

## الخطوة رقم 1 : اختر ممثل عنك في الرعاية الصحية.

إذكر اسم شخص تثق به ليقوم بأختيارات الرعاية الصحية لأجلك إذا كنت غير قادر على اتخاذ القرارات الخاصة بك . فكر في الأشخاص الذين في حياتك - عائلتك وأصدقائك. اختر شخص ليكون ممثل الرعاية الصحية الخاص بك. اسأل هذا الشخص إذا كان أو كانت على استعداد للقيام بذلك لأجلك.

### اختر أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء الذي :

### ممثلك في الرعاية الصحية قادر على أن :

- هو 18 عاماً أو أكثر ويعرفك جيداً
- على استعداد للقيام بذلك لأجلك .
- قادر على اتخاذ قرارات صعبة إتماداً على رغباتك
- سوف ينقل المعلومات التي تقوم بتزويدها في هذه الرزمة بشكل فعال لمقدمي الرعاية الصحية وأفراد الأسرة
- يقرر أين ستتلقى الرعاية
- يحدد أو يرفض مقدمي الرعاية الصحية
- يقول نعم / لا للأدوية ، الأختبارات ، العلاجات
- يحدد ما سيحدث لجسمك وأعضائك بعد وفاتك
- يتخذ الإجراءات القانونية اللازمة لتنفيذ رغباتك

**لا يمكن** لممثلك أن يكون طبيبك أو أي شخص يعمل في المستشفى أو العيادة حيث تتلقى الرعاية إلا إذا كان أحد أفراد عائلتك .

أدرج أسم ممثلك في الرعاية الصحية.

### 1) أطلب بأن يقوم هذا الشخص باتخاذ قراراتي الطبية في حالة عدم قدرتي على ذلك :

الاسم الأول	أسم العائلة	الصلة
رقم هاتف البيت / المحمول	رقم هاتف العمل	البريد الإلكتروني
عنوان الشارع	المدينة	الولاية
		الرمز البريدي

إذا لم يتمكن الشخص الأول من اتخاذ قراراتي الطبية ، حينها أرغب في أن يقوم بذلك هذا الشخص الآخر :

الاسم الأول	أسم العائلة	الصلة
رقم هاتف البيت / المحمول	رقم هاتف العمل	البريد الإلكتروني
عنوان الشارع	المدينة	الولاية
		الرمز البريدي

### 2) ضع علامة X بجوار الجملة التي توافق عليها :

سيقوم ممثلي في الرعاية الصحية باتخاذ قرارات بالنيابة عني فقط بعد أن أصبح غير قادر على اتخاذ قراراتي الخاصة بي.  
أو  
سيقوم ممثلي في الرعاية الصحية باتخاذ قرارات بالنيابة عني هذه اللحظة بعد أن أوقع هذه الأستمارة.

هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)	تاريخ الميلاد
هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية ينماشى مع الأقسام المعمول بها من الفصلين 1 و 2 من قرارات الرعاية الصحية الموحدة في نيو مكسيكو (قوانين ولاية نيو مكسيكو الفصل 24، المادة A7) وقانون قرارات علاج الرعاية الصحية العقلية (قوانين نيو مكسيكو، الفصل 24، المادة 7 بء).	صفحة 1

## الخطوة رقم 2 : قم بأختيار خيارات رعايتك الصحية.

ما الذي يجعل حياتك تستحق العيش ؟

(1 حياتي هي ( إخترا A أو B ) :

\_\_\_\_\_ (A دائما تستحق العيش مهما بلغت شدة مرضي

\_\_\_\_\_ (B فقط تستحق العيش إذا (إخترا كل ما هو صحيح بالنسبة لك) :

\_\_\_\_\_ أستطيع التحدث مع العائلة والاصدقاء

\_\_\_\_\_ أستطيع الافاقه من غيبوبة

\_\_\_\_\_ أستطيع أن أقوم بأطعام نفسي، الاستحمام و العناية بنفسي

\_\_\_\_\_ يمكن أن أتححرر من الألم

\_\_\_\_\_ أستطيع أن أعيش دون أن أكون مربوطاً بأجهزة

\_\_\_\_\_ غير واثق من الأختيار

(2 إذا كنت أحتضر ، فمن المهم بالنسبة لي أن يكون (أخترا واحد) :

