

توجيه مسبق (ولاية أوريغون)
(ADVANCE DIRECTIVE (STATE OF OREGON))

للاطلاع على إرشادات بشأن كيفية إكمال هذا النموذج، يُرجى زيارة الموقع www.ohsu.edu/ADhelp
(For instructions on how to complete this form, go to www.ohsu.edu/ADhelp)

يجوز استخدام هذا النموذج في ولاية أوريغون بغرض اختيار شخص لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك إذا أصبحت مريضاً جداً لدرجة لا تسمح لك أن تتحدث بنفسك. وهذا الشخص يُطلق عليه اسم ممثل الرعاية الصحية. إذا لم تكن لديك وثيقة تعيين سارية لممثل الرعاية الصحية الخاص بك، ثم أصبحت مريضاً جداً لدرجة لا تسمح لك بالتحدث عن نفسك، فسيتم تعيين ممثل لك في رعايتك الصحية بنفس ترتيب الأولوية المنصوص عليه في المادة 127.635(2) من النظام الأساسي المنقح لولاية أوريغون (ORS).

(This form may be used in Oregon to choose a person to make health care decisions for you if you become too sick to speak for yourself. The person is called a health care representative. If you do not have an effective health care representative appointment and become too sick to speak for yourself, a health care representative will be appointed for you in the order of priority set forth in ORS 127.635(2).)

كما يسمح لك هذا النموذج أيضًا بالتعبير عن قيمك ومعتقداتك فيما يخص قرارات الرعاية الصحية وكذلك تفضيلاتك بالنسبة للرعاية الصحية. (This form also allows you to express your values and beliefs with respect to health care decisions and your preferences for health care.)

- إذا كنت قد أكملت توجيهًا مسبقًا في الماضي، فإن هذا التوجيه المُسبق الجديد سيحل محل أي توجيه أقدم منه.
(If you have completed an advance directive in the past, this new advance directive will replace any older directive.)
- يجب عليك التوقيع على هذا النموذج حتى يصبح ساريًا وفعالاً. يجب أن يكون لديك أيضًا شاهدان اثنان أو أن توثقه على يد كاتب عدل. لا يعتبر تعيينك لممثل الرعاية الصحية ساريًا إلا بعد قبول ممثل الرعاية الصحية لهذا التعيين. (You must sign this form for it to be effective. You must also have it witnessed by two witnesses or a notary. Your appointment of a health care representative is not effective until the health care representative accepts the appointment)
- إذا كان توجيهك المسبق يتضمن توجيهات فيما يخص سحب دعم الحياة أو التغذية عن طريق الأنابيب، فيحق لك إلغاء توجيهك المسبق في أي وقت وبأي طريقة يُستدل منها على رغبتك في إلغائه.
(If your advance directive includes directions regarding the withdrawal of life support or tube feeding, you may revoke your advance directive at any time and in any manner that expresses your desire to revoke it.)
- وفي جميع الحالات الأخرى، يحق لك إلغاء توجيهك المسبق في أي وقت وبأي طريقة ما دمت قادرًا على اتخاذ القرارات الطبية بنفسك.
(In all other cases, you may revoke your advance directive at any time and in any manner as long as you are capable of making medical decisions.)

1. بياناتي الشخصية. (About Me)

_____ (Date of Birth) لايلم خريباتد _____ (Name) الاسم

أرقام الهاتف (المنزل) (Telephone numbers (Home))

_____ (المحمول) (Cell) _____ (المعاد) (Work)

نوع الاعمال (Address)

ورتنكيد الإلر البني (E-mail)

2. ممثل الرعاية الصحية الخاص بي (My Health Care Representative)

أقر بأنني أختار الشخص التالي ليكون ممثل الرعاية الصحية الخاص بي من أجل اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني إذا أصبحت غير قادر على التحدث عن نفسي.

(I choose the following person as my health care representative to make health care decisions for me if I can't speak for myself.)

الاسم (Name) _____
الصلة بالمريض (Relationship) _____
أرقام الهاتف (المنازل) (Telephone numbers (Home)) _____
(للمعالم) (Work) _____
(المحمول) (Cell) _____
نوع العال (Address) _____
ورتيكيد الالبرالبيني (E-mail) _____

أقر هنا باختيارتي للأشخاص التاليين ليكونوا ممثلي الرعاية الصحية البديلين في حال إذا كان الشخص الذي اخترته أولاً غير متاح لاتخاذ القرارات المتعلقة برعايتي الصحية نيابة عني أو في حالة إلغائي لتعيين ممثل الرعاية الصحية الأول الخاص بي.

(I choose the following people to be my alternate health care representatives if my first choice is not available to make health care decisions for me or if I cancel the first health care representative's appointment.)

