

সাক্ষীদের ঘোষণা

রোগীর নাম: _____ (“রোগী”)

আমি, _____ (সাক্ষী 1-এর নাম), এবং

আমি, _____ (সাক্ষী 2-এর নাম), প্রত্যেকে ঘোষণা করছি

যে, এই “আমার জীবন সমাপ্ত করার জন্য ওষুধের অনুরোধ”-এ স্বাক্ষরকারী ব্যক্তি:

- আমার ব্যক্তিগতভাবে পরিচিত অথবা পরিচয়ের প্রমাণ প্রদান করেছেন;
- আমার উপস্থিতিতে স্বেচ্ছায় “আমার জীবন সমাপ্ত করার জন্য ওষুধের অনুরোধ”-এ স্বাক্ষর করেছেন অথবা আমার কাছে স্বীকার করেছেন যে তিনি এতে স্বাক্ষর করেছেন; এবং
- আমার জানা ও বিশ্বাস মতে, সিদ্ধান্ত গ্রহণের সক্ষমতা রাখেন এবং স্বেচ্ছায়, নিজের ইচ্ছায় “আমার জীবন সমাপ্ত করার জন্য ওষুধের অনুরোধ” করছেন এবং “আমার জীবন সমাপ্ত করার জন্য ওষুধের অনুরোধ”-এ স্বাক্ষর করার জন্য তাকে কোনোভাবেই বাধ্য করা হচ্ছে না।

আমি “আমার জীবন সমাপ্ত করার জন্য ওষুধের অনুরোধ”-এ স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির দায়িত্বপ্রাপ্ত চিকিৎসক বা পরামর্শদাতা চিকিৎসক নই, অথবা যে সময়ে “আমার জীবন সমাপ্ত করার জন্য ওষুধের অনুরোধ” স্বাক্ষর করা হয়েছিল, সে সময়ে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির জন্য সিদ্ধান্ত গ্রহণের সক্ষমতা নির্ধারণকারী মানসিক স্বাস্থ্য কর্মীও নই।

আমি মিথ্যা সাক্ষ্যের শাস্তির অধীনে আরও ঘোষণা করছি যে, এখানে প্রদত্ত বক্তব্য সত্য ও সঠিক এবং এখানে প্রদত্ত মিথ্যা বক্তব্য শাস্তিযোগ্য অপরাধ।

আমি আরও ঘোষণা করছি যে আমি:

- রক্তের সম্পর্ক, বিবাহ বা দত্তক নেওয়ার মাধ্যমে রোগীর সাথে সম্পর্কিত নই;
- কোনো উইল বা আইনের কার্যকারিতার অধীনে রোগীর মৃত্যুর পর রোগীর সম্পত্তির কোনো অংশের অধিকারী নই, এবং অন্য কোনোভাবেও রোগীর মৃত্যু থেকে আর্থিকভাবে লাভবান হওয়ার মতো অবস্থানে নেই;
- যে স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে রোগী চিকিৎসা গ্রহণ করছেন বা যেখানকার বাসিন্দা, সেখানকার কোনো মালিক, পরিচালক, কর্মী বা স্বাধীন ঠিকাদার নই;
- রোগীর গৃহস্থ সঙ্গী নই, যা নিউ ইয়র্কের পারিবারিক স্বাস্থ্য সেবা সিদ্ধান্ত অ্যাক্ট (Family Health Care Decisions Act), জনস্বাস্থ্য আইন (Public Health Law) সেকশন 2994-a(7)-এ সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে;
- রোগীর স্বাস্থ্য সেবা প্রক্রিয়ার অধীনস্থ স্বাস্থ্য সেবা প্রতিনিধি নই, জনস্বাস্থ্য আইন সেকশন 2980(5); অথবা
- রোগীর পাওয়ার অফ অ্যাটর্নির অধীনস্থ কোনো প্রতিনিধি নই, সাধারণ বাধ্যবাধকতা বিষয়ক আইন (General Obligations Law) সেকশন 5-1501(2)।

