हो जाता है।

निम्नलिखित उदाहरण आपको यह पता लगाने में मदद कर सकते हैं कि आपके लिए क्या महत्वपूर्ण है।

ये बातें मेरे जीवन को सार्थक बनाती हैं:

- अपने परिवार के सदस्यों और दोस्तों के साथ समय बताना
- पालतू जानवर/संगीत/कला/बगीचे/काम/शौक/ताज़ी हवा/खेल के प्रति मेरा प्यार
- अपने धर्म का पालन करना

अपनी मृत्यु के बारे में सोचते हुए मुझे इसमें आराम मिलता है:

- यह जानकर कि मेरा जो भी दर्द है वह समाप्त हो जाएगा
- यह वश्वास करके कि मेरी अच्छी देखभाल होगी और मेरा परिवार मेरे साथ बना रहेगा
- यह वश्वास करके कि मृत्यु के बाद भी कुछ है, भले ही मुझे इसके बारे में पता न हो

जब मैं मरने के बारे में सोचता हूँ तो मुझे चिंता होती है कि:

- मुझे सांस लेने में दक्कित हो सकती है
- मुझे अनर्पित दर्द हो सकता है
- मैं अकेला हो सकता हूँ

जब मैं अपने जीवन के अंत के करीब हूँ, मैं चाहता हूँ कि:

- मेरा परिवार नजदीक हो
- कोई मेरा हाथ पकड़े हुए हो
- मेरे धर्मगुरु मुझसे मिलने आएँ
- लोग मेरे जीवन की सुखद यादों के बारे में बातें करें
- मैं अपना पसंदीदा संगीत सुनूँ
- एक खड़की खुली हो चाहे मौसम कैसा भी हो

लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेंशनस (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप)

लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेंशनस (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) के लिए अपनी इच्छाओं के बारे में सोचना और बात करना बहुत महत्वपूर्ण है, खासकर अगर आपको कोई गंभीर या जानलेवा बीमारी है। आपकी अग्रिम देखभाल योजना वभिन्न समस्याओं का समाधान कर सकती है, जैसे कनिथिमति सर्जरी के दौरान और बाद में आपकी अस्पताल की देखभाल, दुर्घटना की स्थितिमें देखभाल, या जीवन के अंत में देखभाल के नरिणय।

चिकित्सक और अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता हमेशा नैदानिक मूल्यांकन के आधार पर चिकित्सकीय रूप से उपयुक्त स्वास्थ्य देखभाल की पेशकश करेंगे। स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता हमेशा यह सुनिश्चिती करना चाहेंगे कि दिरद, चक्कर आना, मतली, रक्तस्राव या संक्रमण जैसे किसी भी लक्षण को हमेशा समझा और हल किया जाए। जब तक आप समझ सकते हैं और संवाद कर सकते हैं, आपका स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता किसी भी जोखिम, लाभ या विकल्पों सहति आपके लिए चिकित्सकीय रूप से उपयुक्त देखभाल को स्पष्ट करेगा। वे यह भी पूछेंगे कि कित्या आपके कोई प्रश्न हैं और यदि आप स्वास्थ्य देखभाल उपचार को स्वीकार या अस्वीकार करना चाहते हैं।

कुछ सबसे कठनि नरिणय लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेंशनस (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) के उपयोग से संबंधित होते हैं। चिकित्सा हस्तक्षेपों में सांस लेने में मदद करने के लिए एक वेंटिलैटर, ट्यूब फीडिंग, कडिनी डायलिसिस, या हृदय और फेफड़ों के कामकाज को फरि से शुरू करने के लिए कार्डियोपल्मोनरी रिसिटिशन शामिल हो सकता है। इन उपचारों की पेशकश तब की जाती है जब कोई स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता मानता है कि वे चिकित्सकीय रूप से उपयुक्त हैं।

नीचे दिए गए प्रश्न आपको लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेंशनस (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) के बारे में सोचने में मदद कर सकते हैं जिन्हें आप भविष्य में स्वीकार या अस्वीकार करना चाहेंगे।

यदि आप किसी पुरानी बीमारी से पीड़ित हैं:

- मेरी स्वास्थ्य स्थितिकिसि चरण पर है और भविष्य में यह कैसी हो सकती है?
- क्या मेरी स्थिति मेरी याददाश्त या भविष्य में अपने लिए नरिणय लेने की क्षमता को प्रभावित कर सकती है?
- क्या यह जानलेवा हो जाएगी?
- इस स्थिति के लिए मुझे कौन से लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेंशनस (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) की आवश्यकता हो सकती है?
- मेरा स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता क्या सुझाव देता है जसि मैं अपनी अग्रिम देखभाल योजना में स्वीकार करता हूं?

यदि आपको कोई जानलेवा बीमारी या चोट है, तो क्या आप नमिनलखिति को स्वीकार या अस्वीकार करना चाहते हैं:

- कार्डियोपल्मोनरी रिसिसिटेशन (सीपीआर)?
- सभी, कुछ, या कोई लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेंशन्स (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) नहीं, जब स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता यह सुझाव देता है कि स्वास्थ्य देखभाल उपचार चिकित्सकीय रूप से उपयुक्त है?
- लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेंशन्स (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) की एक परीक्षण अवधि, लेकिन यदि आपकी स्थिति में सुधार नहीं होता है, तो प्राकृतिक मृत्यु की अनुमति होगी?

आप अपने आप से पूछना चाह सकते हैं, "क्या मुझे लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेंशन्स (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) चाहिए यदि इसका मतलब है कि मैं अब नमिनलखिति नहीं कर सकता":

- जीवन और गतिविधियों का उसी तरह आनंद नहीं ले सकता जैसे मैं अभी करता हूँ?
- बिस्तर से उठ नहीं सकता, चल नहीं सकता या अपने आप बाहर नहीं जा सकता?
- अपने रिश्तेदारों या दोस्तों के साथ सार्थक रूप से पहचान और संवाद नहीं कर सकता?
- अपने लिए नहीं सोच सकता?



अग्रमि देखभाल योजना के वकिल्प

यदि आप स्वयं ऐसा करने में सक्षम नहीं हैं, तो आपकी इच्छाओं और नरिदेशों को संप्रेषित करने के लिए कई वकिल्प उपलब्ध हैं। आपकी व्यक्तिगत परिस्थितियाँ और आप जसि प्रकार की अग्रमि देखभाल योजना बनाना चाहते हैं, वे आपके द्वारा चुने गए वकिल्पों को प्रभावित करेंगे।

अग्रमि देखभाल योजना की मूल बातें

प्रत्येक अग्रमि देखभाल योजना में ये तीन चीजें शामिल होनी चाहिए:

अपने विश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं के बारे में परिवार के सदस्यों या दोस्तों और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के साथ बातचीत।

भविष्य के स्वास्थ्य देखभाल उपचार के लिए अपने विश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं को लिखना।

उन लोगों की संपर्क जानकारी लिखना जो आपकी अस्थायी वैकल्पिक नरिणयकर्ता वाली सूची में शामिल होने के योग्य हैं।

अग्रमि देखभाल योजना के वकिल्प

आपकी अग्रमि देखभाल योजना आवश्यकताओं के आधार पर नमिंनलिखित चीजें वैकल्पिक हैं:

मानक प्रतिनिधित्व अनुबंध:
धारा 7

आपको नयिमति वततीय प्रबंधन नरिणय, व्यक्तिगत देखभाल नरिणय और कुछ स्वास्थ्य देखभाल नरिणय लेने के लिए एक व्यक्ति का नाम तय करने की अनुमति देती है।
व्यक्ति को आपके लिए लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगमि मेडिकल इंटरवेशन्स (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) से इनकार करने की अनुमति नहीं देता है।

संवर्धित प्रतिनिधित्व अनुबंध:
धारा 9

आपको व्यक्तिगत देखभाल संबंधी नरिणय लेने के लिए एक व्यक्ति का नाम तय करने देती है और कुछ स्वास्थ्य देखभाल नरिणय लेने की अनुमति देती है, जसिमि आपके लिए लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगमि मेडिकल इंटरवेशन्स (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) को स्वीकार या अस्वीकार करने के नरिणय शामिल हैं।

अग्रमि नरिदेश

आपको स्वास्थ्य देखभाल उपचार को स्वीकार करने या अस्वीकार करने के बारे में अपने नरिणयों को सीधे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को व्यक्त करने की अनुमति देता है, जसिमि लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगमि मेडिकल इंटरवेशन्स (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) शामिल हैं।

उस समय आवश्यक स्वास्थ्य देखभाल नरिणय का प्रबंधन करते समय अग्रमि नरिदेश का पालन किया जाना चाहिए। किसी को भी आपके लिए नरिणय लेने के लिए नहीं कहा जाएगा।

स्थायी पावर ऑफ़ अटॉर्नी

यदि आप अक्षम हो जाते हैं तो यह आपको अपनी ओर से वततीय और कानूनी नरिणय लेने के लिए किसी को नियुक्त करने की अनुमति देता है।

अस्थायी वैकल्पिक नरिणयकर्ता (टीएसडीएम)

एक अस्थायी वैकल्पिक नरिणयकर्ता (टीएसडीएम) को तब चुना जाता है जब आपने कानूनी तौर पर किसी व्यक्ति (प्रतनिधि) को आपके लिए स्वास्थ्य देखभाल के नरिणय लेने के लिए नामति नहीं कयिा है, यदआप उन्हें स्वयं लेने में असमर्थ हों।

टीएसडीएम को आपके डॉक्टर या अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा उस सूची से चुना जाता है जसि आप भर सकते हैं। सूची में शामिल होने के योग्य लोगों का क्रम ब्रिटिश कोलंबिया कानून द्वारा नरिधारति कयिा जाता है। टीएसडीएम के रूप में कार्य करने में सक्षम होने के लिए व्यक्ति की आयु 19 वर्ष या उससे अधिकि होनी चाहिए, योग्य होना चाहिए, आपसे कोई वविाद नहीं होना चाहिए, और उसे पछिले एक साल में आपके संपर्क में होना चाहिए।

नीचे दी गई सूची में से किसी एक व्यक्ति को दएि गए क्रम में संपर्क कयिा जाना चाहिए:

1. आपका जीवनसाथी (वविाहति, सामान्य कानून, समान लगि - साथ रहने की अवधकि कोई मायने नहीं रखती)
2. एक बेटा या बेटी (19 वर्ष या उससे अधिकि, जन्म क्रम कोई मायने नहीं रखता)
3. एक अभभावक (कोई भी, दत्तक भी हो सकते हैं)
4. एक भाई या बहन (जन्म का क्रम मायने नहीं रखता)
5. दादा-दादी में से कोई भी
6. एक पोता या पोती (जन्म का क्रम मायने नहीं रखता)
7. जन्म या दत्तक द्वारा आपसे संबधति कोई अन्य व्यक्ति
8. एक करीबी दोस्त
9. वविाह के माध्यम से आपसे संबधति व्यक्ति (ससुराल, सौतेले माता-पति, सौतेले बच्चे, आदी)