البديل الأول لممثل الرعاية الصحية (FIRST ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

الاسم (Name) _____
الصلة بالمريض (Relationship) _____
أرقام الهاتف (المنازل) (Telephone numbers (Home)) _____
(للمعالم) (Work) _____
(المحمول) (Cell) _____
نوع العال (Address) _____
ورتيكيد الالبرالبيني (E-mail) _____

البديل الثاني لممثل الرعاية الصحية (SECOND ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

الاسم (Name) _____
الصلة بالمريض (Relationship) _____
أرقام الهاتف (المنازل) (Telephone numbers (Home)) _____
(للمعالم) (Work) _____
(المحمول) (Cell) _____
نوع العال (Address) _____
ورتيكيد الالبرالبيني (E-mail) _____

3. تعليمات لممثل الرعاية الصحية الخاص بي

(Instructions to my Health Care Representative)

إذا كنت ترغب في إعطاء تعليمات لممثل الرعاية الصحية الخاص بك فيما يتعلق بقرارات الرعاية الصحية الخاصة بك، فاكتب الأحرف الأولى من اسمك على الإقرارات الثلاثة التالية:

(If you wish to give instructions to your health care representative about your health care decisions, initial on of the following three statements:)

_____ يجب على ممثل الرعاية الصحية الخاص بي أن يتبع تعليماتي بالقدر المناسب والمقبول.

(To the extent appropriate, my health care representative must follow my instructions.)

_____ وتعتبر تعليماتي بمثابة إرشادات لممثل الرعاية الصحية الخاص بي حتى يضعها في الاعتبار عند اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتي.

(My instructions are guidelines for my health care representative to consider when making decisions about my care.)

_____ تعليمات أخرى (Other instructions)

4. تعليمات بخصوص رعايتي في مرحلة الاحتضار

(Directions Regarding My End of Life Care)

عند تعبئة هذه التوجيهات، نرجو أن تضع في اعتبارك ما يلي: (In filling out these directions, keep the following in mind:)

- أن مصطلح «إذا كان مقدم الرعاية الصحية الخاص بي يوصي بذلك» يُقصد به أنك ترغب في استخدام مقدم رعايتك الصحية لدعم الحياة إذا كان مقدم الرعاية الصحية الخاص بك يعتقد أن هذا قد يكون مفيداً، وأنت ترغب في أن يسحب مقدم الرعاية الصحية دعم الحياة عنك إذا كان مقدم الرعاية الصحية يعتقد أن هذا لن يساعد في حالتك الصحية أو أعراضها.

(The term “as my health care provider recommends” means that you want your health care provider to use life support if your health care provider believes it could be helpful, and that you want your health care provider to discontinue life support if your health care provider believes it is not helping your health condition or symptoms.)

- ويُقصد بمصطلح «دعم الحياة» أي علاج طبي يحافظ على إبقائك على قيد الحياة من خلال الحفاظ على إحدى الوظائف الحيوية أو استعادتها أو استبدالها. (The term “life support” means any medical treatment that maintains life by sustaining, restoring or replacing a vital function.)

- ويُقصد بمصطلح «التغذية عن طريق الأنبوب» إعطاء الغذاء والماء بوسائل اصطناعية. (The term “tube feeding” means artificially administered food and water.)

- إذا رفضت التغذية عن طريق الأنبوب، فينبغي أن تفهم بأن هذا الرفض قد يؤدي -على الأرجح- إلى سوء التغذية والجفاف والوفاة. (If you refuse tube feeding, you should understand that malnutrition, dehydration and death will probably result.)

- وسوف تحصل على الرعاية من أجل تحقيق راحتك ونظافتك، بغض النظر عن الخيارات التي تحددها. (You will receive care for your comfort and cleanliness no matter what choices you make.)

أ. إقرار بخصوص الرعاية في مرحلة الاحتضار. يمكنك كتابة الأحرف الأولى من اسمك على الإقرار الوارد أدناه إذا كنت توافق عليه. إذا كتبت الأحرف الأولى من اسمك على الإقرار، فيحق لك -على سبيل الاختيار وليس الإلزام- أن تُدرج حالة واحدة أو أكثر لا ترغب بها في الحصول على دعم الحياة. (Statement Regarding End of Life Care. You may initial the statement below if you agree with it. If you initial the statement you may, but you do not have to, list one or more conditions for which you do not want to receive life support.)

أنا لا أرغب في إطالة فترة حياتي من خلال دعم الحياة. أنا لا أرغب أيضاً في الحصول على التغذية عن طريق الأنبوب باعتبارها طريقة لدعم الحياة. أرغب في أن يسمح مقدم الرعاية الصحية لي بأن أتوفى بشكل طبيعي إذا كان مقدم الرعاية الصحية الخاص بي، ومعه مقدم رعاية صحية آخر واسع الاطلاع، يؤكدان أنني في أي من الحالات الطبية المذكورة أدناه.

