

PESË DËSHIRAT[®] FIVE WISHES[®]

DËSHIRA IME PËR:

Personin që dua të marrë vendime për kujdesin ndaj
meje kur unë nuk mundem

Lloji i trajtimit mjekësor që dua ose nuk dua

Sa në rehati dua të jem

Si dua që të më trajtojnë njerëzit

Çfarë dua që të dinë njerëzit e mi të dashur

shkruani emrin
me shkronja shtypi

print your name

datëlindja

birthdate

Pesë dëshirat

Ka shumë gjëra në jetë që nuk i kemi në dorë ne. Broshura “Pesë dëshirat” ju jep mundësinë të kontrolloni diçka mjaft të rëndësishme: se si do të trajtoheni në qoftë se sëmureni rëndë. Është një formular i lehtë për t’u plotësuar që ju lejon të thoni me saktësi çfarë doni të thoni. Pasi të jetë plotësuar dhe nënshkruar siç duhet ai njihet nga ligjet e shumicës së shteteve.

Çfarë është broshura “Pesë dëshirat”?

“Pesë dëshirat” është testamenti i parë i jetës i cili bën fjalë për nevojat tuaja personale, emocionale dhe shpirtërore si dhe dëshirat tuaja mjekësore. Ju lejon që të zgjidhni personin që dëshironi të marrë vendime për kujdesin tuaj shëndetësor në qoftë se nuk jeni në gjendje t’i merrni vetë. “Pesë dëshirat” ju lejon që të thoni me saktësi se si dëshironi të trajtoheni në qoftë

se sëmureni rëndë. Është shkruar me ndihmën e Komisionit të Shoqatës së Avokatëve Amerikanë në lidhje me problemet ligjore të të moshuarve dhe ekspertëve më të mirë të vendit në lidhje me kujdesin në fund të jetës. Është gjithashtu i lehtë në përdorim. E vetmja gjë që duhet të bëni është që të shënoni një kuti, të shënoni me rreth një udhëzim ose të shkruani disa fjali.

Si ju ndihmon ju dhe familjen tuaj broshura “Pesë dëshirat”

- Ju lejon që të flisni me familjen, miqtë dhe mjekun tuaj në lidhje me mënyrën se si doni të trajtoheni në qoftë se sëmureni rëndë.
- Pjesëtarëve tuaj të familjes nuk do t’u duhet që të hamendësojnë se çfarë doni ju. I mbron ata në qoftë se ju sëmureni rëndë sepse atyre nuk do t’u duhet që

të marrin vendime të vështira pa i ditur dëshirat tuaja.

- Ju mund të dini se çfarë do nëna, babai, bashkëshorti apo miku juaj nëpërmjet testamentit të jetës “Pesë dëshirat”. Ju mund të jeni pranë tyre kur të kenë nevojë për ju më shumë se kurrë. Ju do të kuptoni se çfarë duan në të vërtetë.

Si lindi broshura “Pesë dëshirat”

Për 12 vjet me radhë, një burrë i quajtur Jim Towey punoi nga afër me Nënë Terezën, dhe, për një vit të tërë, ai jetoi në një sanatorium nën drejtimin e saj në Uashington, DC. Duke u frymëzuar nga kjo eksperiencë personale, z. Towey u përpoq të gjente një mënyrë nëpërmjet të cilës pacientët dhe familjet e tyre të planifikonin paraprakisht dhe të përballonin

sëmundjen e rëndë. Si rezultat u krijua broshura “Pesë dëshirat” dhe reagimi ndaj saj ka qenë i jashtëzakonshëm. Është paraqitur në CNN dhe në programin e NBC-së “Today Show” dhe në faqet e gazetave “Time” dhe “Money”. Gazetat e kanë quajtur broshurën “Pesë dëshirat” “testamenti i parë i jetës plot zemër”.

Kush duhet ta përdorë broshurën “Pesë dëshirat”

“Pesë dëshirat” është për këdo person të moshës 18 vjeç e sipër, të martuar, beqarë, prindër, fëmijë të rritur dhe miq. Është përdorur tashmë nga mbi tetë milion amerikanë të të gjitha moshave. Për

arsye se funksionon kaq mirë, avokatët, mjekët, spitalet dhe sanatoriumet, komunitetet besimtare, punëdhënësit dhe grupet e pensionistëve po e shpërndajnë këtë dokument.

Broshura “Pesë dëshirat” deklaron

Në qoftë se jetoni në Distriktin e Kolumbisë ose në një nga **40 shtetet** e shënuara më poshtë, ju mund të përdorni broshurën “Pesë dëshirat” dhe të flini me mendje të qetë duke ditur se i plotëson mjaftueshëm kërkesat e shtetit sipas ligjit:

Alaska	Ajdoho	Mizuri	Rod Ajlënd
Arizona	Illinoi	Montana	Kerolaina e Jugut
Arkansa	Ajua	Nebraska	Dakota e Jugut
Kaliforni	Luiziana	Nju Xhërsi	Tenesi
Kolorado	Mein	Nju Meksiko	Vermont
Kënetikët	Merilend	Nju Jork	Virxhinia
Delauerë	Masaçusets	Kerolaina e Veriut	Uashington
Florida	Mishigën	Dakota e Veriut	Virxhinia Perëndimore
Xhorxhia	Minesota	Oklahoma	Uajoming
Havai	Misisipi	Pensilvenia	Uiskonsën

Në qoftë se shteti juaj nuk është njëri prej 40 shteteve të shënuara në këtë listë, broshura “Pesë dëshirat” nuk i plotëson kërkesat teknike sipas statuteve të shtetit tuaj. Kështu disa mjekë në shtetin tuaj mund të mos jenë të gatshëm ta respektojnë broshurën “Pesë dëshirat”. Megjithatë shumë njerëz nga shtetet që nuk janë në këtë listë e plotësojnë broshurën “Pesë dëshirat” së bashku me formularin ligjor të shtetit të tyre. Ata shikojnë se broshura “Pesë dëshirat” i ndihmon të shprehin gjithçka që duan të shprehin dhe është një udhëzues i vlefshëm për pjesëtarët e familjes, miqtë, kujdestarët dhe mjekët. Shumica e mjekëve dhe profesionistëve të kujdesit shëndetësor e dinë se duhet t’i dëgjojnë dëshirat tuaja pavarësisht nga mënyra se si i shprehni ato.

Si mund të bëj kalimin te “Pesë dëshirat”?