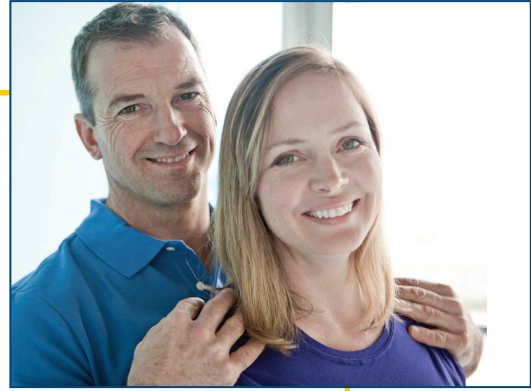
आप सूची के क्रम को नहीं बदल सकते हैं। सूची में नीचे उल्लखिति व्यक्ति को आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा आपके टीएसडीएम के रूप में तभी चुना जा सकता है जब उनके ऊपर के सभी लोग योग्य नहीं होते हैं या उपलब्ध नहीं होते हैं।

यदआप चाहते हैं कसि सूची में नीचे सूचीबद्ध कोई व्यक्ति आपके स्वास्थ्य देखभाल संबंधी नरिणय ले, तो आपको प्रतनिधित्व अनुबंध फॉर्म का उपयोग करके कानूनी रूप से उस व्यक्ति को अपने प्रतनिधिके रूप में नामति करना चाहिए। इस मार्गदर्शकि के पीछे दो अलग-अलग प्रकार के प्रतनिधित्व अनुबंध फॉर्म हैं। सुनश्चिति करें कआप उसी का उपयोग करें जो आपकी आवश्यकताओं को पूरा करता है। इन दो प्रकार के प्रतनिधित्व अनुबंध के बीच अंतर के बारे में अधिकि जानकारी अगले भाग में दी गई है।

आपका टीएसडीएम कानूनी रूप से आपकी इच्छाओं को पूरा करने वाले नरिणय लेने के लिए बाध्य है। यदआप पहले से ही अग्रमि देखभाल योजना के बारे में चर्चा कर चुके हैं और अपने वश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं को लखि चुके हैं, तो आपके टीएसडीएम को पता चल जाएगा और वह आपके लिए स्वास्थ्य देखभाल उपचार संबंधी नरिणय लेने के लिए कहे जाने पर आपकी इच्छा के अनुसार बता सकेगा।

यदि आप किसी टीएसडीएम के उस स्थिति में चुने जाने से संतुष्ट हैं, जब आवश्यक हो, तो आपकी अग्रिम देखभाल योजना में नमिनलखिति शामिल होंगे:

- अपने विश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं के बारे में करीबी परिवार के सदस्यों या भरोसेमंद दोस्त के साथ चर्चा करना;
- अपने विश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं के बारे में लखिना (पृष्ठ 30); तथा
- अपनी टीएसडीएम सूची (पृष्ठ 28) को उन लोगों की संपर्क जानकारी से भरना, जिनसे टीएसडीएम की आवश्यकता होने पर स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा संपर्क किया जा सकता है।



47 वर्षीय पैट एक स्वस्थ कार्यालय कर्मचारी है जो एक छोटे से उत्तरी शहर में रहती हैं। 49 वर्षीय टॉम के साथ उनकी शादी को 24 वर्ष पूरे हो चुके हैं और उनके 20, 17 और 14 वर्ष के तीन बच्चे हैं। दो सबसे छोटे बच्चे घर पर रहते हैं और सबसे बड़ा बच्चा पछिले साल कॉलेज चला गया था। पछिले कुछ वर्षों में कई परिवार के सदस्यों और दोस्तों को खोने के बाद, पैट ने अपने भवष्य के स्वास्थ्य देखभाल नर्णियों के बारे में सोचना शुरू कर दिया। उन्होंने टॉम के साथ अपनी भावनाओं और चिंताओं को साझा किया। यह पता चला कि टॉम के भी पैट के समान ही कई विचार थे। उन्होंने एक साथ अग्रिम देखभाल योजना बनाने का फैसला किया ताकि प्रत्येक भवष्य के स्वास्थ्य देखभाल नर्णियों के लिए एक दूसरे की इच्छाओं को जान सकें।

पैट और टॉम ने अपने विश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं का दस्तावेजीकरण करने का नर्णय लिया और अपनी टीएसडीएम सूचियों को केवल इसलिए भर दिया क्योंकि:

- पैट और टॉम एक दीर्घकालिक, स्थािर संबंध में हैं;
- वे अपने विश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं का सम्मान करते हुए एक-दूसरे के लिए अच्छे नर्णय लेने के लिए एक-दूसरे पर भरोसा करते हैं;
- जीवनसाथी के रूप में, वे एक दूसरे की टीएसडीएम सूची में सबसे ऊपर हैं; तथा
- पैट ने अपने वयस्क बच्चे और अपनी मां के साथ अपने विश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं पर चर्चा की है, जो टॉम के उपलब्ध नहीं होने पर अगले दो टीएसडीएम के रूप में अर्हता प्राप्त करेंगे।

प्रतनिधित्व अनुबंध

ब्रिटिश कोलंबिया के वयस्क प्रतनिधित्व अनुबंध में एक प्रतनिधिका नाम दे सकते हैं यदि वे चाहते हैं कि कोई वशिष्ट व्यक्ति उनकी ओर से कुछ प्रकार के नर्णय ले। प्रतनिधित्व अनुबंध दो प्रकार के होते हैं।

मानक अनुबंध: धारा 7 प्रतनिधित्व अनुबंध

एक धारा 7 प्रतनिधित्व अनुबंध आपको अपने वित्तीय मामलों के नियमि प्रबंधन, आपकी व्यक्तिगत देखभाल, और कुछ स्वास्थ्य देखभाल उपचार नर्णयों के बारे में नर्णय लेने के लिए एक प्रतनिधिका नाम देने की अनुमति देता है। यह आपके प्रतनिधिको आपके लिए उन स्वास्थ्य देखभाल उपचार नर्णयों को लेने की अनुमति नहीं देता है जिनमें लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेशन्स (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) से इनकार करना शामिल है।

एक मानक अनुबंध उन वयस्कों के लिए एक विकल्प हो सकता है जिनका स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा मूल्यांकन किया जाता है कि वे एक उन्नत (धारा 9) प्रतनिधित्व अनुबंध करने में असमर्थ हैं। एक धारा 7 प्रतनिधित्व अनुबंध उन वयस्कों को कुछ अग्रिम देखभाल योजना बनाने की अनुमति देता है जो नमिन क्षमता सूत्र (उदाहरण के लिए, कुछ विकासात्मक अक्षमताओं या मस्तष्क की चोटों/बीमारियों के कारण जो संज्ञानात्मक क्षमता को प्रभावित करते हैं) से पीड़ित हैं।

वे वयस्क जिनके पास धारा 9 प्रतनिधित्व अनुबंध करने की क्षमता है, वे धारा 7 प्रतनिधित्व अनुबंध करना चुन सकते हैं यदि यह उनकी आवश्यकताओं को पूरा करता है।

अपनी अग्रिम देखभाल योजना के हिससे के रूप में धारा 7 प्रतनिधित्व अनुबंध को पूरा करने में नमिनलखिति शामिल हैं:

- अपने वशिवासों, मूल्यों और इच्छाओं के बारे में करीबी परिवार के सदस्यों या भरोसेमंद दोस्त के साथ चर्चा करना;
- अपने वशिवासों, मूल्यों और इच्छाओं के बारे में लखिना (पृष्ठ 30);
- अपने प्रतनिधिको नामित करना और अपने नर्देशों को एक प्रतनिधित्व अनुबंध में लखिना, एक धारा 7 फॉर्म (पृष्ठ 34) का उपयोग करना; तथा
- अपनी टीएसडीएम सूची को उन लोगों की संपर्क जानकारी से भरना, जिनसे टीएसडीएम की आवश्यकता होने पर स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा संपर्क किया जा सकता है, उस स्थिति में जब आपका प्रतनिधि इस्तीफा दे देता है या अनुपलब्ध होता है, या लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेशन्स (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) के बारे में नर्णय की आवश्यकता होती है (पृष्ठ 28)।

38 वर्षीय माइकल 10 साल पहले एक गंभीर मोटरसाइकलि दुर्घटना के शिकार हो गए थे। दुर्घटना के परिणामस्वरूप उन्हें सरि में चोट लगी, लकवा मार गया और याददाश्त संबंधित समस्याएं हो गयी हैं। वे अवविाहति हैं, उनके माता-पति की मृत्यु हो चुकी है, और उनका एक छोटा भाई है जो प्रांत से बाहर रहता है। माइकल पछिले आठ वर्ष से अपने ही अपार्टमेंट में अकेले रह रहे हैं। वशिष्ट उपकरण और वजिटिगि होम सपोर्ट कमर्चारी उन्हें यथासंभव स्वतंत्र होने में सक्षम बनाते हैं। उनका सबसे अच्छा दोस्त, बेन, उन्हें हर सप्ताह खरीदारी और चकित्सा नयुक्तियों के लिए लेकर जाता है। माइकल का स्वास्थ्य अच्छा रहा है, हालांकि उनका कहना है कि पछिले एक साल में उनकी याददाश्त खराब हो गई है, जिससे नरिणय लेना मुश्कलि हो गया है। वे समय पर अपने बलियों का भुगतान करने और अपनी मेडकिल अपॉइंटमेंट्स का समय नरिधारति करने और वहां जाने के लिए बेन पर नरिभर हो गए हैं। माइकल की कम्युनटी नर्स ने सुझाव दिया है कि उन्हें अपने व्यक्तगित, वत्तीय और कुछ स्वास्थ्य देखभाल नरिणयों को प्रबंधति करने में मदद करने के लिए एक प्रतनिधि को नामति कर देना चाहिए।

माइकल धारा 7 प्रतनिधित्व अनुबंध को पूरा करने के लिए पात्र हैं क्योंकि सभी प्रासंगिक कारकों को ध्यान में रखते हुए, वे:

- अपनी व्यक्तगित देखभाल, नयिमति वत्ति और स्वास्थ्य देखभाल के बारे में नरिणय लेने में मदद करने के लिए एक प्रतनिधि रखने की अपनी इच्छा को संप्रेषति कर सकते हैं और समझते हैं कि उनका प्रतनिधि ऐसे नरिणय ले सकता है या लेना बंद कर सकता है जो उन्हें प्रभावति करेंगे;
- अपने दोस्त बेन पर भरोसा करते हैं और जानते हैं कि बेन उसकी परवाह करता है;
- जानते और समझते हैं कि वह नहीं चाहते कि बेन लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडकिल इंटरवेशन्स (जीवन-संवरधक चकित्सा हस्तक्षेप) से इनकार करने के बारे में नरिणय लें;
- बेन उनका प्रतनिधि बनने के योग्य है और उसने प्रतनिधि के रूप में नामति होने के लिए अपनी सहमतप्रदान की है; तथा
- हालांकि उनके भाई ब्रिटिश कोलंबिया से बाहर रहते हैं, वे लगातार संपर्क में रहते हैं और अगर जीवन समर्थन के बारे में स्वास्थ्य देखभाल नरिणयों की आवश्यकता होगी तो वे माइकल के टीएसडीएम के रूप में अर्हता प्राप्त करेंगे।