\_\_\_\_\_ في البيت

\_\_\_\_\_ في المستشفى أو مركز رعاية اخر

\_\_\_\_\_ ليس من المهم بالنسبة لي مكان رعايتي

الدين أو المعتقدات الروحية

(1 هل الدين أو الروحانيات مهم بالنسبة لك ؟

\_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا

(2 هل تتبع دين أو معتقد ديني ؟ إذا كان الأمر كذلك، فما هو ؟

(3 ما الذي يجب على الأطباء معرفته عن معتقداتك الدينية أو الروحية ؟

تاريخ الميلاد

هذا التوجيه المسبق يعود إلى (برجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)

هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتماشى مع الأقسام المعمول بها من الفصلين 2 و 2 من قرارات الرعاية الصحية الموحدة في نيو مكسيكو ( قوانين ولاية نيو مكسيكو الفصل 24، المادة A7 ) وقانون قرارات علاج الرعاية الصحية العقلية ( قوانين نيو مكسيكو، الفصل 24، المادة 7 باء).  
صفحة 2

## الخطوة رقم 2 : قم بأختيار خيارات رعايتك الصحية ، يتبع .

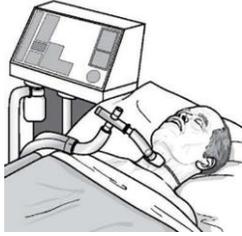
### دعم الحياة



يمكن استخدام إجراءات دعم الحياة في محاولة إبقائك على قيد الحياة . تشمل :

سى بى آر **CPR** أو الإنعاش القلبي الرئوي - هذا قد يتضمن :

- الضغط بقوة على صدرك للحفاظ على ضخ دمك
- الصدمات الكهربائية لإعادة تشغيل قلبك
- حقن أدوية في أورديتك



**جهاز التنفس الاصطناعي** — هذا الجهاز يقوم بضخ الهواء لرنثيك ويتنفس نيابة عنك من خلال أنبوب موضوع في حلقك . لن تكون قادرا على التحدث أو تناول الطعام عندما تكون على الجهاز .

**غسيل الكلى** — هذا الجهاز ينظف دمك إذا توقفت كليتك عن العمل .



**أنبوب التغذية** — هذا الأنبوب يوفر الغذاء لجسمك إذا كنت غير قادر البلع . يتم وضع الأنبوب أسفل حلقك إلى المعدة . يمكن وضعه أيضاً جراحياً .

**نقل الدم** — هذا يستوجب إدخال دم في أورديتك .

**الجراحة و / أو الأدوية**

**ضع علامة X بجوار جملة واحدة توافق عليها :**

إذا كنت مريض جداً وأحتمال وفاتي قريب :

\_\_\_\_\_ أطلب بتجربه كل علاجات دعم الحياة التي بأعتقاد الأطباء أنها قد تساعد . إذا لم تنجح العلاجات وهناك أمل ضئيل في التحسن، أنا أطلب البقاء على أجهزة دعم الحياة حتى لو كنت أعاني .

\_\_\_\_\_ أطلب بتجربة كل علاجات دعم الحياة التي بأعتقاد الأطباء أنها قد تساعد . إذا لم تنجح العلاجات وهناك أمل ضئيل في التحسن، أنا لا أطلب البقاء على أجهزة دعم الحياة . لو كنت أعاني، أطلب وقف علاجات دعم الحياة حتى يسمح لي أن أموت بسلام .

\_\_\_\_\_ أنا لا أطلب علاجات دعم الحياة . أود التركيز على راحتي . أنا أفضل أن تحصل الوفاة بشكل طبيعي .

\_\_\_\_\_ أنا أترك لممثلي في الرعاية الصحية اتخاذ القرار .

\_\_\_\_\_ لست متأكدا ما أود أن يحصل .

تاريخ الميلاد

هذا التوجيه المسبق يعود إلى (برجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)

هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من الفصلين 3 و 2 من قرارات الرعاية الصحية الموحدة في نيو مكسيكو (قوانين ولاية نيو مكسيكو الفصل 24، المادة A7) وقانون قرارات علاج الرعاية الصحية العقلية (قوانين نيو مكسيكو، الفصل 24، المادة 7 باء).  
صفحة 3

## الخطوة رقم 2 : قم بأختيار خيارات رعايتك الصحية، يتبع.

### التبرع بأعضائك

قد يطلب أطباءك التبرع بالأعضاء وتشريح الجثمان بعد وفاتك. قد يساعد التبرع بأعضائك يمكن في إنقاذ أرواح. ضع علامة X بجوار أختيار واحد في الغالب توافق عليه :

\_\_\_\_\_ أنا أرغب في التبرع بأعضائي :

\_\_\_\_\_ أي عضو، قد يصلح للأستخدام .