(I do not want my life to be prolonged by life support. I also do not want tube feeding as life support. I want my health care provider to allow me to die naturally if my health care provider and another knowledgeable health care provider confirm I am in any of the medical conditions listed below.)

ب. تعليمات إضافية بخصوص الرعاية في مرحلة الاحتضار. هذه هي رغباتي المتعلقة برعايتي الصحية إذا أكد مقدم الرعاية الصحية الخاص بي، ومع مقدم رعاية صحية آخر واسع الاطلاع، أنني في حالة طبية من تلك الموضحة أدناه:

(Additional Directions Regarding End of Life Care. Here are my desires about my health care if my health care provider and another knowledgeable health care provider confirm that I am in a medical condition described below:)

أ. على وشك الوفاة. إذا كنت على وشك الوفاة، وكان دعم الحياة سيؤجل فقط لحظة وفاتي:
(Close to Death. If I am close to death and life support would only postpone that moment of my death:)

الخيار الأولي: (INITIAL ONE:)

أرغب في الحصول على التغذية عن طريق الأنبوب. (I want to receive tube feeding.)

أرغب في الحصول على التغذية عن طريق الأنبوب فقط إذا كان مقدم الرعاية الصحية الخاص بي يوصي بذلك.
(I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

لا أرغب في الحصول على التغذية عن طريق الأنبوب. (I DO NOT WANT tube feeding.)

الخيار الأولي: (INITIAL ONE:)

أرغب في الحصول على أي دعم آخر للحياة قد يكون قابلاً للتطبيق. (I want any other life support that may apply.)

أرغب في الحصول على دعم الحياة فقط إذا كان مقدم الرعاية الصحية الخاص بي يوصي بذلك.
(I want life support only as my health care provider recommends.)

لا أرغب في الحصول على دعم الحياة. (I DO NOT WANT life support.)

ب. فقدان الوعي بشكل دائم. إذا كنت فاقداً للوعي وكان من المُستبعد جداً أن أُستعيد وعيي مرة أخرى:

(Permanently Unconscious. If I am unconscious and it is very unlikely that I will ever become conscious again:)

الخيار الأولي: (INITIAL ONE:)

أرغب في الحصول على التغذية عن طريق الأنبيب. (I want to receive tube feeding.)

أرغب في الحصول على التغذية عن طريق الأنبيب فقط إذا كان مقدم الرعاية الصحية الخاص بي يوصي بذلك.

(I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

لا أرغب في الحصول على التغذية عن طريق الأنبيب. (I DO NOT WANT tube feeding.)

الخيار الأولي: (INITIAL ONE:)

أرغب في الحصول على أي دعم آخر للحياة قد يكون قابلاً للتطبيق. (I want any other life support that may apply.)

أرغب في الحصول على دعم الحياة فقط إذا كان مقدم الرعاية الصحية الخاص بي يوصي بذلك.

(I want life support only as my health care provider recommends.)

لا أرغب في الحصول على دعم الحياة. (I DO NOT WANT life support.)

ج. في مرحلة متأخرة من المرض المتصاعد. إذا كنت أعاني من مرحلة متأخرة من مرض متصاعد سيؤدي إلى الوفاة، وكنت غير قادر بشكل مستمر ودائم على التواصل بأي شكل من الأشكال وعلى ابتلاع الطعام والمياه بشكل آمن وعلى رعاية نفسي وعلى التعرف على أفراد أسرتي وغيرهم، وكان من المُستبعد جداً أن تتحسن حالتي بشكل ملموس:

(Advanced Progressive Illness. If I have a progressive illness that will be fatal and is in an advanced stage, and I am consistently and permanently unable to communicate by any means, swallow food and water safely, care for myself and recognize my family and other people, and it is very unlikely that my condition will substantially (improve:)

الخيار الأولي: (INITIAL ONE:)

أرغب في الحصول على التغذية عن طريق الأنبيب. (I want to receive tube feeding.)

أرغب في الحصول على التغذية عن طريق الأنبيب فقط إذا كان مقدم الرعاية الصحية الخاص بي يوصي بذلك.

(I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

لا أرغب في الحصول على التغذية عن طريق الأنبيب. (I DO NOT WANT tube feeding.)

الخيار الأولي: (INITIAL ONE:)

أرغب في الحصول على أي دعم آخر للحياة قد يكون قابلاً للتطبيق. (I want any other life support that may apply.)

أرغب في الحصول على دعم الحياة فقط إذا كان مقدم الرعاية الصحية الخاص بي يوصي بذلك.

(I want life support only as my health care provider recommends.)

لا أرغب في الحصول على دعم الحياة. (I DO NOT WANT life support.)