संवरधति अनुबंध: धारा 9 प्रतनिधित्व अनुबंध

एक धारा 9 प्रतनिधित्व अनुबंध आपको व्यक्तगित देखभाल और स्वास्थ्य देखभाल उपचार के बारे में नरिणय लेने के लिए एक प्रतनिधि का नाम देने की अनुमति देता है, जिसमें लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडकिल इंटरवेशन्स (जीवन-संवरधक चकित्सा हस्तक्षेप) को स्वीकार या अस्वीकार करने के नरिणय शामिल हैं। धारा 9 प्रतनिधित्व अनुबंध में नामति एक प्रतनिधि आपके वत्तीय मामलों के बारे में नरिणय नहीं ले सकता है। यदि आप अक्षम हो जाते हैं तो कोई व्यक्ति आपके लिए वत्तीय नरिणय ले सके, इसके लिए आप स्थायी पॉवर ऑफ अटॉर्नी फॉर्म (अधिक जानकारी के लिए पृष्ठ 19 देखें) का उपयोग करके एक व्यक्ति (जिसै अटॉर्नी कहा जाता है) को नयुक्त कर सकते हैं।

अपनी अग्रमि देखभाल योजना के हसिसे के रूप में धारा 9 प्रतनिधित्व अनुबंध को पूरा करने में नमिनलखिति शामिल है:

- अपने विश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं के बारे में करीबी परिवार के सदस्यों या भरोसेमंद दोस्त के साथ चर्चा करना;
- अपने विश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं के बारे में लिखना (पृष्ठ 30);
- अपने प्रतनिधिको नामति करना और अपने नरिदेशों को एक प्रतनिधित्व अनुबंध में लिखना, एक धारा 9 फॉर्म (पृष्ठ 44) का उपयोग करना; तथा
- अपनी टीएसडीएम सूची को उन लोगों की संपर्क जानकारी से भरना, जनिसे टीएसडीएम की आवश्यकता होने पर स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा संपर्क कयिा जा सकता है, उस स्थिति में जब आपका प्रतनिधि इस्तीफा दे देता है या अनुपलब्ध होता है (पृष्ठ 28)।

74 वर्षीय गुरदीप 10 वर्ष पहले अपनी पत्नी रानी के साथ कनाडा आ गए, जो बहुत कम अंग्रेजी बोलती है। गुरद की तबीयत सात वर्षों से खराब है। उन्हें कडिनी की बीमारी, मधुमेह और उच्च रक्तचाप है। उन्हें सप्ताह में तीन बार कडिनी डायलसिस की आवश्यकता होती है, और उन्हें कंजेस्टिव हार्ट फेल्योर भी है जो हर कुछ महीनों में बगिड़ जाता है। वे और रानी अपने सबसे बड़े बेटे, जीत के साथ रहते हैं, जो उनकी देखभाल में मदद करता है और गुरद के साथ उनके डॉक्टर के पास जाता है। गुरद के पांच और बच्चे हैं जो पास में ही रहते हैं और उन सभी के साथ उनके अच्छे संबंध हैं। चूंकि गुरद का स्वास्थ्य स्पष्ट रूप से गरि रहा है, उनके डॉक्टर ने सुझाव दिया कि वे अग्रमि देखभाल योजना बनायें ताकि उनकी इच्छाएं ज्जात हों और यदवि अपने लिए नरिणय लेने में असमर्थ हो जाते हैं तो यह स्पष्ट हो कि गुरद के लिए नरिणय कौन करेगा।

गुरद ने अपनी पत्नी और बच्चों के साथ बात की, और यह नरिधारति कयिा

कि वे अस्पताल या आवासीय देखभाल सुविधा के बजाय अपने जीवन की अंतमि सांस तक घर पर रहना पसंद करेंगे। उन्हें चति है कि उन्हें दर्द सहना होगा, और वे अपने जीवन को लम्बा करने के लिए मशीनों से नहीं जुड़ना चाहते। अपनी स्वास्थ्य संबंधी चतिओं के बावजूद वे एक अंग दाता बनना भी चाहेंगे। उन्होंने फैसला कयिा है कि अगर वे असमर्थ हैं तो वे चाहेंगे कि जीत उनके लिए स्वास्थ्य देखभाल उपचार नरिणय लें।



गुर्द ने धारा 9 प्रतनिधित्व अनुबंध को पूरा करने का फैसला किया क्योंकि:

- जीत टीएसडीएम सूची में सबसे ऊपर नहीं है और उसे गुर्द के प्रतनिधिके रूप में नामित किया जाना चाहिए ताकि उसे स्वास्थ्य देखभाल संबंधी नरिणय लेने के लिए कहा जा सके;
- गुर्द जानते हैं कि जीत बनी किसी अनुवादक के उनके डॉक्टर से आसानी से बात कर सकता है;
- गुर्द को विश्वास है कि जीत स्वास्थ्य देखभाल उपचार के ऐसे नरिणय लेगा जो उनके विश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं का सम्मान करते हैं, और वह रानी को महत्वपूर्ण बातचीत में शामिल करेगा; तथा
- एक धारा 9 प्रतनिधित्व अनुबंध जीत को लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेशन्स (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) को स्वीकार या अस्वीकार करने की अनुमति देगा।

जीत के इस्तीफा देने की स्थिति में गुर्द अपने वैकल्पिक प्रतनिधिके रूप में अपने अन्य बच्चों में से एक का नाम रखना चुन सकते हैं। साथ ही, या वैकल्पिक रूप से, गुर्द अग्रिम निर्देश बनाने का नरिणय ले सकते हैं और धारा 9 प्रतनिधित्व अनुबंध फॉर्म पर उल्लेख कर सकते हैं कि उनके अग्रिम निर्देश का सीधे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा पालन किया जा सकता है और उनके प्रतनिधिके नरिणय लेने के लिए नहीं कहा जाना चाहिए। इन विकल्पों से यह सुनिश्चित होगा कि गुर्द की इच्छाओं और स्वास्थ्य देखभाल उपचार के निर्देशों का पालन किया जाता है।

अग्रिम निर्देश

एक सक्षम वयस्क को एक अग्रिम निर्देश लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेशन्स (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) सहित स्वास्थ्य देखभाल उपचारों को स्वीकार करने या अस्वीकार करने के बारे में अपने नरिणयों को स्पष्ट रूप से बताने की अनुमति देता है, और उन निर्देशों और नरिणयों को सीधे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को प्रदान करता है। आपके अग्रिम निर्देश का पालन तब तक किया जाना चाहिए जब तक यह उस समय आपके लिए आवश्यक स्वास्थ्य देखभाल उपचार को प्रबंधित रखता है। एक टीएसडीएम केवल तभी चुना जाएगा जब उस स्वास्थ्य देखभाल उपचार नरिणय की आवश्यकता होगी जैसे आपके अग्रिम निर्देश द्वारा प्रबंधित नहीं किया जाता है।

अपनी अग्रिम देखभाल योजना के हिस्से के रूप में अग्रिम निर्देश को पूरा करने में नमिनलखिति शामिल है:

- अपने विश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं के बारे में करीबी परिवार के सदस्यों या भरोसेमंद दोस्त के साथ चर्चा करना;
- अपने विश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं के बारे में लिखना (पृष्ठ 30);
- एक अग्रिम निर्देश में भविष्य के स्वास्थ्य देखभाल उपचार के लिए अपने नरिणयों की रूपरेखा बनाना (पृष्ठ 50); और
- अपनी टीएसडीएम सूची को उन लोगों की संपर्क जानकारी से भरना जिन्हें स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा संपर्क किया जा सकता है यदि किसी टीएसडीएम को स्वास्थ्य उपचार संबंधी नरिणय लेने की आवश्यकता हो जैसे आपके अग्रिम निर्देश (पृष्ठ 28) में संबोधित नहीं किया गया है।

58 वर्षीय जेनी 24 वर्ष पहले चीन से कनाडा आई थी। वे अवविाहति हैं और उनका कोई करीबी परिवार नहीं है। वे एक नज्ी व्कृती हैं और उनके पास एक पालतू बल्ल्ी है। उनके कुछ ही दोस्त हैं, जनिमें उनकी करीबी दोस्त रोज भी शामिल है, जो अक्सर यात्रा करती है। जेनी अपने पूरे जीवन में स्वस्थ रही हैं लेकिन एक महीने पहले एक खड़ी पहाड़ी पर चलते समय उन्हें सीने में तेज दर्द महसूस हुआ। कई परीक्षणों के बाद, जेनी के डॉक्टर ने बताया कि उनकी धमनियां अवरुद्ध हो रही हैं, उनका कोलेस्ट्रॉल बहुत अधिक है, और उन्हें दलि का दौरा पड़ने का गंभीर खतरा है। उन्होंने उनकी स्थिति के लिए दवा दी, धूम्रपान छोड़ने का सुझाव दिया और आगे की देखभाल के लिए हृदय रोग विशेषज्ञ के पास भेजा। उन्होंने



सुझाव दिया कि जेनी को यह सुनिश्चित करने के लिए अग्रमि देखभाल योजना करने के बारे में सोचना चाहिए कि उनके स्वास्थ्य देखभाल निर्णय उनके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं द्वारा ज्ञात और पूरे किए जाएं क्योंकि उनका कोई करीबी परिवार नहीं है। यह सोचने के बाद कि अगर उनकी हालत बगिड़ती है तो उन्हें कनि लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेशन्स (जीवन-संवरधक चकितिसा हस्तक्षेप) की आवश्यकता हो सकती है, जेनी ने अग्रमि निर्देश देने का फैसला किया।

जेनी ने एक अग्रमि निर्देश पूरा करना चुना क्योंकि:

- जेनी के परिवार में कोई सदस्य नहीं है और उनकी करीबी दोस्त स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के लिए उसके टीएसडीएम के रूप में चुनने के लिए उपलब्ध नहीं हो सकती हैं;
- जेनी लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेशन्स (जीवन-संवरधक चकितिसा हस्तक्षेप) के लिए अपनी इच्छाएं और निर्देश निर्धारित कर सकती हैं और वे तय कर सकती हैं कि वे उन्हें कब शुरू करना, जारी रखना या रोकना चाहती हैं; तथा
- जेनी के डॉक्टर उनके साथ अग्रमि देखभाल योजना के बारे में बातचीत करने और उनके अग्रमि निर्देश की एक प्रतिलिपि प्राप्त करने के बाद जेनी और भवषिय के लिए उनकी आशाओं और इच्छाओं को बेहतर जानते हैं।