Ju mund të keni tashmë një testament të jetës ose një prokurë të qëndrueshme për kujdesin shëndetësor. Në qoftë se në vend të tyre doni të përdorni broshurën “Pesë dëshirat”, e vetmja gjë që duhet të bëni është që të plotësoni dhe nënshkruani një formular të ri “Pesë dëshirat” sipas udhëzimeve të dhëna. Sapo ta nënshkruani, ai anulon çfarëdolloj direktive paraprake që keni pasur më përpara. Për t’u siguruar se po përdorni formularin e duhur, lutemi bëni sa më poshtë vijon:

- Shkatërroni të gjitha kopjet e testamentit tuaj të mëparshëm të jetës ose prokurën e qëndrueshme për kujdesin shëndetësor. Ose mund të shkruani “revoked” (anuluar) me shkronja të mëdha vertikalisht mbi kopjen që keni. Në qoftë se në përgatitjen e formularëve të vjetër ju ndihmoi një avokat, tregojini atij ose asaj për këtë veprim. *DHE*
- Tregojini agjentit tuaj të kujdesit shëndetësor, pjesëtarëve të familjes dhe mjekut se keni plotësuar një formular të ri “Pesë dëshirat”. Sigurohuni që ata të jenë në dijeni të dëshirave tuaja të reja.

DËSHIRA 1 — WISH 1

Personi i cili dua që të marrë vendime për kujdesin tim shëndetësor kur unë të mos jem në gjendje t'i marr vetë ato.

The Person I Want To Make Health Care Decisions For Me When I Can't Make Them For Myself.

Në qoftë se unë nuk jam më në gjendje të marr vendime për kujdesin tim shëndetësor, ky formular jep emrin e personit të cilin unë e zgjedh që t'i marrë këto vendime në emrin tim. Ky person do të jetë agjenti im i kujdesit shëndetësor (ose një term tjetër që mund të përdoret në shtetin tim, si për shembull prokurator, përfaqësues ose zëvendësues). Ky person do të marrë vendime për kujdesin tim shëndetësor në qoftë se ndodhin të dyja gjërat e mëposhtme:

- Mjeku im kujdestar ose që po më trajton arrin në përfundimin se unë nuk jam më në gjendje të marr vendime për kujdesin tim shëndetësor DHE
- Një profesionist tjetër i kujdesit shëndetësor bie dakord se kjo është e vërtetë.

Në qoftë se shteti ka një mënyrë tjetër për të arritur në përfundimin se unë nuk jam më në gjendje të marr vendime për kujdesin tim shëndetësor, atëherë duhet ndjekur mënyra e shtetit.

If I am no longer able to make my own health care decisions, this form names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent (or other term that may be used in my state, such as proxy, representative, or surrogate). This person will make my health care choices if both of these things happen:

- My attending or treating doctor finds I am no longer able to make health care choices, AND
- Another health care professional agrees that this is true.

If my state has a different way of finding that I am not able to make health care choices, then my state's way should be followed.

Zgjedhja e personit të duhur si agjenti juaj i kujdesit shëndetësor Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

Zgjidhni dikë që ju njeh mirë, ju do dhe që mund të marrë vendime të vështira. Bashkëshorti apo një pjesëtar i familjes mund të mos jenë alternativa më e mirë sepse ata janë shumë të përfshirë nga ana emocionale. Ndonjëherë ata janë zgjedhja më e mirë. Ju e dini më mirë. Zgjidhni dikë që është në gjendje të luftojë për ju me qëllim që të plotësohen dëshirat tuaja. Gjithashtu zgjidhni dikë që ka mundësi të jetë afër me qëllim që t'ju ndihmojë kur keni nevojë për ndihmën e tij. Pavarësisht nëse zgjidhni bashkëshortin, një pjesëtar të familjes ose një mik si agjentin tuaj të kujdesit shëndetësor, sigurohuni që të keni folur me të për këto dëshira dhe se personi është dakord që t'i respektojë dhe plotësojë këto dëshira. Agjenti juaj i kujdesit shëndetësor duhet të jetë të paktën 18 vjeç e sipër (në Kolorado 21 vjeç e sipër) dhe nuk duhet të jetë:

- Institucion që ju jep kujdes shëndetësor, përfshi këtu pronarin ose drejtuesin e një institucioni shëndetësor, banesor ose të kujdesit komunitar që ju shërben juve.
- Punonjës ose bashkëshort/e i një punonjësi të institucionit që ju jep kujdes shëndetësor.
- Person që shërben si agjent ose prokurator për 10 ose më shumë persona përveç rastit kur ai ose ajo është bashkëshorti/bashkëshortja juaj ose një i afërm i ngushtë i familjes.
- Your health care provider, including the owner or operator of a health or residential or community care facility serving you.
- An employee or spouse of an employee of your health care provider.
- Serving as an agent or proxy for 10 or more people unless he or she is your spouse or close relative.

Personi që zgjedh si agjentin tim të kujdesit shëndetësor është: The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

Emri i parë i zgjedhur *First Choice Name*

Telefoni *Phone*

Adresa *Address*

Qyteti/shteti/zip kod *City/State/Zip*

Në qoftë se ky person nuk është në gjendje ose nuk dëshiron të marrë vendime në emrin tim *OSE* është divorcuar apo ndarë me ligj prej meje, *OSE* ky person ka vdekur, atëherë personat e mëposhtëm janë ata që kam zgjedhur si mundësi e dytë:

If this person is not able or willing to make these choices for me, *OR* is divorced or legally separated from me, *OR* this person has died, then these people are my next choices:

Emri i dytë i zgjedhur *Second Choice Name*

Emri i tretë i zgjedhur *Third Choice Name*

Adresa *Address*

Adresa *Address*

Qyteti/shteti/zip kod *City/State/Zip*

Qyteti/shteti/ zip kod *City/State/Zip*

Telefoni *Phone*

Telefoni *Phone*

Në qoftë se ndërroj mendje në lidhje me agjentin e kujdesit shëndetësor, atëherë unë

If I Change My Mind About Having A Health Care Agent, I Will

- Do t'i shkatërroj të gjitha kopjet e kësaj pjese të formularit "Pesë dëshirat". *OSE*
- Do t'i tregoj dikujt, si për shembull mjekut ose familjes time se dua që ta anuloj ose ndryshoj agjentin tim të kujdesit shëndetësor. *OSE*
- Do të shkruaj fjalën "Revoked" (anuluar) me shkronja të mëdha përgjatë emrit të çdo agjenti fuqinë e të cilit dua ta anuloj. Do të nënshkruaj emrin tim në atë faqe.

- Destroy all copies of this part of the Five Wishes form. *OR*
- Tell someone, such as my doctor or family, that I want to cancel or change my Health Care Agent. *OR*
- Write the word "Revoked" in large letters across the name of each agent whose authority I want to cancel. Sign my name on that page.