সাক্ষী 1-এর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

ঠিকানা: _____

সাক্ষী 2-এর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

ঠিকানা: _____

আমার জীবন সমাপ্ত করার জন্য ওষুধের অনুরোধ

আমি, _____ (রোগীর নাম), নিউ ইয়র্ক স্টেটের একজন প্রাপ্তবয়স্ক বাসিন্দা এবং আমার একটি দুরারোগ্য অসুস্থতা বা শারীরিক অবস্থা নির্ণয় করা হয়েছে, যা হলো _____ (দুরারোগ্য অসুস্থতা বা শারীরিক অবস্থার নাম)। আমার দায়িত্বপ্রাপ্ত চিকিৎসক নির্ধারণ করেছেন, এবং একজন পরামর্শদাতা চিকিৎসক নিশ্চিত করেছেন যে, আমার দুরারোগ্য অসুস্থতা বা অবস্থাটি একটি নিরাময় যোগ্য নয় এমন এবং অপরিবর্তনীয় অসুস্থতা বা অবস্থা যা চিকিৎসা প্রদান করা হোক বা না হোক, যুক্তিসঙ্গত চিকিৎসাগত বিচার অনুযায়ী ছয় মাসের মধ্যে মৃত্যু ঘটাবে।

আমার দায়িত্বপ্রাপ্ত চিকিৎসক, পরামর্শদাতা চিকিৎসক এবং একজন মানসিক স্বাস্থ্য কর্মী একমত হয়েছেন যে আমার সিদ্ধান্ত গ্রহণের সক্ষমতা রয়েছে, যার অর্থ হলো আমি মৃত্যুকালে চিকিৎসাগত সহায়তা (Medical Aid in Dying)-এর প্রকৃতি ও পরিণতি বুঝতে ও উপলব্ধি করতে পারছি, যার মধ্যে এর সুবিধা, ঝুঁকি ও বিকল্পসমূহ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, এবং মৃত্যুতে চিকিৎসাগত সহায়তা সম্পর্কে একটি অবগত সিদ্ধান্ত গ্রহণ করার ও আমার সিদ্ধান্তটি দায়িত্বপ্রাপ্ত চিকিৎসককে জানানোর সক্ষমতা আমার রয়েছে।

আমাকে আমার রোগ নির্ণয় ও পূর্বাভাস, যে ওষুধ পরামর্শ করা হবে তার প্রকৃতি ও এর সম্ভাব্য ঝুঁকি, প্রত্যাশিত ফলাফল এবং প্যালিয়েটিভ কেয়ার ও হসপিস কেয়ারসহ তবে কেবল এতেই সীমাবদ্ধ নয় সম্ভাব্য বিকল্প ও চিকিৎসার উপায়সমূহ সম্পর্কে সম্পূর্ণভাবে অবহিত করা হয়েছে।

আমি অনুরোধ করছি যে আমার দায়িত্বপ্রাপ্ত চিকিৎসক এমন ওষুধ পরামর্শ করবেন যা আমার জীবন সমাপ্ত করবে যদি আমি তা গ্রহণ করার সিদ্ধান্ত নিই, এবং আমার এই অনুরোধের বিষয়ে অন্য কোনো চিকিৎসক বা কোনো ফার্মাসিস্টের সাথে যোগাযোগ করার জন্য আমি আমার দায়িত্বপ্রাপ্ত চিকিৎসককে অনুমতি দিচ্ছি।

যেকোনো একটিতে আদ্যক্ষর দিন:

- (_____) আমি আমার এই সিদ্ধান্তের কথা আমার পরিবারের এক বা একাধিক সদস্যকে জানিয়েছি অথবা জানানোর ইচ্ছা রাখি।
- (_____) আমি আমার পরিবারের কোনো সদস্যকে আমার সিদ্ধান্তের কথা না জানানোর সিদ্ধান্ত নিয়েছি।
- (_____) আমার সিদ্ধান্ত জানানোর মতো আমার কোনো পরিবার নেই।

আমি বুঝতে পারছি যে, যেকোনো সময় এই অনুরোধ প্রত্যাহার করার বা ওষুধটি ব্যবহার করা প্রত্যাখ্যান করার অধিকার আমার রয়েছে।