जेनी अपनी दोस्त रोज या किसी और से बात करना चाह सकती हैं, जिस पर वे अपनी इच्छाओं के बारे में भरोसा करती हैं, ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि जरूरत पड़ने पर टीएसडीएम के रूप में मदद करने के लिए वे उनके संपर्कों की सूची में निर्धारित हैं। वे एक स्थायी पावर ऑफ अटॉर्नी भी बनाना चाह सकती हैं ताकि कोई उनके वित्त और संपत्तिका प्रबंधन कर सके यदि वे स्वयं ऐसा करने में असमर्थ हो जाती हैं (अधिक जानकारी के लिए पृष्ठ 19 देखें)।

एक प्रतनिधित्व अनुबंध और एक अग्रमि नरिदेश

अलग-अलग व्यक्तगित परस्थितियाँ इस नरिणय को प्रभावति कर सकती हैं कि क्िया कोई वयस्क एक प्रतनिधित्व अनुबंध, एक अग्रमि नरिदेश, या बस अपने करीबी परवार और दोस्तों के साथ अपने वशिवासों, मूल्यों और इच्छाओं पर चर्चा करने और टीएसडीएम के लिए संपर्क जानकारी नरिधारति करने का वकिल्प चुनता है। ब्रिटिश कोलंबिया के व्यक्तगित नयिोजन कानून भी प्रतनिधित्व अनुबंध और अग्रमि नरिदेश दोनों को चुनने का वकिल्प प्रदान करते हैं।

यदि आपके पास पहले से ही एक प्रतनिधित्व अनुबंध और एक अग्रमि नरिदेश दोनों हैं, और चाहते हैं कि आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा आपके अग्रमि नरिदेश का पालन आपके प्रतनिधिसे बनिा कसिी नरिणय के लिए कयिा जाए, तो आपको इसे अपने प्रतनिधित्व अनुबंध में अवश्य बताना चाहिए।

अपनी अग्रमि देखभाल योजना के हसिसे के रूप में एक प्रतनिधित्व अनुबंध और एक अग्रमि नरिदेश को पूरा करने में नमि्नलखिति शामिल हैं:

- अपने वशिवासों, मूल्यों और इच्छाओं के बारे में करीबी परवार के सदस्यों या भरोसेमंद दोस्त के साथ चर्चा करना;
- अपने वशिवासों, मूल्यों और इच्छाओं के बारे में लखिना (पृष्ठ 30);
- एक धारा 7 (पृष्ठ 34) या धारा 9 (पृष्ठ 44) फॉर्म का उपयोग करके एक प्रतनिधित्व अनुबंध में अपने प्रतनिधिको नामति करना;
- एक अग्रमि नरिदेश में भवष्य के स्वास्थ्य देखभाल उपचार के लिए अपने नरिणयों की रूपरेखा बनाना (पृष्ठ 50) [ध्यान दें: आपको अपने प्रतनिधित्व अनुबंध में यह बताना होगा कि आप अपने प्रतनिधिकी सहमति के बनिा स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को अपने अग्रमि नरिदेश में दिए गए नरिदेशों के अनुसार कार्य करने की अनुमति देते हैं]; और
- अपनी टीएसडीएम सूची को उन लोगों की संपर्क जानकारी से भरना जिन्हें स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा संपर्क कयिा जा सकता है जब आपका प्रतनिधि इस्तीफा देता है या अनुपलब्ध है और आपका अग्रमि नरिदेश लागू नहीं होता है, तो स्वास्थ्य उपचार नरिणय लेने के लिए टीएसडीएम की आवश्यकता होती है (पृष्ठ 28)।

एक धारा 7 प्रतनिधित्व अनुबंध और एक अग्रमि नरिदेश

धारा 7 प्रतनिधित्व अनुबंध के अतरिकित अग्रमि नरिदेश देना सीधे आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता(ओं) को वशिष्ट नरिदेश प्रदान करता है, जब तक आप अपने प्रतनिधित्व अनुबंध में लिखते हैं कि आपके प्रतनिधि से आपके लिए स्वास्थ्य देखभाल नरिणय लेने के बारे में पूछे बिना आपके अग्रमि नरिदेश पर कार्रवाई की जा सकती है।

मैरी 34 वर्ष की है और 16 वर्ष की उम्र में उनका शुरुआती मनोविकृति का नदिान और इलाज कथिा गया था। ज्यादातर समय वे अच्छी तरह से काम करती हैं, अपने लक्षणों का नदिान करती हैं, और खुद की देखभाल कर सकती हैं। उनकी शादी टोनी से हुई है, जो समय-समय पर घर से बाहर काम करते हैं। उनकी बहन, जीन, पास में रहती है और जब भी संभव हो मैरी की मदद करती है। जब भी मैरी अस्वस्थ होती है, तो ऐसा आमतौर पर मनोविकृति के बार-बार होने वाले लक्षणों के कारण होता है। ऐसा होने पर वे अपनी और अपने घर की देखभाल करने में अक्षम हो जाती हैं। उनके लक्षणों का आकलन और उपचार घर पर कथिा जा सकता है, लेकिन कभी-कभी उन्हें स्थानीय अस्पताल में एक इनपेशेंट मनोरोग इकाई में भरती कराया जाता है। यह चक्र हर वर्ष या दो वर्ष में दोहराया जाता है, और जब मैरी के लक्षण गंभीर होते हैं, तो वे कभी-कभी उस उपचार से इंकार कर देती हैं जो उन्हें स्थिर बना सकता है।

अस्पताल में अपने पछिले प्रवास के बाद मैरी ने अपने मनोचकित्सक टोनी और जीन के साथ इन घटनाओं के दौरान उनकी देखभाल के लिए लंबी अवधि की योजना के बारे में बात की। पछिले प्रवास के दौरान मैरी के परिवार के डॉक्टर ने सुझाव दिया कि वे भविष्य में स्वास्थ्य देखभाल उपचार और व्यक्तिगत नयिोजन नरिणय लेने के लिए अग्रमि देखभाल योजना बनाएं। यह सुझाव दिया गया था कि मैरी यह सुनिश्चित करने के लिए एक प्रतनिधि का नाम तय करें ताकि यदि उन्हें अस्पताल में रहने की आवश्यकता हो और टोनी घर पर नहीं हों, तो उनकी देखभाल और नियमिति वतितीय जरूरतों का ध्यान रखा जा सके। उन्हें अग्रमि नरिदेश देने की भी सलाह दी गई थी ताकि यह सुनिश्चित कथिा जा सके कि जब भी उनके मनोविकृति के लक्षण दोबारा हों तो उनका जल्द से जल्द इलाज कथिा जा सके। मैरी ने धारा 7 प्रतनिधित्व अनुबंध और एक अग्रमि नरिदेश बनाने का फैसला कथिा।

मैरी ने धारा 7 प्रतनिधित्व अनुबंध और एक अग्रमि नरिदेश को पूरा करने का फैसला कथिा क्योंकि:

- यदि मैरी बीमार होती है और टोनी बाहर होते हैं तो मैरी की प्रतनिधि, जीन को मैरी के नियमिति वतित संबंधी मामलों के बारे में नरिणय लेने का अधिकार होगा। मैरी स्वास्थ्य देखभाल संबंधी नरिणय लेने के लिए जीन के अधिकार को केवल उस समय तक सीमिति कर सकती है जब मनोविकृति के लक्षण एक वशिष अवस्था में पहुँचते हैं।
- मैरी नहीं चाहती कि जीन लाइफ सपोर्ट से इनकार करने का फैसला ले।
- मैरी का अग्रमि नरिदेश उन्हें सीधे अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को अपने स्वास्थ्य देखभाल के लिए वसित नरिदेश प्रदान करने की अनुमति देता है।
- भले ही मैरी देखभाल की आवश्यकता के समय उपचार से इनकार कर दें लेकिन एक अग्रमि नरिदेश यह सुनिश्चित करेगा कि मैरी को चकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल उचित रूप से मिले।

एक धारा 9 प्रतनिधित्व अनुबंध और एक अग्रमि नरिदेश

धारा 9 प्रतनिधित्व अनुबंध के अतरिकित अग्रमि नरिदेश देना सीधे आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता(ओं) को वशिष्ट नरिदेश प्रदान करता है, जब तक आप अपने प्रतनिधित्व अनुबंध में लिखते हैं कि आपके प्रतनिधि से आपके लिए स्वास्थ्य देखभाल नरिणय लेने के बारे में पूछे बिना आपके अग्रमि नरिदेश पर कार्रवाई की जा सकती है।



68 वर्ष के डॉन एक बजिनेसमैन है जिन्हें दो महीने पहले पता चला कि उन्हें प्रोस्टेट कैंसर है। डॉन को कोई अन्य स्वास्थ्य समस्या नहीं है, हालाँकि वे 50 वर्षों से अधिक समय से सगिरेट पी रहे हैं, उन्हें पुरानी खांसी है और वजन थोड़ा अधिक है। उन्होंने पछिले वर्ष प्रोस्टेट कैंसर के कारण एक दोस्त को खो दिया था और उनके भाई की भी पांच वर्ष पहले कोलोरेक्टल कैंसर से मृत्यु हो गई थी। डॉन का दो बार तलाक हो चुका है, उनकी तीन वयस्क बेटियाँ हैं जो एक ही शहर में रहती हैं, उनकी अभी भी अपनी पहली पत्नी के साथ घनष्ठ मतिरता है, और वे दो महीनों से अपनी नई साथी शीला के साथ रहने लगे हैं जसिे उनकी बेटियाँ अच्छी तरह से नहीं जानती हैं। वे अपनी सबसे छोटी बेटी कैरेन के बहुत करीब हैं और वह उनकी

इच्छाओं को जानती है। डॉन नियमति परीक्षण के लिए अपने डॉक्टर के पास गए और अपनी चिंताओं पर चर्चा की। उनके डॉक्टर ने सुझाव दिया कि उन्हें अग्रमि देखभाल योजना के बारे में सोचना चाहिए और वचिार करना चाहिए कि यदि वे अपने स्वास्थ्य संबंधी नरिणय स्वयं लेने में असमर्थ होते हैं तो उनका नरिणयकर्ता कौन होगा? डॉन ने धारा 9 प्रतनिधित्व अनुबंध और एक अग्रमि नरिदेश बनाने का फैसला किया।

डॉन ने एक धारा 9 प्रतनिधित्व अनुबंध और एक अग्रमि नरिदेश को पूरा करने का चुनाव किया क्योंकि:

- डॉन के बहुत से लोगों के साथ घनष्ठ संबंध हैं जो उनकी बहुत परवाह करते हैं। यदि डॉन बीमार पड़ते हैं और अपने लिए नरिणय लेने में असमर्थ हो जाते हैं, तो ऐसा हो सकता है कि बहुत से लोग यह सोच सकते हैं कि वे डॉन की इच्छाओं को सर्वोत्तम रूप से व्यक्त कर सकते हैं।
- कोई नामति प्रतनिधि नहीं होने की स्थिति में डॉन के स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को फैसला करने के लिए शीला को टीएसडीएम के रूप में चुनना होगा, जसिसे उनकी बेटियों को ऐतराज हो सकता है।
- डॉन के द्वारा स्वास्थ्य देखभाल हेतु अपने नरिदेशों को एक अग्रमि नरिदेश में लिखे जाने से उनके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को उनकी इच्छा का पता चल जाएगा।