E kuptoj se agjenti im i kujdesit shëndetësor mund të marrë vendime për kujdesin tim shëndetësor. Dua që agjenti im të jetë në gjendje të bëjë sa më poshtë vijon: (Lutemi i vini kryq çdo gjëje në listën e mëposhtme që ju nuk doni që ta bëjë agjenti juaj.)

I understand that my Health Care Agent can make health care decisions for me. I want my Agent to be able to do the following: (Please cross out anything you don't want your Agent to do that is listed below.)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Të marrë vendime për mua në lidhje me shërbimet apo kujdesin tim mjekësor, si për shembull analizat, ilaçet ose operacionet. Ky kujdes apo shërbim mund të bëhet për të gjetur se cili është problemi im shëndetësor ose mënyrën e trajtimit të tij. Mund të përfshijë gjithashtu kujdesin për të më mbajtur gjallë. Në qoftë se kujdesi apo trajtimi ka filluar, agjenti im i kujdesit shëndetësor mund të thotë që ai të vazhdojë ose të ndalet. | <ul style="list-style-type: none"> • Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, or surgery. This care or service could be to find out what my health problem is, or how to treat it. It can also include care to keep me alive. If the treatment or care has already started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Të interpretojë udhëzimet që kam dhënë unë në këtë formular ose që kam dhënë në diskutime të tjera ashtu siç i kupton dëshirat dhe vlerat e mia agjenti im i kujdesit shëndetësor. | <ul style="list-style-type: none"> • Interpret any instructions I have given in this form or given in other discussions, according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Të miratojë shtrimin tim në një institucion për të moshuar, në spital, sanatorium ose azil. Agjenti im i kujdesit shëndetësor mund të punësojë çfarëdolloj punonjësi të kujdesit shëndetësor që mund të nevojitet për të më ndihmuar ose për t'u kujdesur për mua. Agjenti im mundet gjithashtu ta heqë nga puna punonjësën e kujdesit shëndetësor, po qe nevoja. | <ul style="list-style-type: none"> • Consent to admission to an assisted living facility, hospital, hospice, or nursing home for me. My Health Care Agent can hire any kind of health care worker I may need to help me or take care of me. My Agent may also fire a health care worker, if needed. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Të marrë vendim për të kërkuar, pezulluar ose të mos më dhënë trajtime mjekësore duke përfshirë këtu ushqim dhe ujë të dhënë në mënyrë artificiale dhe çfarëdolloj trajtimesh të tjera për të më mbajtur gjallë. | <ul style="list-style-type: none"> • Make the decision to request, take away or not give medical treatments, including artificially-provided food and water, and any other treatments to keep me alive. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Të shikojë dhe aprovojë lëshimin e kartelës time mjekësore dhe dosjeve të mia personale. Në qoftë se kërkohet nënshkrimi im për marrjen e këtyre dosjeve, agjenti im i kujdesit shëndetësor mund të nënshkruajë për mua. | <ul style="list-style-type: none"> • See and approve release of my medical records and personal files. If I need to sign my name to get any of these files, my Health Care Agent can sign it for me. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Të më dërgojë në një shtet tjetër që të marr kujdesin e nevojshëm ose për plotësimin e dëshirave të mia. | <ul style="list-style-type: none"> • Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Të autorizojë ose refuzojë autorizimin për ilaçe apo procedura të nevojshme që ndihmojnë në lehtësimin e dhimbjes. | <ul style="list-style-type: none"> • Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Të ndërmarë çfarëdolloj veprimi ligjor të nevojshëm për të plotësuar dëshirat e mia. | <ul style="list-style-type: none"> • Take any legal action needed to carry out my wishes. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Të dhurojë organe ose inde të vlefshme të miat sipas ligjit. | <ul style="list-style-type: none"> • Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Të bëjë aplikim për Medicare, Medicaid ose programe të tjera apo përfitime sigurimi shëndetësor për mua. Agjenti im i kujdesit shëndetësor mund t'i shikojë dosjet e mia personale, si për shembull dokumentet bankare për të parë se çfarë nevojitet për plotësimin e këtyre formularëve. | <ul style="list-style-type: none"> • Apply for Medicare, Medicaid, or other programs or insurance benefits for me. My Health Care Agent can see my personal files, like bank records, to find out what is needed to fill out these forms. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Më poshtë paraqiten ndryshime, shtesa ose kufizime në lidhje me fuqinë që ka agjenti im i kujdesit shëndetësor. | <ul style="list-style-type: none"> • Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers. |

DËSHIRA 2 — WISH 2

Dëshira ime për llojin e trajtimit mjekësor që dua apo nuk dua.

My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

Unë mendoj se jeta ime është e shtrenjtë dhe se unë meritoj të trajtohem me dinjitet. Kur të vijë një kohë që unë të jem shumë sëmurë dhe të mos jem në gjendje të flas për veten, dua që dëshirat e mëposhtme dhe çfarëdolloj udhëzimesh të tjera që i kam dhënë agjentit tim të kujdesit shëndetësor të respektohen dhe plotësohen.

I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity. When the time comes that I am very sick and am not able to speak for myself, I want the following wishes, and any other directions I have given to my Health Care Agent, to be respected and followed.

Çfarë duhet të keni parasysh ju si kujdestari im

- Unë nuk dua që të kem dhimbje. Dua që mjeku im të më japë ilaçe të mjaftueshme për uljen e dhimbjes edhe në qoftë se kjo do të thotë se do të jem i përgjumur ose do të fle më shumë se zakonisht.
- Nuk dua që mjekët apo infermieret e mia të bëjnë apo të mos bëjnë diçka me qëllim shkaktimin e vdekjes time.
- Dua që të më jepet ushqim dhe lëngje nga goja dhe të mbahem pastër dhe ngrohtë.

What You Should Keep In Mind As My Caregiver

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means that I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- I do not want anything done or omitted by my doctors or nurses with the intention of taking my life.
- I want to be offered food and fluids by mouth, and kept clean and warm.

Në rast urgjence

In Case Of An Emergency

Në qoftë se keni urgjencë mjekësore dhe ju vjen personeli mjekësor me ambulancë, ata mund të shikojnë nëse keni një formular ose byzylyk që thotë “**Mos më rigjallëroni**”. Shumë shtete kërkojnë që personi të ketë plotësuar një formular “**Mos më rigjallëroni**” të nënshkruar nga një mjek. Ky formular i bën të ditur personelit mjekësor të ambulancës se ju nuk doni që ata të përdorin trajtim për mbështetjen e jetës kur jeni në vdekje e sipër. Lutemi konsultohuni me mjekun tuaj për të parë nëse keni nevojë të plotësoni një formular “**Mos më rigjallëroni**”.