\_\_\_\_\_ فقط أعضاء معينة (يرجى تحديد أي الأعضاء أو الأنسجة التي ترغب في التبرع بها).

\_\_\_\_\_ أنا لا أرغب في التبرع بأعضائي.

\_\_\_\_\_ أنا أترك لممثلي في الرعاية الصحية اتخاذ القرار.

\_\_\_\_\_ لست متأكدا ما أود أن يحصل.

### التشريح الطبي

قد يتم تشريح الجثمان بعد الموت لمعرفة سبب وفاة شخص ما. انها عملية جراحية. قد يستغرق الأمر بضعة أيام. في بعض الحالات قد يتم التشريح بموجب القانون. ضع علامة X بجوار أختيار واحد في الغالب توافق عليه :

\_\_\_\_\_ أنا أوافق على التشريح .

\_\_\_\_\_ أنا لا أوافق على التشريح .

\_\_\_\_\_ أوافق على تشريح الجثمان فقط إذا كانت هناك تساؤلات حول سبب (أسباب) وفاتي.

\_\_\_\_\_ أنا أترك لممثلي في الرعاية الصحية اتخاذ القرار.

\_\_\_\_\_ لست متأكدا ما أود أن يحصل.

تاريخ الميلاد

هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)

هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من الفصلين 4 و 2 من قرارات الرعاية الصحية الموحدة في نيو مكسيكو (قوانين ولاية نيو مكسيكو الفصل 24، المادة A7 ) وقانون قرارات علاج الرعاية الصحية العقلية (قوانين نيو مكسيكو، الفصل 24، المادة 7 باء).  
صفحة 4



## الخطوة رقم 3 : حدد صلاحية ممثلك في الرعاية الصحية.

بأمكان ممثلك في الرعاية الصحية المساعدة في اتخاذ القرارات التالية :

**علاجات دعم الحياة - الرعاية الطبية لمساعدتك على العيش لفترة أطول :**

- الإنعاش القلبي الرئوي
- جهاز التنفس الاصطناعي
- غسيل الكلى
- أنبوب التغذية
- نقل الدم
- الجراحة
- الأدوية

### رعاية نهاية الحياة

إذا كانت احتمالية وفاتك قريبة ، بأمكان ممثلك في الرعاية الصحية أن :

- يتصل بقائد روحي
- يقرر فيما إذا ستحضر في المنزل أو في المستشفى
- يقرر فيما إذا سيتم تشريح الجثمان
- يقرر فيما إذا سيتم التبرع بأعضائك
- يقرر مكان دفن أو حرق الجثمان

**كيف تريد أن يقوم ممثلك في الرعاية الصحية باتباع رغباتك الطبية ؟**

ضع علامة X بجوار جملة واحدة في الغالب موافق عليها :

\_\_\_\_\_ **المرونة الكاملة :** لا بأس لممثل الرعاية الصحية أن يقوم بتغيير أي من قراراتي الطبية إذا، بعد التحدث مع أطبائي، إعتقدت أو إعتقدت أن ذلك في صالحني في ذلك الوقت.

\_\_\_\_\_ **بعض المرونة :** لا بأس لممثل الرعاية الصحية أن يقوم بتغيير بعض من قراراتي الطبية إذا، بعد التحدث مع أطبائي، إعتقدت أو إعتقدت أن ذلك في صالحني في ذلك الوقت.

\_\_\_\_\_ **حد أدنى من المرونة :** أريد أن يقوم ممثلي في الرعاية الصحية بأنتباع رغباتي الطبية بأكبر قدر ممكن. يرجى احترام قراراتي حتى لو يوصي الأطباء بخلاف ذلك.