यदि डॉन चाहते हैं कि उनकी पहली पत्नी और/या उनकी सबसे छोटी बेटी कैरेन उनकी प्रतनिधि बने, तो वे कसिी एक को अपने प्रतनिधि के रूप में और एक को अपने वकिलप के रूप में नामति कर सकते हैं।

स्थायी पावर ऑफ़ अटॉर्नी

एक स्थायी पावर ऑफ़ अटॉर्नी एक वयस्क को अपने वित्तीय और कानूनी मामलों के बारे में नरिणय लेने के लिए किसी अन्य व्यक्ति (जिसें उनका अटॉर्नी कहा जाता है) को नयुक्त करने की अनुमति देता है। जब वयस्क अक्षम हो जाता है तो व्यक्ति (अटॉर्नी) कार्य करने के लिए अधिकृत होता है।

अटॉर्नी को प्रदान किए गए अधिकार आपकी आवश्यकताओं के अनुरूप बनाए जा सकते हैं। यह उदाहरण के तौर पर आपके चेकगि खाते में चेक जमा करने की क्षमता से लेकर आपकी सभी संपत्तियों तक पूर्ण पहुंच भी हो सकता है।

अटॉर्नी स्वास्थ्य देखभाल उपचार संबंधी नरिणय नहीं ले सकते हैं। केवल प्रतिनिधित्व अनुबंध ही स्वास्थ्य देखभाल उपचार नरिणयों के लिए आपकी ओर से कार्य करने के लिए किसी को नयुक्त करने का एकमात्र तरीका है।

संसाधन

स्थायी पावर ऑफ़ अटॉर्नी का फॉर्म यहां पाया जा सकता है:

www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning

अधिक जानकारी पब्लिक गार्जियन एंड ट्रस्टी ऑफ़ ब्रिटिश कोलंबिया की वेबसाइट: www.trustee.bc.ca पर पाई जा सकती है।

लॉयर रेफरल सर्विस (www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx) कनाडाई बार एसोसिएशन की ब्रिटिश कोलंबिया शाखा द्वारा संचालित की जाती है। यह न्यूनतम शुल्क के लिए 30 मिनट तक एक वकील के साथ प्रारंभिक परामर्श प्रदान करता है। ऑपरेटर सोमवार से शुक्रवार सुबह 8:30 बजे से शाम 4:30 बजे तक उपलब्ध है। लोअर मेनलैंड में फोन 604 687-3221 या ब्रिटिश कोलंबिया में 1-800-663-1919 पर टोल-फ्री।

अपनी अग्रिम देखभाल योजना को बदलना या रद्द करना

आपकी व्यक्तिगत परिस्थितियाँ समय के साथ बदलती रहती हैं। जब तक आप सक्षम हैं, आप किसी भी समय अपनी अग्रिम देखभाल योजना को बदल या रद्द (नरिस्त) कर सकते हैं। इसमें प्रतिनिधित्व अनुबंध और अग्रिम निर्देश शामिल हैं।

अपनी अग्रिम देखभाल योजना की नियमिती रूप से समीक्षा करना और उसमें परिवर्तन करना महत्वपूर्ण है जब भी आपको लगता है कि यह आवश्यक है। समीक्षा के दौरान अपने प्रतिनिधियों संभावित टीएसडीएम से पूछें कि क्या वे अभी भी आपके लिए स्वास्थ्य देखभाल उपचार निर्णय लेने के लिए इच्छुक और लेने में सक्षम हैं। उन इच्छाओं की समीक्षा करें जो आपने अपनी अग्रिम देखभाल योजना में लिखी थीं, जिसमें आपके द्वारा अपने प्रतिनिधित्व अनुबंध या अग्रिम निर्देश में लिखे गए किसी भी विशिष्ट निर्देश शामिल हैं।

अपनी अग्रिम देखभाल योजना को बदलने या रद्द करने से पहले, कृपया सुनिश्चित करें कि आपको अपनी वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति और आपके लिए उपलब्ध किसी भी नए स्वास्थ्य देखभाल उपचार के बारे में अद्यतन जानकारी है।

नीचे दिए गए निर्देश आपको बताते हैं कि यदि आप प्रतिनिधित्व अनुबंध या अग्रिम निर्देश सहित अपनी अग्रिम देखभाल योजना को बदलना और अद्यतन करना चाहते हैं या रद्द करना चाहते हैं तो आपको क्या करना चाहिए।

1. आपकी अग्रिम देखभाल योजना के सारांश, टीएसडीएम संपर्क सूची और/या लाइफ-प्रोलॉगिंग मेडिकल इंटरवेंशन्स (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) समेत स्वास्थ्य देखभाल से संबंधित विश्वासों, मूल्यों और इच्छाओं में परिवर्तन:

पुराने पन्ने फाड़ें और नये पन्ने भरें। जहां भी आवश्यक हो, अपने नए पृष्ठों पर हस्ताक्षर और तारीख करना सुनिश्चित करें। यदि आपने पहले किसी प्रतिनिधिको नामित नहीं किया है या अग्रिम निर्देश नहीं दिया है और अभी भी नहीं करना चाहते हैं, तो 4 पर जाएं।

यदि आप किसी प्रतिनिधिको नामित करना चाहते हैं [धारा 7 (पृष्ठ 34) या धारा 9 (पृष्ठ 44)] या अग्रिम निर्देश (पृष्ठ 50) बनाना चाहते हैं, तो फॉर्म भरें और अपने परिवार, दोस्तों और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को सूचित करें।

2. आपके प्रतिनिधित्व अनुबंध (धारा 7 या 9) और/या अग्रिम निर्देश में परिवर्तन आपके पास दो विकल्प हैं:

- सीधे अपने मौजूदा प्रतिनिधित्व अनुबंध या अग्रिम निर्देश में परिवर्तन करें और फरि गवाहों के सामने उसी तरह उन पर हस्ताक्षर और दैनिक लिखें जैसे आपने मूल प्रतियों पर किया था या
- पुराने अनुबंध को बदलने के लिए एक नया प्रतिनिधित्व अनुबंध या अग्रिम निर्देश बनाएँ और अपने पुराने प्रतिनिधित्व अनुबंध या पुराने अग्रिम निर्देश को रद्द करें (3 देखें)।

3. मौजूदा प्रतनिधित्व अनुबंध या अग्रमि नरिदेश को रद्द करना

मौजूदा प्रतनिधित्व अनुबंध या अग्रमि नरिदेश को रद्द (नरिस्त) करने के लिए, आपको नमिनलखिति कार्य करने होंगे:

- मूल प्रतयों को नष्ट कर दें या कोई अन्य दस्तावेज़ बनाएं और पुराने को रद्द करने का इरादा व्यक्त करें; तथा
- अपने प्रतनिधि के रूप में नामति व्यक्त को रद्दीकरण (नरिस्तीकरण) की लखिति सूचना दें, जिसमें कोई वैकल्पकि प्रतनिधिया नरीक्षक भी शामिल हो।

4. परिवर्तनों की सूचना

अपनी अग्रमि देखभाल योजना को बदलने या रद्द करने के बाद आपको नमिनलखिति करना चाहिए:

- परिवार के किसी भी सदस्य, दोस्तों और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को सूचति करना चाहिए कि आपने अपनी अग्रमि देखभाल योजना को बदल दिया है या रद्द कर दिया है, जिसमें आपके प्रतनिधित्व अनुबंध या अग्रमि नरिदेश में बदलाव शामिल हैं यदि आपने उन फॉर्मों को पूरा किया है।
- अपने परिवार, दोस्तों, प्रतनिधि (यदि कोई है) और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं से कहें कि वे आपको अपनी अग्रमि देखभाल योजना की पुरानी प्रतियां वापस दें, जिसमें आपके पुराने प्रतनिधित्व अनुबंध और अग्रमि नरिदेश की प्रतियां शामिल हैं, ताकि आप उन्हें नष्ट कर सकें।
- अपनी नई बदली हुई अग्रमि देखभाल योजना की प्रतियां, प्रतनिधित्व अनुबंध और अग्रमि नरिदेश (यदि आपने उन्हें पूरा किया है) सहति, अपने करीबी परिवार के सदस्यों या मतिर और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को प्रदान करें।
- यह सुनिश्चति करना बहुत महत्वपूर्ण है कि आपके चकित्सक और अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता आपकी देखभाल के बारे में आपकी नवीनतम इच्छाओं और नरिदेशों से अवगत हैं। यदि आप अपने प्रतनिधित्व अनुबंध या अग्रमि नरिदेश सहति अपनी अग्रमि देखभाल योजना को अद्यतन कर रहे हैं, तो कृपया सुनिश्चति करें कि आप सभी संबंधति स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को सूचति करते हैं। उनसे अनुरोध करना सुनिश्चति करें कि वे किसी भी चकित्सा नरिदेश की समीक्षा करें और अपडेट करें या जो अब लागू नहीं होता है उसे रद्द करें।

शब्दों की परिभाषा

अग्रिमि देखभाल योजना एक सक्षम वयस्क की इच्छाओं या नरिदेशों के लखिति सारांश को संदर्भति करता है जो एक वैकल्पिक नरिणयकर्ता का मार्गदर्शन करता है यदि उस व्यक्तिको एक चकित्सक या अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा वयस्क की ओर से स्वास्थ्य देखभाल उपचार नरिणय लेने के लिए कहा जाता है।

अग्रिमि देखभाल योजना एक ऐसी प्रक्रिया को संदर्भति करता है जिसके द्वारा एक सक्षम वयस्क अपने करीबी परिवार के सदस्यों/मतिरों और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के साथ अपने वशिवासों, मूल्यों और स्वास्थ्य देखभाल की इच्छाओं के बारे में उस समय से पहले बात करता है जब वह अपने लिए नरिणय लेने में असमर्थ हो सकता है। .

