

## تعليمات لإكمال توجيهك المسبق

نحن نبذل قصارى جهدنا لتقديم لكم أفضل رعاية صحية ممكنة في OHSU. ولتحقيق هذا الهدف، من المهم بالنسبة لنا أن نعرف مستوى الرعاية التي ترغب في الحصول عليها وأن يكون لدينا وسيلة لتتسرف بتلبية رغباتك. وتتمثل إحدى الطرق اللازمة لضمان قيامنا بهذا الأمر في إكمال التوجيه المسبق. والتوجيه المسبق هو وثيقة تساعدنا على تحقيق رغباتك في الرعاية الصحية حين لا تكون قادرًا على التعبير عنها بنفسك. ونحن نشجع جميع مرضانا على أن يكون لديهم توجيه مسبق، بغض النظر عن حالتهم الصحية أو أعمارهم. وينبغي الاحتفاظ بنسخة من توجيهاتك المسبقة في سجلاتنا الصحية، لأن أي شخص قد يتعرض لإصابة أو مرض غير متوقع في أي وقت.

## كيفية إكمال توجيهك المسبق

### كيفية إكمال نموذج التوجيه المسبق في أوريغون، خطوة بخطوة

#### لا ينطبق التوجيه المسبق على أي من خدمات رعايتك في الوقت الحالي.

وإنما ينطبق فقط على خدمات الرعاية التي قد تختارها أو ترفضها إذا أصبحت مريضًا جدًا لدرجة يتعذر عليك أن تتحدث فيها عن نفسك. وهو مصمم ليتم إكماله أثناء استمتاعك بالقدرة والصحة اللازمين لذلك. ونأمل ألا تكون هناك حاجة إليه لسنوات عديدة قادمة، ومن الممكن ألا توجد أي حاجة إليه أبدًا. ولكن، إذا لزم الأمر وأصبحت هناك حاجة إليه، فستكون مستعدًا.

يعتبر نموذج التوجيه المسبق وثيقة قانونية بموجب قوانين ولاية أوريغون. فإذا كنت تحصل على رعايتك الصحية في ولاية أوريغون، فإن هذا النموذج سيكون صالحًا من الناحية القانونية. أما إذا كنت تتلقى رعايتك الصحية في ولايات أخرى، فقد تُحترم رغباتك الواردة في هذا النموذج، ولكنه قد لا يكون صالحًا من الناحية القانونية في الولايات الأخرى.

يقدم القسم الأول من هذا النموذج وصفًا عامًا للتوجيه المسبق. وهو، باختصار، ينص على:

أ. يحق لك في هذا النموذج تعيين شخص لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك حين لا تكون قادرًا على اتخاذ القرارات بنفسك. وهذا الشخص يُطلق عليه اسم **ممثل الرعاية الصحية**.

ب. إذا لم تقم بتعيين ممثل رعايتك الصحية في هذا النموذج، فسيكون ممثل الرعاية الصحية الخاص بك هو الشخص الأول من القائمة التالية:

(1) الوصي القانوني الخاص بك والمفوض باتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك

(2) زوجك/زوجتك أو شريك/شريكة منزلية مُسجلة

(3) أطفالك البالغون بالأغلبية

(4) والداك

(5) أشقاؤك البالغين بالأغلبية

(6) أحد أقاربك أو أصدقائك البالغين

ج. لن يستخدم ممثل الرعاية الصحية ومقدمو الرعاية الصحية الخاصة بك هذا التوجيه المسبق إلا حين تكون غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك.

د. لا يُصبح هذا التوجيه المسبق ساريًا إلا بعد توقيعك أنت وممثل (ممثلتي) الرعاية الصحية الخاصة بك، وبعد التوقيع عليه من قبل شاهدين اثنين أو بعد التصديق عليه لدى كاتب عدل.

هـ. إذا كنت قد أكملت هذا التوجيه المسبق من قبل، فإن هذا التوجيه المسبق الجديد سيحل محل أي توجيهات قانونية سابقة للرعاية الصحية قد صدرت قبلك، بما في ذلك التوكيلات الرسمية للرعاية الصحية.

و. يمكنك إلغاء هذا التوجيه المسبق أو تغييره في أي وقت.