আমি এই অনুরোধের গুরুত্ব বুঝতে পারছি, এবং পরামর্শ করা ওষুধটি গ্রহণ করলে আমার মৃত্যু হবে বলে আমি প্রত্যাশা করছি। আমি আরও বুঝতে পারছি যে যদিও বেশিরভাগ ক্ষেত্রে তিন ঘণ্টার মধ্যে মৃত্যু ঘটে, তবে আমার ক্ষেত্রে মৃত্যু হতে আরও বেশি সময় লাগতে পারে, এবং আমার দায়িত্বপ্রাপ্ত চিকিৎসক আমাকে এই সম্ভাবনার বিষয়ে পরামর্শ দিয়েছেন।

আমি স্বেচ্ছায়, নিজের ইচ্ছায় এবং কোনো চাপের মুখে না পড়ে এই অনুরোধ করছি, এবং আমার কাজের সম্পূর্ণ দায় আমি গ্রহণ করছি।

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

সাক্ষী 1 (“সাক্ষীদের ঘোষণা” এই “আমার জীবন সমাপ্ত করার জন্য ওষুধের অনুরোধ”-এর সাথে সংযুক্ত রয়েছে)

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

নাম (স্পষ্টাক্ষরে): _____

ঠিকানা: _____

সাক্ষী 2 (“সাক্ষীদের ঘোষণা” এই “আমার জীবন সমাপ্ত করার জন্য ওষুধের অনুরোধ”-এর সাথে সংযুক্ত রয়েছে)

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

নাম (স্পষ্টাক্ষরে): _____

ঠিকানা: _____

দোভাষীর ঘোষণা (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)

রোগীর নাম: _____ (“রোগী”)

আমি, _____ (দোভাষীর নাম):

(নিচের দুটি বিকল্পের মধ্যে একটি নির্বাচন করুন)

☐ যেসব রোগীর ক্ষেত্রে কথোপকথন বা পরামর্শ অথবা দোভাষীর সহায়তায় কথোপকথন বা পরামর্শ ইংরেজি ছাড়া অন্য কোনো ভাষায় পরিচালিত হয়েছিল এবং “আমার জীবন সমাপ্ত করার জন্য ওষুধের অনুরোধ” ইংরেজিতে রয়েছে: আমি ঘোষণা করছি যে, আমি ইংরেজিতে এবং _____ (“উদ্দিষ্ট ভাষায়”) পারদর্শী। দায়িত্বপ্রাপ্ত বা পরামর্শদাতা চিকিৎসক এবং রোগীর মধ্যে বিনিময়কৃত তথ্য ও কথোপকথন কার্যকরভাবে, নির্ভুলভাবে এবং নিরপেক্ষভাবে অনুবাদ করার জন্য প্রয়োজনীয় ভাষা ও দোভাষী দক্ষতা আমার রয়েছে।

আমি প্রত্যয়ন করছি যে, _____ (তারিখ/সময়)-এ, আমি চিকিৎসক ও রোগীর মধ্যে আদান-প্রদানকৃত কথোপকথন ও তথ্য নিরপেক্ষভাবে এবং আমার জ্ঞান ও সামর্থ্য অনুযায়ী যথাসম্ভব নির্ভুল ও সম্পূর্ণভাবে অনুবাদ করেছি এবং রোগীকে উদ্দিষ্ট ভাষায় “আমার জীবন সমাপ্ত করার জন্য ওষুধের অনুরোধ” পড়ে শুনিয়েছি।

রোগী আমার কাছে স্বেচ্ছায়, নিজের ইচ্ছায় এবং কোনো চাপ প্রয়োগ ছাড়াই “আমার জীবন সমাপ্ত করার জন্য ওষুধের অনুরোধ”-এ স্বাক্ষর করার ইচ্ছার কথা নিশ্চিত করেছেন।

☐ বাক, শ্রবণ বা দৃষ্টি প্রতিবন্ধকতায়ুক্ত রোগীর ক্ষেত্রে: আমি ঘোষণা করছি যে রোগীর সাথে যোগাযোগ করার এবং দায়িত্বপ্রাপ্ত বা পরামর্শদাতা চিকিৎসক ও রোগীর মধ্যে আদান-প্রদানকৃত তথ্য ও কথোপকথন কার্যকরভাবে, নির্ভুলভাবে ও নিরপেক্ষভাবে পড়ে শোনানো এবং/অথবা অনুবাদ করার জন্য প্রয়োজনীয় ভাষা, পঠন এবং/অথবা দোভাষী দক্ষতা আমার রয়েছে।