अग्रिमि नरिदेश सक्षम वयस्क द्वारा लखि गए नरिदेशों को संदर्भति करता है जो अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से सीधे उस स्वास्थ्य देखभाल उपचार के बारे में संवाद करते हैं जिसके लिए वयस्क सहमति देता है, या मना करता है। यह तभी प्रभावी होता है जब सक्षम वयस्क अक्षम हो जाता है और यह केवल अग्रिमि नरिदेश में उल्लखिति स्वास्थ्य देखभाल स्थितियों और उपचारों पर लागू होता है।

प्राकृतिक मृत्यु की अनुमति तब होती है जब रोगी को मृत्यु के करीब आने पर दर्द या सांस की तकलीफ जैसे लक्षणों के लिए चकित्सकीय रूप से उचित देखभाल मिलती है।

कार्डियोपल्मोनरी रिसिसिटिशन (सीपीआर) एक आपातकालीन प्रक्रिया है जिसका उपयोग किसी व्यक्तिको तब पुनर्जीवति करने के लिए कथिा जाता है जब उसका दिल और/या फेफड़े अप्रत्याशति रूप से काम करना बंद कर देते हैं। सीपीआर में व्यक्तिकी छाती पर बार-बार दबाव डालना और व्यक्तिके फेफड़ों को फुलाने और ऑक्सीजन प्रदान करने के लिए बचाव श्वास शामिल हो सकता है।

डायलिसिस एक चकित्सा उपकरण है जो किसी व्यक्तिके रक्त को तब साफ करता है जब उसके गुरदे ऐसा करने में असमर्थ होते हैं।

जीवन के अंतमि चरण में **एन्ड ऑफ लाइफ** देखभाल प्रदान की जाती है। इस दौरान प्रदान की जाने वाली देखभाल को सहायक देखभाल, उपशामक देखभाल या लक्षण प्रबंधन कहा जा सकता है। एन्ड ऑफ लाइफ देखभाल शारीरिक, मनोवैज्ञानिक और आध्यात्मिक समस्याओं को संभालती है और आराम, नरिणयों के सम्मान और परिवार के समर्थन पर ध्यान केंद्रति करती है। यह स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के एक अंतर्वषियक समूह द्वारा दथिा जाता है।

स्थायी **पावर ऑफ अटॉरनी** एक दस्तावेज होता है जिसमें एक वयस्क किसी अन्य व्यक्तिके (उनके वकील को कहा जाता है) को वयस्क के वतितीय मामलों, व्यवसाय और संपत्तिके बारे में नरिणय लेने के लिए अधिकृत करता है। व्यक्तिके (अटॉरनी) वयस्क के अक्षम होने पर कार्य करने और वयस्क के अक्षम रहने पर कार्य करना जारी रखने के लिए अधिकृत होता है। अटॉरनी स्वास्थ्य देखभाल उपचार संबंधी नरिणय नहीं ले सकते हैं।

स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता एक पेशेवर व्यक्त को संदर्भित करता है जो हेल्थ प्रोफेशनल्स एक्ट (स्वास्थ्य व्यवसाय अधिनियम) (जैसे, चिकित्सक, नर्स व्यवसायी, पंजीकृत नर्स) और सोशल वर्कर्स एक्ट (सामाजिक कार्यकर्ता अधिनियम) के तहत स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए लाइसेंस प्राप्त, प्रमाणित या पंजीकृत होता है।

स्वास्थ्य देखभाल उपचार एक ऐसी चीज है जो चिकित्सीय, नविकारक, उपशामक, नैदानिक, कॉस्मेटिक या अन्य स्वास्थ्य देखभाल उद्देश्य के लिए की जाती है और समय के साथ दए गए समान उपचार या देखभाल (जैसे, रक्तचाप की गोलियां, घाव की देखभाल) की एक श्रृंखला हो सकती है या एक वर्ष तक वभिन्न देखभाल उद्देश्यों के लिए अगली कड़ी हो सकती है।

अक्षम (अक्षमता) को एक वयस्क की समझने की शक्त के आधार पर नरिणय लेकर एक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा नरिधारित किया जाता है:

1. उनके स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में दी गई जानकारी;
2. प्रस्तावित स्वास्थ्य देखभाल का प्रकार जिसमें जोखिम, लाभ और विकल्प शामिल हैं; तथा
3. कि जानकारी उनकी स्थिति पर लागू होती है।

लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगगि मेडिकल इंटरवेशन्स (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) ट्यूब फीडिंग, वेंटिलेटर (श्वास मशीन), कडिनी डायलिसिस, दवाएं और कार्डियोपल्मोनरी रिसिटेशन जैसे स्वास्थ्य देखभाल उपचार होते हैं। उन्हें चिकित्सकीय रूप से उचित देखभाल तब माना जाता है जब देखभाल का लक्ष्य जीवन को जारी रखना या लम्बा करना हो।

चिकित्सकीय रूप से उचित देखभाल एक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा दिया जाने वाला स्वास्थ्य देखभाल उपचार है जो स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के स्वास्थ्य मूल्यांकन के आधार पर रोगी की स्थिति और देखभाल के लक्ष्यों के अनुरूप होता है।

नरीक्षक वह व्यक्ति होता है जिससे प्रतिनिधित्व अनुबंध में नियुक्त किया जा सकता है ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि प्रतिनिधि अपने कर्तव्यों का पालन करता है।

नर्स प्रैक्टिशिनर वह पंजीकृत नर्स होती है जो पंजीकृत होने के लिए पेशे की आवश्यकताओं को पूरा करती है और नर्स प्रैक्टिशिनर की उपाधि का उपयोग करती है। वे विस्तारित नर्सिंग सेवाएं प्रदान करती हैं जिसमें नदान, नरिधारण और परीक्षणों का आदेश देना और सामान्य तीव्र बीमारियों और पुरानी स्थितियों का प्रबंधन करना शामिल है।

व्यक्तिगत अभिभावक (व्यक्ति की समिति) वह व्यक्ति होता है जिससे अदालत द्वारा वयस्क के लाभ के लिए स्वास्थ्य संबंधी और व्यक्तिगत नरिणय लेने के लिए नियुक्त किया जाता है, जब वयस्क स्वयं नरिणय लेने में असमर्थ होता है।

व्यक्तिगत देखभाल से तात्पर्य व्यक्तियों की दैनिक जीवन की ज़रूरतों से है, जैसे रहने की व्यवस्था, आहार, कपड़े, स्वच्छता, व्यायाम और सुरक्षा।

पावर ऑफ अटॉर्नी एक ऐसा दस्तावेज होता है जो एक ऐसे व्यक्ति (जैसे एक वकील कहा जाता है) को नियुक्त करता है जो एक सक्षम वयस्क द्वारा उनकी ओर से वित्तीय, व्यावसायिक और/या संपत्ति निर्णय लेने के लिए अधिकृत है। अटॉर्नी स्वास्थ्य देखभाल उपचार संबंधी निर्णय नहीं ले सकते हैं।

एक **प्रतनिधि** एक ऐसा व्यक्ति होता है जो 19 वर्ष या उससे अधिक उम्र का होता है, जैसे एक सक्षम वयस्क द्वारा असमर्थ होने की स्थिति में उनकी ओर से एक प्रतनिधित्व अनुबंध में स्वास्थ्य देखभाल उपचार निर्णय लेने के लिए नामित किया जाता है।

प्रतनिधित्व अनुबंध (आरए) वह दस्तावेज होता है जिसमें एक सक्षम वयस्क अक्षम होने पर स्वास्थ्य देखभाल और उसकी ओर से अन्य निर्णय लेने के लिए अपने प्रतनिधि को नामित करता है। दो प्रकार होते हैं:

1. **धारा 7 आरए:** वयस्क एक प्रतनिधि को वित्तीय मामलों के नियमों पर बंधन, व्यक्तिगत देखभाल और वयस्क की ओर से कुछ स्वास्थ्य देखभाल निर्णयों के बारे में निर्णय लेने के लिए अधिकृत कर सकता है, जिसमें लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगि मेडिकल इंटरवेंशन्स (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) से इनकार करने के निर्णय शामिल नहीं हैं।
2. **धारा 9 आरए:** वयस्क एक प्रतनिधि को वयस्क की ओर से व्यक्तिगत देखभाल और स्वास्थ्य देखभाल के निर्णय लेने के लिए अधिकृत कर सकता है, जिसमें लाइफ सपोर्ट एंड लाइफ-प्रोलोगि मेडिकल इंटरवेंशन्स (जीवन-संवर्धक चिकित्सा हस्तक्षेप) की स्वीकृति या इनकार के बारे में निर्णय शामिल हैं।

जीवनसाथी एक ऐसा व्यक्ति होता है जो:

- ए. जो किसी व्यक्ति से विवाहित है, और तलाक अधिनियम (कनाडा) के दायरे में उस व्यक्ति से अलग नहीं रह रहा है या
- बी. वह जो विवाह जैसे संबंध में किसी व्यक्ति (समान लिंग के व्यक्तियों समेत) के साथ रह रहा है और सहवास कर रहा है।

वैकल्पिक निर्णयकर्ता सक्षम व्यक्ति होता है जिसके पास एक अक्षम वयस्क की ओर से स्वास्थ्य देखभाल उपचार निर्णय लेने का अधिकार होता है, और इसमें एक व्यक्तिगत अभिभावक (व्यक्ति की समिति), प्रतनिधि और/या अस्थायी विकल्प निर्णय लेने वाला शामिल होता है।

अस्थायी वैकल्पिक निर्णयकर्ता (टीएसडीएम) एक सक्षम वयस्क होता है जैसे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा देखभाल की आवश्यकता होने पर एक अक्षम वयस्क की ओर से स्वास्थ्य देखभाल उपचार निर्णय लेने के लिए चुना जाता है। यदि वयस्क के पास पहले से ही एक अग्रिम निर्देश है जो उस समय आवश्यक देखभाल का प्रबंधन करता है, या यदि वयस्क के पास कोई व्यक्तिगत अभिभावक या प्रतनिधि उपलब्ध है तो टीएसडीएम को नहीं चुना जाता है।

ट्यूब फीडिंग एक ऐसे व्यक्ति को पोषण प्रदान करने की एक विधि है जो अपने मुँह से खाना नहीं खा सकता है। ट्यूब फीडिंग की प्रक्रिया में तरल भोजन की आपूर्ति करने के लिए व्यक्ति की नाक या पेट की दीवार के माध्यम से उनके पेट में एक ट्यूब का अस्थायी या स्थायी सम्मलन किया जाता है।

वेंटिलेटर एक ऐसी मशीन होती है जिसका उपयोग फेफड़ों में और बाहर हवा प्रदान करने के लिए किया जाता है जब कोई व्यक्ति अपने दम पर सांस लेने में सक्षम नहीं होता है।

अपने कागजात क्रम में रखना

अग्रिमि देखभाल योजना आपके सभी व्यक्तिगत नयोजन पत्रों को एक साथ रखने का एक अच्छा तरीका है जहां वे आसानी से मलि सकते हैं। यह दस्तावेजों को खोजने में उन लोगों की मदद करेगा जो आपके नरिणय लेने के लिए आपके द्वारा अधकृत हैं। नीचे दी गई सूची को पढ़ें और आप पर लागू होने वाले बॉक्स और पंक्तियों को भरें।

मैं एक अंग दाता हूँ (www.transplant.bc.ca पर रजसिटर करें): हाँ नहीं

मैंने पावर ऑफ अटॉरनी के तहत एक अटॉरनी नयिकृत कयिा है: हाँ नहीं

अटॉरनी का नाम: _____

मैंने स्थायी पावर ऑफ अटॉरनी के तहत एक अटॉरनी नयिकृत कयिा है: हाँ नहीं

अटॉरनी का नाम: _____

मेरी पावर ऑफ अटॉरनी और/या स्थायी पावर ऑफ अटॉरनी के दस्तावेज कहां से प्राप्त करें:

मेरी एक वसीयत है: हाँ नहीं

मेरी वसीयत कहाँ मलिगी: _____

मेरे पास एक वकील है: हाँ नहीं

वकील का नाम: _____ फ़ोन: _____

मेरे पास एक जीवन बीमा पॉलिसी है: हाँ नहीं

कंपनी: _____

मैंने अंतमि संस्कार और अंत्येष्ट/दाह संस्कार की व्यवस्था कर दी है: हाँ नहीं

कंपनी: _____ फ़ोन: _____

अन्य कागजात:

मेरी अग्रिमि देखभाल योजना



यह अनुभाग आपको अपनी अग्रिमि देखभाल योजना बनाने के लिए आवश्यक सभी महत्वपूर्ण उपकरण और प्रपत्र प्रदान करता है। प्रत्येक पृष्ठ के शीर्ष पर दिए गए निर्देश आपको यह निर्धारित करने में मदद करेंगे कि आपको कनिष्ठ पृष्ठों को भरना है। पृष्ठों को इस तरह से डिज़ाइन किया गया है कि आप उन्हें अपनी ज़रूरत के अनुसार फाड़ सकते हैं।

केवल उन्हीं पृष्ठों को भरें जिनकी आपको अपने द्वारा चुने गए कानूनी दस्तावेजों के लिए आवश्यकता है। यदि आवश्यक हो, तो इस मार्गदर्शिका के पहले भाग में विभिन्न अग्रिमि देखभाल योजना वकिलों के विवरण देखें, ताकि आपको यह तय करने में मदद मिल सके कि आपको अपनी भविष्य की स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं के लिए कौन से दस्तावेज़ भरने होंगे।

My Advance Care Plan - Summary

This summary is the cover of your advance care plan.