**1. بياناتي الشخصية. اكتب -بأحرف واضحة- اسمك وتاريخ ميلادك وأرقام هاتفك وعنوانك وعنوان بريدك الإلكتروني.**

**2. ممثل الرعاية الصحية الخاص بي. هذا هو القسم الذي تقوم فيه بتعيين الشخص (أو الأشخاص) الذي سيتخذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك إذا كنت غير قادر على القيام بذلك. سيُطلق على هذا الشخص "ممثل الرعاية الصحية" في هذا النموذج. وقد يُطلق على هذا الشخص أيضًا "وكيل الرعاية الصحية" أو "التوكيل الدائم بالرعاية الصحية" في بعض المستندات.**

وممثل الرعاية الصحية هو الشخص الذي يكون:

أ. مستعدًا لقبول دور صانع قرارات الرعاية الصحية من أجلك

ب. مدركًا لما هو مهم بالنسبة لك

ج. جديرًا بثقتك في احترامه لرغباتك المتعلقة بالرعاية الصحية

د. جديرًا بثقتك في أن يتخذ القرارات الصائبة نيابة عنك في المواقف الصعبة أو الغامضة

## كيفية إكمال توجيهك المسبق

1) حين تختار أحد الأشخاص، اسأل الشخص عما إذا كان مستعداً ليكون ممثل الرعاية الصحية الخاص بك. اكتب -بأحرف واضحة- اسم هذا الشخص وعلاقته بك ورقم هاتفه وعنوانه في المساحات الخالية.

### 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 (المنزل) (Telephone numbers (Home)) \_\_\_\_\_ (العمل) (Work) \_\_\_\_\_ (المحمول) (Cell) \_\_\_\_\_

العنوان (Address) \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني (E-mail) \_\_\_\_\_

2) إذا كنت ترغب في تسمية ممثل رعاية صحية ثانٍ (وثالث)، فاكتب -بأحرف واضحة- اسم ذلك الشخص وعلاقته بك ورقم هاتفه وعنوانه وبريده الإلكتروني في المساحات التالية.

3) ينبغي لأي شخص (أشخاص) حددته أن يكون على علم بأنك قد اخترته ليكون ممثل الرعاية الصحية الخاص بك. ويحتاج هذا الشخص (هؤلاء الأشخاص) إلى التوقيع على القسم 7 من هذا النموذج.

### 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)

4) ونظرًا لأن أفراد العائلة غالبًا ما تكون لديهم آراء مختلفة، فمن المهم أن تحيط عائلتك بأكملها علمًا بالشخص الذي اخترته ليكون ممثل الرعاية الصحية الخاص بك. وبهذا الشكل، سيتفهم الجميع بوضوح من الشخص الذي سيتخذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك في حالة عدم قدرتك على اتخاذها بنفسك.

## كيفية إكمال توجيهك المسبق

### 3. تعليمات لممثل الرعاية الصحية الخاص بك.

قبل تعبئة هذا القسم من التوجيه المسبق، ينبغي أن تطلع بعناية على القسم 4 والذي يحمل عنوان "وجهات بخصوص رعايتي في مرحلة الاحتضار".

القسم 4 هو الجزء الذي يمكنك فيه تحديد ما إذا كنت ترغب في التغذية عن طريق الأنابيب أو دعم الحياة أو كليهما حين تصبح على مشارف نهاية حياتك.

وأنت لست مضطراً لإكمال القسم 4 إذا كنت لا ترغب في اتخاذ هذه الخيارات بصفة مسبقة. ومن حقك أن تختار ترك هذه الخيارات لممثل (ممثل) الرعاية الصحية و/أو مقدمي الرعاية الصحية الخاصة بك.

ومع ذلك، ففي حالة إكمال القسم 4، وحدث أن:

(1) كنت ترغب في إلزام ممثل (ممثل) الرعاية الصحية الخاص بك باتباع تعليماتك، فاكتب الأحرف الأولى من اسمك بجانب الإقرار الأول.

- 2) إذا كنت ترغب في أن يستعين ممثل الرعاية الصحية الخاص بك بتعليماتك المقدمة في القسم 4 باعتبارها دليلاً إرشادياً عند اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك، فاكتب الأحرف الأولى من اسمك بجانب الإقرار الثاني.
- 3) إذا كانت لديك رغبات ترغب في أن يحترمها ممثل الرعاية الصحية الخاص بك، فيمكنك كتابة تعليمات إضافية في المساحة الخالية وكتابة الأحرف الأولى من اسمك في السطر الأخير.

### 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)

---

---

---

---

## كيفية إكمال توجيهك المسبق

**4** وجهات بخصوص رعايتي في مرحلة الاحتضار. في هذا القسم، يمكن التعبير عن نوع الرعاية التي ترغب في الحصول عليها حين تكون غير قادر على التعبير عن اختياراتك وتكون في واحدة من الحالات التالية:

(1) **على وشك الوفاة.** يرغب الكثير من الناس في الحصول على دعم الحياة والتغذية عن طريق الأنابيب إذا كانت لديهم فرصة في التحسن. وهذا ليس ما تعنيه كلمة "على وشك الوفاة" في هذا المستند. يسأل هذا المستند عما إذا كنت ترغب في الحصول على دعم الحياة والتغذية عن طريق الأنابيب من أجل إطالة فترة احتضارك.