আমি প্রত্যয়ন করছি যে, _____ (তারিখ/সময়)-এ, আমি চিকিৎসক ও রোগীর মধ্যে আদান-প্রদানকৃত কথোপকথন ও তথ্য নিরপেক্ষভাবে এবং আমার জ্ঞান ও সামর্থ্য অনুযায়ী যথাসম্ভব নির্ভুল ও সম্পূর্ণভাবে অনুবাদ করেছি এবং কার্যকর যোগাযোগের জন্য যেখানে প্রয়োজন, রোগীকে “আমার জীবন সমাপ্ত করার জন্য ওষুধের অনুরোধ” পড়ে শুনিয়েছি বা অনুবাদ করে বুঝিয়ে দিয়েছি।

রোগী আমার কাছে স্বেচ্ছায়, নিজের ইচ্ছায় এবং কোনো চাপ প্রয়োগ ছাড়াই “আমার জীবন সমাপ্ত করার জন্য ওষুধের অনুরোধ”-এ স্বাক্ষর করার ইচ্ছার কথা নিশ্চিত করেছেন।

আমি ঘোষণা করছি যে, আমি:

- রক্তের সম্পর্ক, বিবাহ বা দত্তক নেওয়ার মাধ্যমে রোগীর সাথে সম্পর্কিত নই;
- কোনো উইল বা আইনের কার্যকারিতার অধীনে রোগীর মৃত্যুর পর রোগীর সম্পত্তির কোনো অংশের অধিকারী নই, এবং অন্য কোনোভাবেও রোগীর মৃত্যু থেকে আর্থিকভাবে লাভবান হওয়ার মতো অবস্থানে নেই;
- যে স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে রোগী চিকিৎসা গ্রহণ করছেন বা যেখানকার বাসিন্দা, সেখানকার কোনো মালিক, পরিচালক, কর্মী বা স্বাধীন ঠিকাদার নই; অথবা এই মর্মে ঘোষণা করছি যে আমি এই ধরনের স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে আমার কাজের দায়িত্বের অংশ হিসাবে দোভাষী সেবা প্রদান করছি; অথবা আমি দোভাষী সেবা প্রদানের জন্য প্রশিক্ষিত এবং এই ঘোষণাপত্রে বর্ণিত উদ্দেশ্যে রোগী আমাকে দোভাষী সেবা প্রদানের জন্য অনুরোধ করেছেন;
- রোগীর গৃহস্থ সঙ্গী নই, যা নিউ ইয়র্কের পারিবারিক স্বাস্থ্য সেবা সিদ্ধান্ত অ্যাক্ট (Family Health Care Decisions Act), জনস্বাস্থ্য আইন (Public Health Law) সেকশন 2994-a(7)-এ সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে;
- রোগীর স্বাস্থ্য সেবা প্রক্রিয়ার অধীনস্থ স্বাস্থ্য সেবা প্রতিনিধি নই, জনস্বাস্থ্য আইন সেকশন 2980(5); অথবা
- রোগীর পাওয়ার অফ অ্যাটর্নির অধীনস্থ কোনো প্রতিনিধি নই, সাধারণ বাধ্যবাধকতা বিষয়ক আইন (General Obligations Law) সেকশন 5-1501(2)।

আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই ঘোষণা সত্য ও সঠিক, এবং এই ঘোষণায় প্রদত্ত মিথ্যা বক্তব্য মিথ্যা সাক্ষ্যের শাস্তির অধীনে শাস্তিযোগ্য অপরাধ।

সম্পাদিত হয়েছে: _____ (সিটি, কাউন্টি এবং স্টেট)

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

নাম (স্পষ্টাক্ষরে): _____

দোভাষী যে প্রতিষ্ঠানে প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত হয়েছেন: _____

দোভাষী যে প্রতিষ্ঠানে প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত হয়েছেন তার ঠিকানা: _____

দোভাষী কর্তৃক কথিত উদ্দিষ্ট ভাষা: _____