Full name (please print): _____ Signature: _____

Date this advance care plan was completed: _____
dd/mm/yyyy

This is an update of my advance care plan: Yes No

My advance care plan includes (tick all that apply):

- My beliefs, values and wishes
- My TSDM list
- My standard representation agreement (section 7) - **optional**
 - Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative
 - Form 2 - Certificate of Monitor
 - Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult
 - Form 4 - Certificate of Witnesses
- My enhanced representation agreement (section 9) - **optional**
- My advance directive form - **optional**

I have given copies of this advance care plan to:

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ is my health care provider. Phone: _____

My Temporary Substitute Decision Maker (TSDM) List

If needed, this list will be used by your health care provider(s) to choose a TSDM for you. The order of the people on the list is set out in B.C. law and may not be changed.

To qualify as a TSDM, the person listed must be 19, capable, have no dispute with you, and have been in contact with you in the year before you need the health care. If a TSDM is needed to make a health care decision for you, your health care provider will choose the first person on the list who is qualified and available. If you want to specify one person to make health decisions for you, you must fully complete either a standard (p.34) or enhanced (p.44) representation agreement.

Spouse (includes married, common-law, same-sex - length of time living together does not matter)

Name	Phone

Children (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

Parents (either - may include adoptive)

Name	Phone	Name	Phone

Brothers or Sisters (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

Grandparents (any)

Name	Phone	Name	Phone

Grandchildren (any - birth order does not matter)

Name	Phone

Name	Phone

Anyone else related to me by birth or adoption

Name	Phone

Name	Phone

Close friend

Name	Phone

Name	Phone

A person immediately related to me by marriage (ranked equally)

Name	Phone

Name	Phone

I know a TSDM will not be chosen to make health care decisions for me if I complete an optional representation agreement form and/or an advance directive form which addresses the health care condition I have when the care is needed. I also know a TSDM will be chosen to make health care decisions for me if I have no representative, if my representative is unavailable, or if my optional representation agreement and/or advance directive does not address the health care condition I have when the care is needed.

I agree.

Name (print)	Signature	Date signed

My Beliefs, Values and Wishes

Complete this page for all advance care plans, regardless of whether you choose to complete a representation agreement form or advance directive form. If needed, this information will help your substitute decision maker (court appointed personal guardian, representative or TSDM) make future health care treatment decisions for you.

Note: If you want to make an advance directive or name a representative in a representation agreement with specific instructions about your health care treatment decisions, be sure to write your instructions directly on those forms. The information you write on these pages is not a representation agreement or an advance directive.

My beliefs (what gives my life meaning)

My values (what I care about in my life)

My wishes (for future health care treatment, life support and life-prolonging medical interventions)

Name (print)	Signature	Date signed
--------------	-----------	-------------

My Representative - Standard Agreement (section 7)

Section 7 Representation Agreement Form (p.34-39)

Use a section 7 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about your routine financial affairs, your personal care and some health decisions.

A section 7 form does not provide a representative with the authority to refuse life support and life-prolonging medical interventions.

In addition to a Section 7 Representation Agreement form, the following certificates must be completed (if they apply) for the agreement to be effective:

Form 1: Certificate of Representative or Alternate Representative (p.40)

Form 2: Certificate of Monitor (p.41)

Form 3: Certificate of Person Signing for the Adult (p.42)

Form 4: Certificate of Witnesses (p.43)

My Representative - Enhanced Agreement (section 9)

Section 9 Representation Agreement Form (p.44-49)

Use a section 9 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about accepting or refusing life support and life-prolonging medical interventions on your behalf, in addition to other health and personal care decisions.

REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 7)

Made under Section 7 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

2. REVOCATION OF PREVIOUS REPRESENTATION AGREEMENTS

I revoke all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act* made by me.

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement)

3. REPRESENTATIVE

(See Note 3 – naming a Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)

(See Note 3 – naming a Representative)

(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative

5. EVIDENCE OF AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE

(See Note 4 – statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative)

(Strike out this provision if you are not appointing an Alternate Representative.)

A statutory declaration made by my Representative, my Alternate Representative (if one is named), or the Monitor (if one is named), declaring that one of the circumstances referenced in section 4 of this Representation Agreement has occurred, and specifying that circumstance, is sufficient evidence of the authority of my Alternate Representative to act in place of my Representative.

6. AUTHORITY OF REPRESENTATIVE

(See Note 5 - what a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement)

Pursuant to section 7 of the *Representation Agreement Act*, I authorize my Representative to:

(If you want your Representative to have both types of authority, do not strike out either of the following provisions. If you want your Representative to have authority over only one of the following matters, strike out the provision over which you do not want your Representative to have authority. You may not strike out both types of authority.)

- a. help me make decisions
- b. make decisions on my behalf

about the following:

(Strike out any of the following matters for which you do not want your Representative to have authority.)

- a. my personal care;
- b. the routine management of my financial affairs, as set out in the Representation Agreement Regulation;
- c. major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- d. obtaining legal services for me and instructing counsel to commence proceedings, except divorce proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on my behalf.

7. MONITOR

(See Note 6 - what a Monitor is and whether one is required)

(Strike out this provision if a Monitor is not required and you do not want to name a Monitor.)

I name the following person as Monitor of this Representation Agreement:

Full Legal Name of Monitor
Full Address of Monitor

8. EFFECTIVE DATE

This Representation Agreement becomes effective on the date it is executed.

9. SIGNATURES

ADULT AND WITNESS SIGNATURES

ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE

(See Note 7 – information for witnesses)

WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

REPRESENTATIVES' SIGNATURES

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

REPRESENTATIVE

Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

ALTERNATE REPRESENTATIVE

(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)

Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

(See Note 9 - additional forms required for this Representation Agreement to be effective)

**STATUTORY DECLARATION FOR EVIDENCE OF
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the representative, the alternate representative, or the monitor, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

_____ naming _____ as Representative
name of Adult name of Representative

TO WIT:

I, _____
Name

of _____
Full Address

SOLEMNLY DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
 - representative named under the representation agreement
 - alternate representative named under the representation agreement
 - monitor named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

_____ location
on _____ date

Declarant's Signature

Signature of Commissioner for taking Affidavits
for British Columbia

Commissioner for taking Affidavits for British Columbia
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)

NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 7 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative, alternate representative or monitor, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

NOTE 2: Effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement

If you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked by the revocation provision in this representation agreement.

NOTE 3: Naming a Representative

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.
- (c) A representative must complete the Certificate of Representative or Alternate Representative in Form 1 under the Representation Agreement Regulation.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

NOTE 5: What a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement

Under a section 7 representation agreement, a representative may be authorized to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about all of the following things:

- the routine management of the adult's financial affairs, as described in the Representation Agreement Regulation;
- obtaining legal services for the adult and instructing counsel to commence proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on the adult's behalf;
- the adult's personal care, and major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

Under a section 7 representation agreement, a representative may not be authorized to do any of the following:

- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the adult's financial affairs, other than the routine management of the adult's financial affairs as described in the Representation Agreement Regulation;
- to commence divorce proceedings on the adult's behalf;
- to help make, or to make on the adult's behalf, a decision to refuse health care necessary to preserve life;
- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the kinds of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- despite the objection of the adult, to physically restrain, move or manage the adult, or authorize another person to do these things;

- to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*.

(Please note that this list may not be complete.)

In addition, a representative must not do either of the following:

- consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

NOTE 6: What a Monitor is and whether one is required

- (a) A monitor is a person responsible for making reasonable efforts to determine whether a representative is complying with the representative’s duties under the *Representation Agreement Act*.
- (b) A monitor is required for this representation agreement if the representation agreement authorizes a representative to make, or help make, decisions concerning routine management of the adult’s financial affairs, unless the representative is the adult’s spouse, the Public Guardian and Trustee, a trust company or a credit union.
- (c) A monitor must complete the Certificate of Monitor in Form 2 under the Representation Agreement Regulation.

NOTE 7: Information for witnesses

- (a) The following persons may not be a witness:
 - i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
 - ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
 - iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or an alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, the Public Guardian and Trustee of British Columbia, or a financial institution authorized to carry on trust business under the *Financial Institutions Act*;
 - iv. A person who is under 19 years of age;
 - v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- (c) A witness must complete the Certificate of Witnesses in Form 4 under the Representation Agreement Regulation.
- (d) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you must not witness the representation agreement or execute the Certificate of Witnesses, and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.

NOTE 9: Additional forms required for this Representation Agreement to be effective

The following certificates must be completed, if applicable:

- Form 1 (Certificate of Representative or Alternate Representative);
- Form 2 (Certificate of Monitor), if the Representation Agreement names a Monitor;
- Form 3 (Certificate of Person Signing for the Adult), if a person is signing the Representation Agreement on behalf of the Adult;
- Form 4 (Certificate of Witnesses).

These certificates can be found in the Representation Agreement Regulation.

Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative

To be completed by each representative and alternate representative named in a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 5 (4) and 6 (2)].

Part 1 - Identification of representative or alternate representative

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as representative or alternate representative.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code],

_____ [date of birth, if not a trust company or credit union].

Part 2 - Certifications made by representative or alternate representative

I certify that

(a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],

(b) I do not provide, for compensation, personal care or health care services to the adult who made the representation agreement, or I do provide the services described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,

(c) I am not an employee of a facility in which the adult who made the representation agreement resides and

through which he or she receives personal care or health care services, or I am an employee described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,

(d) I am not a witness to the representation agreement,

(e) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a representative as set out in section 16 of the *Representation Agreement Act*, and

(f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

signature of representative, alternate representative or
authorized signatory of a trust company or credit union

date

Form 2 - Certificate of Monitor

To be completed by the person named as monitor as set out in section 12 (5) of the *Representation Agreement Act*.