If you have a medical emergency and ambulance personnel arrive, they may look to see if you have a **Do Not Resuscitate** form or bracelet. Many states require a person to have a **Do Not Resuscitate** form filled out and signed by a doctor. This form lets ambulance personnel know that you don't want them to use life-support treatment when you are dying. Please check with your doctor to see if you need to have a **Do Not Resuscitate** form filled out.

Ç'kuptim ka për mua “trajtimi për mbështetjen e jetës”

Trajtimi për mbështetjen e jetës nënkupton çdo procedurë mjekësore, aparaturë ose ilaç të përdorur për të më mbajtur gjallë. Trajtimi për mbështetjen e jetës përfshin: aparatura mjekësore që futen në trupin tim për të më ndihmuar të marr frymë; ushqim dhe ujë i dhënë me aparaturë mjekësore (tub ushqyes); reanimacion kardiopulmonar (CPR); operacione serioze; transfuzione gjaku; dializë; antibiotikë dhe çfarëdo gjëje tjetër për të më mbajtur gjallë. Në qoftë se dëshiroj ta kufizoj kuptimin e trajtimit për mbështetje të jetës për shkak të bindjeve të mia personale ose fetare, këtë kufizim e shkruaj sa më poshtë vijon. E bëj këtë gjë për ta bërë mjaft të qartë se çfarë dua dhe në çfarë kushtesh.

Ky është lloji i trajtimit mjekësor që unë dua apo nuk dua në katër situatat e poshtëshënuara. Dëshiroj që këto udhëzime t'i dijë agjenti im i kujdesit shëndetësor, familja ime, mjekët e mi dhe personeli tjetër i kujdesit shëndetësor, miqtë e mi dhe gjithë të tjerët.

Pranë vdekjes:

Në qoftë se mjeku im dhe një profesionist tjetër i kujdesit shëndetësor së bashku vendosin se ka gjasa që unë do të vdes brenda një periudhe të shkurtër kohe dhe trajtimi për mbështetjen e jetës thjesht do ta vonojë momentin e vdekjes time (zgjidhni njërin nga të mëposhtmet):

- Dua që të më jepet trajtim për mbështetjen e jetës.**
I want to have life-support treatment.
- Nuk dua që të më jepet trajtim për mbështetjen e jetës. Në qoftë se e kanë filluar atë, dua që ta ndërpresin.**
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Dua që të më jepet trajtim për mbështetjen e jetës në qoftë se mjeku im mendon se kjo gjë mund të më ndihmojë. Por unë dua që mjeku im ta ndërpresë dhënien e trajtimit për mbështetjen e jetës në qoftë se nuk po e ndihmon gjendjen time shëndetësore apo simptomat e mia.**
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

What “Life-Support Treatment” Means To Me

Life-support treatment means any medical procedure, device or medication to keep me alive. Life-support treatment includes: medical devices put in me to help me breathe; food and water supplied by medical device (tube feeding); cardiopulmonary resuscitation (CPR); major surgery; blood transfusions; dialysis; antibiotics; and anything else meant to keep me alive. If I wish to limit the meaning of life-support treatment because of my religious or personal beliefs, I write this limitation in the space below. I do this to make very clear what I want and under what conditions.

Here is the kind of medical treatment that I want or don't want in the four situations listed below. I want my Health Care Agent, my family, my doctors and other health care providers, my friends and all others to know these directions.

Close to death:

If my doctor and another health care professional both decide that I am likely to die within a short period of time, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Në koma dhe nuk parashikohet të dal prej saj ose të përmirësohem:

Në qoftë se mjeku im dhe një profesionist tjetër i kujdesit shëndetësor së bashku vendosin se unë jam në koma nga e cila nuk pritet që të zgjohem ose përmirësohem, kam dëm në tru dhe trajtimi për mbështetjen e jetës vetëm se do ta vonojë momentin e vdekjes (zgjidhni *njërën* nga të më mëposhtmet):

- Dua që të më jepet trajtim për mbështetjen e jetës.**
I want to have life-support treatment.
- Nuk dua që të më jepet trajtim për mbështetjen e jetës. Në qoftë se e kanë filluar atë, dua që ta ndërpresin.**
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Dua që të më jepet trajtim për mbështetjen e jetës në qoftë se mjeku im mendon se kjo gjë mund të më ndihmojë. Por unë dua që mjeku im ta ndërpresë dhënien e trajtimit për mbështetjen e jetës në qoftë se nuk po e ndihmon gjendjen time shëndetësore apo simptomat e mia.**
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

Dëmtim serioz dhe i përhershëm në tru dhe nuk parashikohet që të përmirësohem:

Në qoftë se mjeku im dhe një profesionist tjetër i kujdesit shëndetësor së bashku vendosin se unë kam dëmtim serioz dhe të përhershëm në tru (për shembull, unë mund t'i hap sytë por nuk mund të flas apo kuptoj) dhe nuk pritet që të bëhem më mirë dhe trajtimi për mbështetjen e jetës vetëm se do ta vonojë momentin e vdekjes time (zgjidhni *njërën* nga të mëposhtmet):

- Dua që të më jepet trajtim për mbështetjen e jetës.**
I want to have life-support treatment.
- Nuk dua që të më jepet trajtim për mbështetjen e jetës. Në qoftë se e kanë filluar atë, dua që ta ndërpresin.**
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Dua që të më jepet trajtim për mbështetjen e jetës në qoftë se mjeku im mendon se kjo gjë mund të më ndihmojë. Por unë dua që mjeku im ta ndërpresë dhënien e trajtimit për mbështetjen e jetës në qoftë se nuk po e ndihmon gjendjen time shëndetësore apo simptomat e mia.**
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

In A Coma And Not Expected To Wake Up Or Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I am in a coma from which I am not expected to wake up or recover, and I have brain damage, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I have permanent and severe brain damage, (for example, I can open my eyes, but I can not speak or understand) and I am not expected to get better, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Një gjendje tjetër në të cilën nuk dëshiroj që të mbahem gjallë:

Në qoftë se ekziston një gjendje tjetër në të cilën nuk dëshiroj të më jepet trajtim për mbështetjen e jetës, atë e përshkruaj më poshtë. Në këtë gjendje, mendoj se kostoja dhe barra e trajtimit për mbështetjen e jetës janë të mëdha dhe nuk ia vlejné për përfitimet që do të marr. Prandaj, në këtë gjendje, nuk dua të më jepet trajtim për mbështetjen e jetës. (Për shembull, ju mund të shkruani “gjendje në fazën e fundit”. Kjo do të thotë se shëndeti juaj është keqësuar. Ju nuk jeni në gjendje të kujdeseni në asnjë farë mënyre për veten tuaj nga ana mendore apo fizike. Trajtimi për mbështetjen e jetës nuk do t’ju ndihmojë që të përmirësoheni. Lutemi lëreni vendin bosh në qoftë se nuk keni ndonjë gjendje tjetër që doni të përshkruani.)