(2) **فقدان الوعي بشكل دائم.** إذا كنت فاقداً للوعي بشكل دائم، فهذا يعني أنك لا تعرف أين أنت ولا من معك. ويستفسر هذا المستند عما إذا كنت ترغب في الحصول على دعم الحياة أو التغذية عن طريق الأنابيب من أجل إبقائك على قيد الحياة في هذه الحالة.

(3) **في مرحلة متقدمة من المرض المتصاعد.** وهذا عبارة عن الإصابة بمرض عضال في مراحله المتأخرة. وغالبًا ما تنطوي المرحلة المتأخرة من الأمراض المتصاعدة على انعدام الراحة البدنية وانخفاض حاد في جودة الحياة. ولا يساهم دعم الحياة أو التغذية عن طريق الأنابيب في تحسين الحالة المرضية، وإنما يطيلان مدة بقائك في هذه الحالة فحسب.

(4) **المعاناة الشديدة.** وهذا يشير إلى موقف تعاني فيه من ألم شديد أو انعدام في الراحة، ولا يمكن لأي شيء أن يخفف من معاناتك بشكل ملموس. ويمكن لدعم الحياة أو التغذية عن طريق الأنابيب أن يطيلان مدة بقائك في هذه الحالة، ولكنهما لن يقللا من معاناتك.

**ملاحظة:** تخصص هذه التعليمات للمواقف التي تتعرض فيها لأي من هذه الحالات. وهي لا تنطبق على رعايتك الصحية الحالية.

نصيحة: إذا كنت غير متأكد مما يعنيه دعم الحياة أو التغذية عن طريق الأنابيب، أو الحالات الطبية الموصوفة هنا، فتحدث مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك حول هذا الأمر.



أ. إقرار بخصوص الرعاية في مرحلة الاحتضار. إذا كنت لا ترغب في الحصول على دعم للحياة أو التغذية عن طريق أنابيب في الحالات المذكورة أعلاه، فاكتب الأحرف الأولى من اسمك في المساحة المتوافرة.

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 الإضطرار- 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 أيضًا في الحصول على التغذية عن طريق الأنابيب 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. وجهات إضافية بخصوص الرعاية في مرحلة الاحتضار. من خلال كتابتك للأحرف الأولى من اسمك بجوار اختيارك، يمكنك تحديد ما إذا كنت ترغب أو لا ترغب في الحصول على تغذية عن طريق الأنابيب أو دعم الحياة أو كليهما في أي من الحالات الموصوفة في القسم 4.

الخيار الأولي: (INITIAL ONE:)

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

\_\_\_\_\_ أرغب في الحصول على التغذية عن طريق الأنابيب 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 الأنابيب. (I DO NOT WANT tube feeding.)

الخيار الأولي: (INITIAL ONE:)

\_\_\_\_\_ أرغب في الحصول على أي دعم 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.)

نصيحة: عادة ما يُشير مصطلح "مقدم الرعاية الصحية الخاص بي" (الذي يظهر في الخيار الثاني) إلى القائمين على الرعاية الصحية الذين يعملون في وحدة العناية المركزة أو المستشفى الذي تقيم فيه. وهو لا يشير إلى مقدم الرعاية الصحية الذي يعاين حالتك بانتظام ويعرفك جيدًا. ومن المحتمل ألا يكون مقدمو الرعاية الصحية بالمستشفى على دراية بطريقة

## كيفية إكمال توجيهك المسبق

تفكيرك أو ما هو مهم بالنسبة لك .

**ج. تعليمات إضافية.** إذا كانت لديك أي تعليمات إضافية حول نوع الرعاية التي ترغب في الحصول عليها إذا كنت في حالة معينة، يُرجى كتابتها في القسم ج أو إرفاقها بهذا المستند في صورة إقرار إضافي مكتوب أو تسجيل إضافي يتضمن القيم والمعتقدات التي تؤمن بها.