Part 1 - Identification of monitor

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as monitor.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code].

Part 2 - Certifications made by monitor

I certify that

(a) I am an adult,

(b) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a monitor as set out in section 20 of the *Representation Agreement Act*, and

(c) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make

an

objection as described in that section.

signature of monitor

date

Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult

To be completed by the person who signs a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [section 13 (4) (d)] for the adult making the agreement, if the adult is physically incapable of signing.

Part 1 - Identification of the person signing on behalf of the adult

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I signed the representation agreement on behalf of the adult.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code].

Part 2 - Certifications made by the person signing on behalf of the adult

I certify that

(a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],

(b) the adult who made the representation agreement was present when I signed the representation agreement on his or her behalf, and directed me to sign because he or she was physically incapable of signing,

(c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement when he or she directed me to sign the agreement,

(d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative, and

(e) I am not a witness to the representation agreement.

signature of person signing for the adult

date

Form 4 - Certificate of Witnesses

To be completed by each person witnessing the signing of a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 13].

Part I - Identification of, and certifications made by, first witness

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I witnessed the signing of the representation agreement by, or on behalf of, the adult.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code].

4. I certify that

(a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],

(b) the adult who made the representation agreement was present when I witnessed the representation agreement,

(c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement, or had interpretive assistance to understand that type of communication,

(d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative,

(e) I am not a spouse, child, parent, employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or an alternate representative [does not apply to an employee or agent of the Public

Guardian

and Trustee, or a trust company or credit union], and

(f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

signature of witness

date

REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 9)

Made under Section 9 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

2. REVOCATION OF PREVIOUS INSTRUMENTS

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on previous Representation Agreements)

I revoke all of the following made by me.

- all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act*;
- all previous Representation Agreements granting authority under section 9 of the *Representation Agreement Act*.

3. REPRESENTATIVE

(See Note 3 – who may be named as Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)

(See Note 3 – who may be named as Representative)

(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative

5. EVIDENCE OF AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE

(See Note 4 – statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative)

(Strike out this provision if you are not appointing an Alternate Representative.)

A statutory declaration made by me, my Representative, or my Alternate Representative (if one is named), declaring that one of the circumstances referenced in section 4 of this Representation Agreement has occurred, and specifying that circumstance, is sufficient evidence of the authority of my Alternate Representative to act in place of my Representative.

6. AUTHORITY OF REPRESENTATIVE

(See Note 5 - what a Representative may and may not do)

Pursuant to section 9 (1) (a) of the *Representation Agreement Act*, I authorize my Representative to do anything that the Representative considers necessary in relation to my personal care and health care.

7. INSTRUCTIONS OR WISHES (OPTIONAL)

(See Note 6 - consultation with a health care provider)

The following are my instructions or wishes with respect to decisions that will be made within the areas of authority given to my Representative under this Representation Agreement:

8. EFFECTIVE DATE

This Representation Agreement becomes effective on the date it is executed.

9. SIGNATURES

ADULT AND WITNESS SIGNATURES

ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE

(See Note 7 – information for witnesses)

WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

REPRESENTATIVES' SIGNATURES

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

REPRESENTATIVE

Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

ALTERNATE REPRESENTATIVE

(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)

Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**STATUTORY DECLARATON FOR EVIDENCE OF
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the adult, the representative, or the alternate representative, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

_____ naming _____ as Representative
name of Adult name of Representative

TO WIT:
I, _____
Name
of _____
Full Address

SOLEMNLy DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
 - adult who made the representation agreement
 - representative named under the representation agreement
 - alternate representative named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

_____ location _____ Declarant's Signature
on _____ date

Signature of Commissioner for taking Affidavits
for British Columbia

Commissioner for taking Affidavits for British Columbia
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)

NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 9 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative or alternate representative, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

NOTE 2: Effect of revocation on previous Representation Agreements

The revocation provision in this representation agreement will do all of the following:

- if you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked;
- if you have previously made a section 9 representation agreement that is still effective, it will be revoked.

NOTE 3: Who may be named as Representative

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

NOTE 5: What a Representative may and may not do

The authority of a representative appointed under this representation agreement includes the power to give or refuse consent to health care necessary to preserve life.

A representative appointed under this representation agreement must not do any of the following:

- give or refuse consent on the adult's behalf to any type of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- make arrangements for the temporary care and education of the adult's minor children, or any other persons who are cared for or supported by the adult;
- interfere with the adult's religious practices.

(Please note this list may not be complete.)

If you want your representative to be authorized to do the things on the above list, you should obtain legal advice.

In addition, under the *Representation Agreement Act*, a representative:

- may not be authorized to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*;
- must not consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- must not make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

NOTE 6: Consultation with a health care provider

If you choose to include instructions or wishes in your representation agreement about your health care, you may wish to discuss with a health care provider the options and the possible implications of your choices.

NOTE 7: Information for witnesses

- (a) The following persons may not be a witness:
- i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
 - ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
 - iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, or the Public Guardian and Trustee of British Columbia;
 - iv. A person who is under 19 years of age;
 - v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- (c) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you should not witness the representation agreement and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.



ADVANCE DIRECTIVE

Made under the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*

The use of this form is voluntary. Before completing this Advance Directive, it is advisable to obtain legal advice and the advice of a health care provider about the possible implications of this Advance Directive, and your choices about the types of health care for which you might give or refuse consent under this Advance Directive.

The notes referenced in this Advance Directive are found at the end of this Advance Directive and are provided for informational purposes only. (See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive.)

1. THIS IS THE ADVANCE DIRECTIVE OF THE "ADULT":

Full Legal Name of the Adult		Date (YYYY / MM / DD)	
Full Address of the Adult			
Date of Birth (YYYY / MM / DD)		(OPTIONAL) Personal Health (CareCard) Number	

2. REVOCATION OF PREVIOUS ADVANCE DIRECTIVES:

I revoke all previous Advance Directives made by me.

3. CONSENT TO HEALTH CARE AND REFUSAL OF CONSENT TO HEALTH CARE:

If I need health care and I am not capable of giving or refusing consent to the health care at the time the health care is required,

I give the following instructions:

[Note: If a health care decision is required while you are incapable but the type of health care is not addressed in this Advance Directive, the decision will be made by a substitute decision maker.]

I consent to the following health care:

I refuse to consent to the following health care:

4. ACKNOWLEDGMENTS

I know that as a result of making this Advance Directive

- a. I will not be provided with any health care for which I refuse consent in this Advance Directive, and
- b. No one will be chosen to make decisions on my behalf in respect of any health care matters for which I give or refuse consent in this Advance Directive.

(See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive)

5. SIGNATURES

ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

	Date Signed (YYYY / MM / DD)
--	------------------------------

WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE - SEE NOTE 2, INFORMATION FOR WITNESSES

WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or notary public.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

NOTES RESPECTING ADVANCE DIRECTIVES

The notes provided below are for the purposes of providing information only.

These notes should NOT be considered complete: a person making an Advance Directive should consult the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act* to ensure that they understand their rights and duties.

NOTE 1: LIMITATIONS ON THE EFFECT OF THIS ADVANCE DIRECTIVE

Note that the effect of this Advance Directive and the giving and refusing of consent under it is subject to the limitations set out in sections 19.2 (2), 19.3 (1) and 19.8 of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

NOTE 2: INFORMATION FOR WITNESSES

- (a) The following persons may not be a witness:
 - i. A person who provides personal care, health care or financial services to the adult for compensation, other than a lawyer or notary public;
 - ii. A spouse, child, parent, employee or agent of a person described in paragraph (a);
 - iii. A person who is under 19 years of age;
 - iv. A person who does not understand the type of communication used by the Adult, unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or notary public.
- (c) You should not witness the Advance Directive if you have reason to believe that
 - i. the Adult is incapable of making, changing or revoking an Advance Directive, or
 - ii. fraud, undue pressure or some other form of abuse or neglect was used to induce the Adult to make the Advance Directive, or to change or revoke a previous Advance Directive.

अग्रिम देखभाल योजना

अग्रिम देखभाल योजना के बारे में अधिक जानकारी के लिए नमिनलखिति पर जाएं:

SeniorsBC (सीनियर्स बीसी) - www.gov.bc.ca/advancecare

HealthLink BC (हेल्थलकि बीसी) (www.healthlinkbc.ca) और अग्रिम देखभाल योजना खोजें, या 8-1-1 पर कॉल करें।

आपका स्थानीय स्वास्थ्य प्राधिकरण:

Fraser Health (फ़्रेज़र हेल्थ) - https://www.fraserhealth.ca/health-topics-a-to-z/advance-care-planning#.Ylg_kihBxPZ

Interior Health (इंटीरियर हेल्थ) - www.interiorhealth.ca/YourCare/PalliativeCare/ToughDecisions/Pages/Advance-Care-Planning.aspx

Island Health (आइलैंड हेल्थ) - <https://www.islandhealth.ca/our-services/advance-care-planning>

Northern Health (नॉर्थदर्न हेल्थ) - www.northernhealth.ca/health-topics/advance-care-planning

Vancouver Coastal Health (वैंकुवर कोस्टल हेल्थ) - www.vch.ca/public-health/health-topics-a-z/topics/advance-care-planning

कानून

ब्रिटिश कोलंबिया के अक्षमता नियोजन कानून के बारे में जानकारी के लिए:

www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning देखें

व्यक्तिगत योजना

The Public Guardian and Trustee (द पब्लिक गार्जियन एंड ट्रस्टी) -

www.trustee.bc.ca/services/services-to-adults/Pages/personal-planning.aspx

Nidus Personal Planning Resource Centre (नडिस पर्सनल प्लानिंग रिसोर्स सेंटर) - www.nidus.ca

कानूनी जरूरतें

यदि आपको एक वकील की आवश्यकता हो तो कैनेडियन बार एसोसिएशन ब्रिटिश कोलंबिया शाखा वकील रेफरल सेवा संचालित करती है। जानकारी के लिए यहां जाएं: www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx

स्वास्थ्य देखभाल की जरूरत

ब्रिटिश कोलंबिया कॉलेज ऑफ़ फॅमिली

चिकित्सक इस बारे में मार्गदर्शन प्रदान करते हैं कि

कैसे एक पारिवारिक चिकित्सक को यहां खोजा जाए:

bccfp.bc.ca/for-the-public/find-a-family-doctor

मेरा पूरा नाम _____ है

आपात स्थिति में कॉल करें:

_____ (नाम) _____ (फोन)

मेरा स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता है _____

मेरे पास एक अग्रिम देखभाल योजना है

एक प्रतिनिधित्व अनुबंध के साथ [धारा 7 धारा 9]

एक अग्रिम निर्देश के साथ

मैं एक अंग दाता हूँ

मेरे महत्वपूर्ण कागजात रखे हैं _____