In Another Condition Under Which I Do Not Wish To Be Kept Alive:

If there is another condition under which I do not wish to have life-support treatment, I describe it below. In this condition, I believe that the costs and burdens of life-support treatment are too much and not worth the benefits to me. Therefore, in this condition, I do not want life-support treatment. (For example, you may write “end-stage condition.” That means that your health has gotten worse. You are not able to take care of yourself in any way, mentally or physically. Life-support treatment will not help you recover. Please leave the space blank if you have no other condition to describe.)

Tri dëshirat që vijojnë kanë të bëjnë me dëshirat e mia personale, shpirtërore dhe emocionale. Ato kanë rëndësi për mua. Dua të trajtohem me dinjitet pranë fundit të jetës sime, prandaj dua që njerëzit të bëjnë gjërat e shkruara në dëshirat 3, 4 dhe 5 aty ku të jetë e mundur. E kuptoj që familja ime, mjekët e mi dhe institucionet e tjera të kujdesit shëndetësor, miqtë e mi dhe të tjerët mund të mos jenë në gjendje t’i bëjnë këto gjëra ose nuk u kërkohet me ligj që t’i bëjnë këto gjëra. Unë nuk pres që dëshirat e mëposhtme t’i ngarkojnë mjekët e mi ose institucionet e tjera të kujdesit shëndetësor me detyra ligjore të reja apo shtesë. Gjithashtu nuk pres që këto dëshira të justifikojnë mjekun tim ose institucionet e tjera të kujdesit shëndetësor për të mos më dhënë kujdesin e duhur sipas ligjit.

The next three wishes deal with my personal, spiritual and emotional wishes. They are important to me. I want to be treated with dignity near the end of my life, so I would like people to do the things written in Wishes 3, 4, and 5 when they can be done. I understand that my family, my doctors and other health care providers, my friends, and others may not be able to do these things or are not required by law to do these things. I do not expect the following wishes to place new or added legal duties on my doctors or other health care providers. I also do not expect these wishes to excuse my doctor or other health care providers from giving me the proper care asked for by law.

DËSHIRA 3 — WISH 3

Dëshira ime në lidhje me sa rehat dua të jem.

My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(Lutemi i vini kryq çfarëdolloj gjëje me të cilën nuk bini dakord.) (Please cross out anything that you don't agree with.)

- Unë nuk dua që të kem dhimbje. Dua që mjeku im të më japë ilaçe të mjaftueshme për uljen e dhimbjes edhe në qoftë se kjo do të thotë se do të jem i përgjumur ose do të fle më shumë se zakonisht.
- Në qoftë se jap shenja depresioni, të përzierash, marrje fryme ose halucinacione, dua që personat që po kujdesen për mua të bëjnë ç'të munden për të më ndihmuar.
- Dëshiroj që të më vihet në kokë një kompresë e lagur e ftohtë në qoftë se kam temperaturë.
- Dua që buzët dhe goja të më mbahen të lagura për të mos lejuar tharjen e tyre.
- Dëshiroj që të më bëhet banjë me ujë të ngrohtë shpesh. Dëshiroj që të mbahem i pastër dhe i freskuar gjatë gjithë kohës.
- Dëshiroj që të më bëhet masazh me vajra të ngrohtë sa më shpesh që të jetë e mundur.
- Dëshiroj që të dëgjoj muzikën time më të preferuar kurdo që të jetë e mundur derisa të më vijë koha e vdekjes.
- Dëshiroj që të më bëhet shërbim personal si për shembull rruajtja, prerja e thonjve, krehja e flokëve dhe larja e dhëmbëve për sa kohë që këto nuk më shkaktojnë dhimbje ose siklet.
- Dëshiroj që të më lexohen me zë të lartë shkrime fetare dhe poezi të preferuara kur të jem pranë vdekjes.
- Dëshiroj të njihem me mundësitë që ofrohen për kujdesin mjekësor, emocional dhe shpirtëror në prag të vdekjes për mua dashurit e mi.
- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my caregivers to do whatever they can to help me.
- I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever.
- I want my lips and mouth kept moist to stop dryness.
- I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times.
- I wish to be massaged with warm oils as often as I can be.
- I wish to have my favorite music played when possible until my time of death.
- I wish to have personal care like shaving, nail clipping, hair brushing, and teeth brushing, as long as they do not cause me pain or discomfort.
- I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death.
- I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones.

DËSHIRA 4 — WISH 4

Dëshira ime në lidhje me mënyrën se si dua që të më trajtojnë njerëzit.

My Wish For How I Want People To Treat Me.

(Lutemi i vini kryq çfarëdolloj gjëje me të cilën nuk bini dakord.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Dëshiroj që të më qëndrojnë njerëz pranë kur të jetë e mundur. Dua që të rrijë dikush me mua kur duket se vdekja mund të vijë nga momenti në moment. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time. |
| <ul style="list-style-type: none">• Dëshiroj që të më shtrëngojnë dorën dhe të më flasin kur të jetë e mundur, edhe sikur të duket sikur unë nuk po reagoj ndaj zërit apo prekjës nga të tjerët. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others. |
| <ul style="list-style-type: none">• Dëshiroj që të tjerët të qëndrojnë pranë meje duke u lutur për mua kur të jetë e mundur. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have others by my side praying for me when possible. |
| <ul style="list-style-type: none">• Dëshiroj që të lajmërohen anëtarët e komunitetit tim fetar se unë jam i sëmurë dhe t'u kërkohet që të lutën për mua dhe të më vijnë për vizitë. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me. |
| <ul style="list-style-type: none">• Dëshiroj që kujdesi ndaj meje të bëhet me mirësi dhe gëzim e jo me trishtim. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness. |
| <ul style="list-style-type: none">• Dëshiroj që të kem fotografi të të dashurve të mi në dhomë pranë shtratit tim. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed. |
| <ul style="list-style-type: none">• Në qoftë se nuk jam në gjendje të kontrolloj jashtëqitjen dhe urinën, dëshiroj që rrobat e mia dhe çarçafët të mbahen të pastër dhe të ndërrohen sa më shpejt që të jetë e mundur në qoftë se janë bërë pis. | <ul style="list-style-type: none">• If I am not able to control my bowel or bladder functions, I wish for my clothes and bed linens to be kept clean, and for them to be changed as soon as they can be if they have been soiled. |
| <ul style="list-style-type: none">• Dua të vdes në shtëpinë time nëse është e mundur. | <ul style="list-style-type: none">• I want to die in my home, if that can be done. |

DËSHIRA 5 — WISH 5

Dëshira ime në lidhje me atë që dua të dinë të dashurit e mi.