نصيحة: يصعب التنبؤ بما قد يحدث في المستقبل. وقد يحتاج ممثل الرعاية الصحية الخاص بك إلى اتخاذ قرار لم تحدث عنه من قبل أبدًا. قد تكون في حالة حرجة غير تلك المذكورة أعلاه، والتي قد تتطلب من ممثلك أن يحدد الخيارات نيابة عنك. وفيما يلي أمثلة للإقرارات التي أدرجها مرضى آخرون للمساعدة في توجيه ممثلي الرعاية الصحية الخاصة بهم أثناء اتخاذ القرارات:

### أمثلة:

- "أنا أثق باتخاذ ممثلة الرعاية الصحية الخاصة بي للقرارات التي تشعر بأنها الأفضل بالنسبة لي في ذلك الوقت، حتى لو لم تكن متأكدًا مما كنت سأختاره بنفسه لو كنت قادرًا."
- "أرغب في أن يقوم ممثل الرعاية الخاص بي بما يعتقد أنني أريده، حتى ولو كان ذلك يسبب له عدم ارتياح إلى حد ما."
- "إذا كنت مضطرًا أن تختار بين أن تجعلني في وضع أكثر راحة أو في وضع أكثر يقظة، فأنا أفضل أن أكون في وضع أكثر \_\_\_\_\_."

### 5. توقيع

5. توقيع (My Signature)

توقيع (My signature) \_\_\_\_\_ التاريخ (Date) \_\_\_\_\_

حتى يصبح هذا التوجيه المسبق ساريًا، ستحتاج إلى توقيعه وإضافة التاريخ هنا.

## 6. الشاهد.

حتى يصبح هذا التوجيه المسبق ساريًا، يجب توثيق هذا النموذج لدى كاتب عدل أو التوقيع عليه من قبل شاهدين اثنين.

أ. **كاتب العدل:** إذا اخترت توثيق هذا النموذج، فقم بإحضاره إلى كاتب العدل.

ب. **إقرار الشهود:** إذا اخترت استخدام شاهدين، فاطلب من الشخصين أن يشهدا بأنك قد أكملت هذا التوجيه المسبق ووقعت عليه. ولا يجوز أن يكون أي من الشاهدين هو نفسه ممثل الرعاية الصحية الخاص بك، أو ممثل الرعاية الصحية البديل الخاص بك. ولا يجوز أيضًا أن يكون الشاهد هو نفسه مقدم الرعاية الصحية الذي يتابع حالتك.

أقر هنا بأن الشخص الذي أكمل هذا النموذج هو شخص أعرفه معرفة شخصية أو شخص قدم لي إثباتًا 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 أيضًا 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)

نصيحة: يجب أن تكون على معرفة شخصية بالشاهدين، وإذا لم تكن على معرفة شخصية بهما، فيجب على الأقل أن يكونوا قد اطلعوا على إثبات هويتك. ويجب أن يراك شاهداك أثناء توقيعك على التوجيه المسبق.

## كيفية إكمال توجيهك المسبق

7. قبول ممثل الرعاية الصحية الخاص بي لتعيني (الأشخاص) له. يحتاج الشخص الذي اخترته في القسم 2 أن يفهم الدور المنوط بممثل الرعاية الصحية وأن يوافق عليه.

ناقش تفصيلاتك وتعليماتك مع ممثل الرعاية الصحية الخاص بك. تأكد من أن هذا الشخص يعرف ما هو مهم بالنسبة لك. ثم اطلب منه التوقيع على القسم 7.

تهانينا، الآن أصبحت لديك خطة!

## ما هي خطواتي التالية؟

- ❑ أعط نسخة من توجيهك المسبق إلى جميع أفراد عائلتك الذين يُحتمل ظهورهم عند إصابتك بمرض شديد.
- ❑ تحدث عن توجيهك المسبق مع جميع أفراد عائلتك الذين يُحتمل ظهورهم عند إصابتك بمرض شديد. تأكد من أنهم يعرفون الشخص الذي عينته ليتخذ القرارات الصحية الخاصة بك حين لا تكون قادرًا على اتخاذها بنفسك. إذا لم تقم بتعيين ممثل للرعاية الصحية في التوجيه المسبق، فيرجى التأكد من فهم أفراد عائلتك لرغباتك فيما يخص نوع الرعاية التي ترغب في الحصول عليها حين لا تكون قادرًا على اتخاذ القرارات بنفسك.
- ❑ وفي بعض الأحيان يكون من الصعب التحدث عما يمثل أهمية بالنسبة لك وعن نوع الرعاية التي ترغب في الحصول عليها. للاطلاع على معلومات مفيدة حول إجراء هذا الحوار مع أفراد عائلتك، يُرجى زيارة الموقع **.theconversationproject.org**
- ❑ تأكد من إعطاء نسخة من توجيهك المسبق إلى مقدمي الرعاية الصحية الخاصة بك ومناقشة الرعاية التي ترغب في الحصول عليها. اطلب من مقدم الرعاية الخاص بك تحميل التوجيه المسبق في السجلات الطبية الإلكترونية الخاصة بك.