د. المعاناة الشديدة. إذا لم يكن دعم الحياة سيساعد في حالتي الطبية وكان سيجعلني أعاني بشكل دائم وأتألم بشدة:

(Extraordinary Suffering. If life support would not help my medical condition and would make me suffer permanent and severe pain:)

الخيار الأولي: (INITIAL ONE:)

أرغب في الحصول على التغذية عن طريق الأنبوب. (I want to receive tube feeding.)

أرغب في الحصول على التغذية عن طريق الأنبوب فقط إذا كان مقدم الرعاية الصحية الخاص بي يوصي بذلك.
(I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

لا أرغب في الحصول على التغذية عن طريق الأنبوب. (I DO NOT WANT tube feeding.)

الخيار الأولي: (INITIAL ONE:)

أرغب في الحصول على أي دعم آخر للحياة قد يكون قابلاً للتطبيق. (I want any other life support that may apply.)

أرغب في الحصول على دعم الحياة فقط إذا كان مقدم الرعاية الصحية الخاص بي يوصي بذلك.
(I want life support only as my health care provider recommends.)

لا أرغب في الحصول على دعم الحياة. (I DO NOT WANT life support.)

ج. تعليمات إضافية يمكنك أن ترفق مع هذا المستند أي إقرار مكتوب أو تسجيل لقيمك ومعتقداتك المتعلقة بقرارات الرعاية الصحية. وستكون هذه المرفقات بمثابة إرشادات لمقدمي الرعاية الصحية. وقد تشتمل المرفقات على ما ترغب في حدوثه إذا كنت على وشك الوفاة، أو إذا كنت فاقداً للوعي بشكل دائم، أو إذا كنت في مرحلة متأخرة من مرض متدرج، أو إذا كنت تعاني من ألم دائم وشديد.

(Additional Instructions. You may attach to this document any writing or recording of your values and beliefs related to health care decisions. These attachments will serve as guidelines for health care providers. Attachments may include a description of what you would like to happen if you are close to death, if you are permanently unconscious, if you have an advanced progressive illness or if you are suffering permanent and severe pain.)

5. توقيع (My Signature)

توقيع (My signature) التاريخ (Date)

6. الشاهد (Witness)

إكمال (أ) أو (ب) عند التوقيع. (COMPLETE EITHER A OR B WHEN YOU SIGN.)

أ. كاتب العدل (NOTARY)

ولاية (State of) _____

مقاطعة (County of) _____

تم التوقيع أو التصديق أمامي بتاريخ (Signed or attested before me on) _____ ، 2 (2) من قبل (by) _____ .

كاتب العدل - ولاية أوريغون (NOTARY PUBLIC – STATE OF OREGON)

ب. إقرار الشاهدين (WITNESS DECLARATION)

أقر هنا بأن الشخص الذي أكمل هذا النموذج هو شخص أعرفه معرفة شخصية أو شخص قدم لي إثباتاً للهوية؛ وقد وقع بنفسه أو أقر بتوقيع الشخص على المستند في حضوري، ويظهر لي أنه لم يخضع لإكراه وأنه يدرك الغرض من هذا النموذج والأثر المترتب عليه. وعلاوة على هذا، فأنا أقر بأنني لست ممثل الرعاية الصحية الخاص بهذا الشخص أو ممثل الرعاية الصحية البديل الخاص بهذا الشخص، وأني أيضاً لست مقدم الرعاية الصحية المتابع لحالته.

(The person completing this form is personally known to me or has provided proof of identity, has signed or acknowledged the person's signature on the document in my presence and appears to be not under duress and to understand the purpose and effect of this form. In addition, I am not the person's health care representative or alternative health care representative, and I am not the person's attending health care provider.)

اسم الشاهد (بأحرف واضحة) (Witness Name (print)) _____

التوقيع (Signature) _____ التاريخ (Date) _____

اسم الشاهد (بأحرف واضحة) (Witness Name (print)) _____

التوقيع (Signature) _____ التاريخ (Date) _____

7. قبول ممثل الرعاية الصحية الخاص بي

(Acceptance by my Health Care Representative)

أقر بقبولي هذا التعيين وأوافق على أن أكون ممثل الرعاية الصحية.

(I accept this appointment and agree to serve as health care representative.)

ممثل الرعاية الصحية (HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

الاسم بأحرف واضحة (Printed name) _____

التوقيع أو غيره من وسائل إثبات القبول (Signature or other verification of acceptance) _____

التاريخ (Date) _____

البديل الأول لممثل الرعاية الصحية (FIRST ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

الاسم بأحرف واضحة (Printed name) _____

التوقيع أو غيره من وسائل إثبات القبول (Signature or other verification of acceptance) _____

التاريخ (Date) _____

البديل الثاني لممثل الرعاية الصحية (SECOND ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

الاسم بأحرف واضحة (Printed name) _____

التوقيع أو غيره من وسائل إثبات القبول (Signature or other verification of acceptance) _____

التاريخ (Date) _____