My Wish For What I Want My Loved Ones To Know.

(Lutemi i vini kryq çfarëdolloj gjëje me të cilën nuk bini dakord.) (Please cross out anything that you don't agree with.)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Dëshiroj që familja dhe miqtë e mi ta dinë se i dua. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my family and friends know that I love them. |
| <ul style="list-style-type: none">• Dëshiroj të më falen ato raste kur e kam lënduar familjen time, miqtë dhe të tjerët. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others. |
| <ul style="list-style-type: none">• Dëshiroj që familja ime, miqtë dhe të tjerët ta dinë se unë i kam falur për ato raste kur mund të më kenë lënduar në jetën time. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life. |
| <ul style="list-style-type: none">• Dëshiroj që familja dhe miqtë e mi ta dinë se nuk kam frikë nga vdekja. Mendoj se ajo nuk është fundi por një fillim i ri për mua. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends to know that I do not fear death itself. I think it is not the end, but a new beginning for me. |
| <ul style="list-style-type: none">• Dëshiroj që të gjithë pjesëtarët e familjes time të pajtohen me njëri-tjetrin përpara vdekjes time, në qoftë se munden. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can. |
| <ul style="list-style-type: none">• Dëshiroj që familja dhe miqtë e mi të mendojnë për mua se si isha përpara se të sëmuresha rëndë. Dua që mbas vdekjes të më kujtojnë si atëherë. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends to think about what I was like before I became seriously ill. I want them to remember me in this way after my death. |
| <ul style="list-style-type: none">• Dëshiroj që familja, miqtë dhe kujdestarët e mi të respektojnë dëshirat e mia edhe sikur të mos bien dakord me to. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them. |
| <ul style="list-style-type: none">• Dëshiroj që familja dhe miqtë e mi ta shikojnë procesin e vdekjes time si një periudhë për zhvillim personal për secilin duke më përfshirë dhe mua. Kjo do të më ndihmojë që të jetoj një jetë kuptimplote gjatë ditëve të mia të fundit. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends to look at my dying as a time of personal growth for everyone, including me. This will help me live a meaningful life in my final days. |

- Dëshiroj që familja dhe miqtë e mi të marrin këshillime në qoftë se e kanë të vështirë vdekjen time. Dua që kujtimet e jetës time t'u japin atyre gëzim dhe jo hidhërim.

- I wish for my family and friends to get counseling if they have trouble with my death. I want memories of my life to give them joy and not sorrow.

- Pas vdekjes time, dua që trupi im (shënoni me rreth një): të varroset ose të kremohet.

- After my death, I would like my body to be (circle one): buried or cremated.

- Trupi ose çka mbetur prej meje duhet vënë në vendin e mëposhtëm

- My body or remains should be put in the following location

_____.

_____.

- Personi i mëposhtëm i di dëshirat e mia në lidhje me funeralin:

- The following person knows my funeral wishes:

_____.

_____.

Në qoftë se ndokush pyet se si desha që të më kujtojnë të tjerët, lutem thoni sa më poshtë për mua:
If anyone asks how I want to be remembered, please say the following about me:

Në qoftë se do të kryhet një ceremoni përkujtimore për mua, dëshiroj që kjo ceremoni të përfshijë sa më poshtë vijon (shënoni muzikën, këngët, pjesët për lexim ose kërkesa të tjera specifike që keni):

If there is to be a memorial service for me, I wish for this service to include the following (list music, songs, readings or other specific requests that you have):

(Lutemi përdoreni pjesën e mëposhtme për çfarëdolloj dëshire tjetër. Për shembull, ju mund të dëshironi të dhuroni një ose të gjitha pjesët e trupit tuaj kur të vdisni. Lutemi bashkangjisni një fletë tjetër shtesë në qoftë se keni nevojë për më tepër vend.)

(Please use the space below for any other wishes. For example, you may want to donate any or all parts of your body when you die. Please attach a separate sheet of paper if you need more space.)

Nënshkrimi i formularit “Pesë dëshirat”

Lutemi sigurohuni që ta nënshkruani formularin “Pesë dëshirat” në praninë e të dy dëshmitarëve.

Unë, _____, kërkoj që familja ime, mjekët e mi dhe institucionet e tjera të kujdesit shëndetësor, miqtë e mi dhe gjithë të tjerët, të plotësojnë të gjitha dëshirat e mia sipas komunikimit të bërë nga agjenti im i kujdesit shëndetësor (në qoftë se e kam një të tillë dhe në qoftë se ai ose ajo është i disponueshëm), ose siç mund të jetë shprehur ndryshe në këtë formular. Ky formular hyn në fuqi kur unë të mos jem në gjendje të marr vendime apo flas në emrin tim. Në qoftë se ndonjë pjesë e këtij formulari nuk mund të zbatohet ligjërisht, kërkoj që të gjitha pjesët e tjera të këtij formulari të zbatohen. Gjithashtu anulohet çdo direktivë paraprake për kujdesin shëndetësor që kam dhënë më përpara.

Nënshkrimi Signature: _____

Adresa Address: _____

Telefoni Phone: _____ Data Date: _____

Deklarata e dëshmitarit • (nevojiten 2 dëshmitarë):

Unë, dëshmitari, deklaroj se personin i cili nënshkroi ose miratoi këtë formular (këtej e tutje i referuar si “personi”) e njoh personalisht, se ai/ajo e nënshkroi ose miratoi këtë [agjentin e kujdesit shëndetësor dhe/ose formularin (formularët) e testamentit të jetës] në praninë time dhe se ai/ajo duket se është në gjendje të shëndoshë mendore dhe nuk është nën presion, i mashtruar ose nën ndikim të madh.

Gjithashtu deklaroj se jam mbi moshën 18 vjeç dhe se NUK jam:

- Individit që jam caktuar si (agjent/prokurator/zëvendësues/përkrahës i pacientit/përfaqësues) nga ky dokument ose trashëgimtari i tij/saj,
- Institucioni i kujdesit shëndetësor të personit, përfshi këtu pronarin ose drejtuesin e një institucioni të kujdesit shëndetësor, kujdesit afatgjatë ose ndonjë institucioni tjetër të kujdesit banesor ose të komunitetit që i shërben personit,
- Punonjës i institucionit të kujdesit shëndetësor të personit,
- Përgjegjës nga ana financiare për kujdesin shëndetësor të personit,
- Punonjës i një institucioni sigurimi të personit për jetën ose shëndetin,
- I lidhur me personin nëpërmjet gjakut, martesës ose adoptimit dhe,
- Me sa di unë, kreditor i personit ose përfitues i ndonjë pjese të pasurisë së tij/saj në bazë të ndonjë testamenti ose shtojce, sipas ligjit.

(Disa shtete mund të kenë më pak rregulla në lidhje me se kush mund të jetë dëshmitar. Përveç rastit kur i dini rregullat e shtetit tuaj, lutemi ndiqni udhëzimet e mësipërme.)

Signing The Five Wishes Form

Please make sure you sign your Five Wishes form in the presence of the two witnesses.

I, _____, ask that my family, my doctors, and other health care providers, my friends, and all others, follow my wishes as communicated by my Health Care Agent (if I have one and he or she is available), or as otherwise expressed in this form. This form becomes valid when I am unable to make decisions or speak for myself. If any part of this form cannot be legally followed, I ask that all other parts of this form be followed. I also revoke any health care advance directives I have made before.

Witness Statement • (2 witnesses needed):

I, the witness, declare that the person who signed or acknowledged this form (hereafter “person”) is personally known to me, that he/she signed or acknowledged this [Health Care Agent and/or Living Will form(s)] in my presence, and that he/she appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

I also declare that I am over 18 years of age and am NOT:

- The individual appointed as (agent/proxy/surrogate/patient advocate/representative) by this document or his/her successor,
- The person’s health care provider, including owner or operator of a health, long-term care, or other residential or community care facility serving the person,
- An employee of the person’s health care provider,
- Financially responsible for the person’s health care,
- An employee of a life or health insurance provider for the person,
- Related to the person by blood, marriage, or adoption, and,
- To the best of my knowledge, a creditor of the person or entitled to any part of his/her estate under a will or codicil, by operation of law.

(Some states may have fewer rules about who may be a witness. Unless you know your state’s rules, please follow the above.)

Nënshkrimi i dëshmitarit nr. 1 *Signature of Witness #1*

Emri i dëshmitarit me shkronja shtypi *Printed Name of Witness*

Adresa *Address*

Telefoni *Phone*

Nënshkrimi i dëshmitarit nr. 2 *Signature of Witness #2*

Emri i dëshmitarit me shkronja shtypi *Printed Name of Witness*

Adresa *Address*

Telefoni *Phone*

Noterizimi • Notarization •

Kjo kërkohet vetëm për banorët e Mizurit, Kerolainës së Veriut, Kerolainës së Jugut dhe Virxhinias Perëndimore
Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia

- Në qoftë se jetoni në Mizuri, vetëm nënshkrimi juaj duhet noterizuar.
- Në qoftë se jetoni në Kerolainën e Veriut, Kerolainën e Jugut ose Virxhinian Perëndimore, duhet të noterizoni nënshkrimin tuaj dhe atë të dëshmitarëve.
- If you live in Missouri, only your signature should be notarized.
- If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.

STATE OF _____

COUNTY OF _____

On this ____ day of _____, 20____, the said _____, _____, and _____, known to me (or satisfactorily proven) to be the person named in the foregoing instrument and witnesses, respectively, personally appeared before me, a Notary Public, within and for the State and County aforesaid, and acknowledged that they freely and voluntarily executed the same for the purposes stated therein.

My Commission Expires: _____

Notary Public

Banorët e Uiskonsën duhet të bashkëngjisin deklaratën e Uiskonsën për “Pesë dëshirat”. Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.

Informacion i mëtejshëm dhe deklarata mund të gjenden te www.agingwithdignity.org.
More information and the notice statement are available at www.agingwithdignity.org.

Të shtruarit në institucione në KALIFORNI, KËNETIKKËT, DELAUERË, XHORXHIA, NJU JORK, DAKOTA E VERIUT, DHE KEROLAINA E JUGUT duhet të ndjekin rregulla të posaçme për dëshmitarët.

Residents of Institutions In CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA AND, VERMONT Must Follow Special Witnessing Rules.

Në qoftë se jetoni në institucione të caktuara (azil, institucion tjetër të liçensuar për kujdes afatgjatë, shtëpi për personat me të meta mendore ose me të meta në zhvillim ose në një institucion të shëndetit mendor) në njërin nga shtetet e shënuara më lart, mund t’ju duhet që të plotësoni “kërkesa të veçanta për dëshmitarët” që formulari “Pesë dëshirat” të jetë i vlefshëm. Për informacion të mëtejshëm, lutemi kontaktoni një punonjës social ose përkrahës të pacientëve në institucionin tuaj.

If you live in certain institutions (a nursing home, other licensed long term care facility, a home for the mentally retarded or developmentally disabled, or a mental health institution) in one of the states listed above, you may have to follow special “witnessing requirements” for your Five Wishes to be valid. For further information, please contact a social worker or patient advocate at your institution.

Çfarë duhet të bëni mbasi të plotësoni formularin “Pesë dëshirat”

- Sigurohuni që ta nënshkruani dhe dëshmoni formularin ashtu siç thuhet në udhëzime. Paskëtaj “Pesë dëshirat” do të jetë i ligjshëm dhe i vlefshëm.
 - Flisni për dëshirat tuaja me agjentin tuaj të kujdesit shëndetësor, pjesëtarët e familjes dhe të tjerë persona që kujdesen për ju. Jepuni atyre kopje të formularit “Pesë dëshirat” të plotësuar.
 - Kopjen origjinale që keni nënshkruar mbajeni në një vend të posaçëm në shtëpinë tuaj. MOS e vendosni në një kasafortë depozitimi. Mbajeni pranë me qëllim që dikush ta gjejë kur t’ju nevojitet.
 - Personave të mëposhtëm u kam dhënë kopje të formularit të plotësuar “Pesë dëshirat”:
- Plotësoni kartën e mëposhtme të xhepit. Mbajeni me vete. Në këtë mënyrë njerëzit do ta dinë se ku e mbani formularin “Pesë dëshirat”.
 - Flisni me mjekun tuaj gjatë vizitës së ardhshme me të. Jepini mjekut një kopje të formularit “Pesë dëshirat”. Sigurohuni që ai ta fusë në dosjen tuaj mjekësore. Sigurohuni që mjeku juaj i kupton dëshirat tuaja dhe është i gatshëm t’i plotësojë ato. Kërkojini atij ose asaj që t’u tregojë mjekëve të tjerë që ju trajtojnë që t’i respektojnë dëshirat tuaja.
 - Në qoftë se shtroheni në spital ose shkoni në azil, merrni me vete një kopje të formularit “Pesë dëshirat”. Kërkoni që të futet në dosjen tuaj mjekësore.
 - I have given the following people copies of my completed Five Wishes:

“Pesë dëshirat” ka si qëllim që t’ju ndihmojë të planifikoni për të ardhmen. Nuk ka si qëllim që t’ju japë këshilla ligjore. Nuk përpiqet që t’u përgjigjet të gjitha pyetjeve për çfarëdolloj gjëje që mund të dalë përpara. Çdo person është ndryshe dhe çdo situatë është ndryshe. Ligjet ndryshojnë herë pas here. Në qoftë se keni një pyetje apo problem specifik, këshillohuni me një profesionist mjekësor ose ligjor.

Five Wishes is meant to help you plan for the future. It is not meant to give you legal advice. It does not try to answer all questions about anything that could come up. Every person is different, and every situation is different. Laws change from time to time. If you have a specific question or problem, talk to a medical or legal professional for advice.

Karta e xhepit për “Pesë dëshirat”

Important Notice to Medical Personnel:
I have a Five Wishes Advance Directive.

Shënim i rëndësishëm për personelin mjekësor: Unë kam një direktivë paraprake “Pesë dëshirat”.

Signature Nënshkrimi

Please consult this document and/or my Health Care Agent in an emergency. My Agent is:

Lutemi konsultoni këtë dokument dhe/ose agjentin tim të kujdesit shëndetësor në rast urgjence. Agjenti im është:

Name Emri i plotë

Address Adresa

City/State/Zip Qyteti/shteti/ zip kod

Phone Telefoni

My primary care physician is:

Mjeku im i përgjithshëm është:

Name Emri i plotë

Address Adresa

City/State/Zip Qyteti/shteti/ zip kod

Phone Telefoni

My document is located at:

Dokumenti im ndodhet në:

Priteni me gërhërë kartën, paloseni dhe mbulojeni me material plastik për ta mbrojtur

Ja se çfarë thonë të tjerët në lidhje me “Pesë dëshirat”:

“Do mbushet viti që kur nëna ime ndërroi jetë. Ne e dinim se çfarë donte ajo sepse ajo kishte testamentin e jetës “Pesë dëshirat”. Kur erdhi momenti i fundit, unë dhe vëllai im nuk patëm asnjë dyshim në lidhje me çfarë duhej të bënim. Mendjen e kishim të qetë.”

Cheryl K.
Longwood, Florida

“Nuk mund të rri pa thënë se më pëlqen shumë broshura “Pesë dëshirat”. Është e qartë, e lehtë për t’u kuptuar dhe nuk përqendrohet në çështjet konkrete të kujdesit mjekësor por në çështjet me rëndësi të vërtetë: kujdesin për njeriun. E kam përdorur për vete dhe për burrin tim.”

Susan W.
Flagstaff, Arizona

“Nuk dua që fëmijëve të mi t’u duhet që të marrin vendimet që unë po marr tani për nënën time. Kurrë nuk e kisha ditur që kishte kaq shumë alternativa mjekësore që mund të merren parasysht. Faleminderit për një formular kaq me ndjenja dhe kujdes. Thjesht mund ta plotësoj dhe ta fus në një dosje për fëmijët e mi.”

Diana W.
Hanover, Illinois

“Pesë dëshirat” u krijua nga “Aging with Dignity”, një organizatë jofitimprurëse që ka si mision të ndihmojë njerëzit të planifikojnë dhe marrin kujdesin që duan në rast sëmundjeje serioze. Përpilimi i “Pesë dëshirat” u bë i mundur nëpërmjet ndihmës financiare nga fondacioni “Robert Wood Johnson”.

Five Wishes was created by Aging with Dignity, a nonprofit organization with a mission to help people plan and receive the care they want in case of a serious illness. Development of Five Wishes was made possible by a grant from The Robert Wood Johnson Foundation.

Aging with Dignity

P.O. Box 1661
Tallahassee, Florida 32302-1661
www.agingwithdignity.org
1-888-594-7437

Përkthimi i “Pesë dëshirat” u bë i mundur nëpërmjet ndihmës së dhënë nga

Translations of Five Wishes made possible through support from



United Health FoundationSM

Shërbimi profesional i përkthimit u krye nga

Professional translation services provided by

Language Services Associates

“Pesë dëshirat” është markë e “Aging with Dignity”. Të gjitha të drejtat janë të rezervuara. Përmbajtja e këtij botimi është material i “Aging with Dignity” i mbrojtur me ligj nga e drejta e autorit. Asnjë pjesë e këtij botimi nuk mund të riprodhohet ose transmetohet në asnjë formë apo mjet, elektronik apo mekanik, përfshi këtu fotokopjimin, inçizimin ose ndonjë sistem tërheqës dhe magazinues informacioni pa miratim me shkrim nga “Aging with Dignity”. Ndërkohë që përmbajtja e këtij dokumenti mbrohet nga ligji për të drejtat e autorit, juve ju lejohet që ta fotokopjoni atë për t’i dhënë një kopje të plotësuar të formularit “Pesë dëshirat” mjekut tuaj, kujdestarit tuaj, agjentit tuaj të kujdesit shëndetësor, pjesëtarëve të familjes ose personave të tjerë të dashur. Të gjitha riprodhimet ose përdorimet e tjera të formularit “Pesë dëshirat” kërkojnë miratim nga “Aging with Dignity”. “Aging with Dignity” dëshiron të falenderojë “Oregon Health Decisions” (Vendimet shëndetësore të Oregonit) për kontributin e dhënë në përpilimin e dëshirës numër dy dhe Kate Callahan, Charles Sabatino dhe Tere Saenz për ndihmën e tyre.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437

Five Wishes is a trademark of Aging with Dignity. All rights reserved. The contents of this publication are copyrighted materials of Aging with Dignity. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without written permission from Aging with Dignity. While the contents of this document are copyrighted, you are permitted to photocopy them to provide a copy of your completed Five Wishes form to your physician, care provider, Health Care Agent, family members, or other loved ones. All other reproductions or uses of Five Wishes require permission from Aging with Dignity. Aging with Dignity wishes to thank Oregon Health Decisions for contributing to the drafting of wish number two, and Kate Callahan, Charles Sabatino, and Tere Saenz for their help.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437