**إستخدم صفحات إضافية، إذا لزم الأمر، للإجابة عن الأسئلة التالية.**

هذه بعض رغباتي أتمنى بالفعل إحترامها :

أذكر أي قرارات لا تريد من ممثلك في الرعاية الصحية اتخاذها :

تاريخ الميلاد

هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)

هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من الفصلين 6 و 2 من قرارات الرعاية الصحية الموحدة في نيو مكسيكو (قوانين ولاية نيو مكسيكو الفصل 24، المادة A7) وقانون قرارات علاج الرعاية الصحية العقلية (قوانين نيو مكسيكو، الفصل 24، المادة 7 بء).  
**صفحة 6**

## الخطوة رقم 4 : وقع الأستمارة — توقيعك.

قبل أن تكون هذه الأستمارة صالحة للأستخدام ، ينبغي أن :

- توقع هذه الأستمارة إذا كنت 18 من العمر فما فوق

قم بتوقيع اسمك وكتابة التاريخ .

التوقيع	التاريخ		
اكتب الإسم بالأحرف الكبيره الواضحه باللغه الانجليزيه			
عنوان الشارع	المدينه	الولاية	الرمز البريدي

### الشهود (اختياري)

**يوصى** الشهود بتجنب أي قلق من أن الوثيقة قد تكون مزورة ، أنك أجبرت على التوقيع عليها ، أو أنها لا تمثل رغباتك حقا .

- يوصى** بروفيدانس سانت جوزيف هيلث بشهودك أن لا :
- يكون الشخص الذي حددته كممثلك في الرعاية الصحية
  - يكون طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر
  - يعمل لصالح مركزك الطبي أو عيادة مقدم الرعاية الصحية الخاص بك

- يجب على شهودك أن :
- يكونوا 18 عاما على الأقل
  - يعرفونك
  - يقرون بأنك قمت بتوقيع الأستمارة

تاريخ الميلاد	هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)
صفحة 7	هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من الفصلين 7 و 2 من قرارات الرعاية الصحية الموحدة في نيو مكسيكو (قوانين ولاية نيو مكسيكو الفصل 24، المادة A7 ) وقانون قرارات علاج الرعاية الصحية العقلية (قوانين نيو مكسيكو، الفصل 24، المادة 7 باء).

## توجيه مسبق - نيو مكسيكو

### الخطوة رقم 4 : وقع الاستمارة — توقيع الشهود ( اختياري).

إطلب من شهودك إكمال هذه الصفحة .

بهذا التوقيع ، أتعهد بأنني عاينت \_\_\_\_\_  
 أسم صاحب التوجيه المسبق يوقع هذه الأستمارة.

في أعتقادي أنه / أنها كان يفكر بوضوح ولم يكن مجبراً على التوقيع على هذه الأستمارة.

**وأيضاً أتعهد بأنني :**  
**يوصي بروفيدانس سانت جوزيف هيلث بأن يتعهد شهودك أيضاً :**

- أعرف هذا الشخص وانه / انها يمكن إثبات من هو / هي
- أنا ابلغ 18 عاما فما فوق
- أنني لست ممثله / ممثله في الرعاية الصحية
- أنني لست مقدم الرعاية الصحية الخاص به / بها
- أنني لا أعمل لصالح مقدم الرعاية الصحية الخاص به / بها

#### الشاهد رقم 1

التوقيع	التاريخ
اكتب الإسم بالحروف المقطعة بالانجليزية	
عنوان الشارع	المدينة
الولاية	الرمز البريدي

#### الشاهد رقم 2

التوقيع	التاريخ
اكتب الإسم بالأحرف الكبيره الواضحه باللغه الانجليزية	
عنوان الشارع	المدينة
الولاية	الرمز البريدي

تاريخ الميلاد	هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)
هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من الفصلين 8 و 2 من قرارات الرعاية الصحية الموحدة في نيو مكسيكو (قوانين ولاية نيو مكسيكو الفصل 24، المادة A7) وقانون قرارات علاج الرعاية الصحية العقلية (قوانين نيو مكسيكو، الفصل 24، المادة 7 باء).	
صفحة 8	

## الخطوة رقم 5 : أرسل نسخة من توجيهك المسبق بعد أكمله.

بمجرد التوقيع على التوجيه المسبق الخاص بك ، وتمت الشهادة عليه و / أو تصديقه ، إحتفظ بالنسخة الأصلية وإعمل نسخ من الصفحات 1-8 لإرسالها إلى :

- ممثلك للرعاية الصحية
- عائلتك
- أصدقائك
- مقدمي الرعاية الطبية
- المستشفى

### خيارات لإعادة توجيهك المسبق بعد أكمله :

1. قم بإعادة نسخة إلى طبيبك المفضل في مستشفى بروفيدانس سانت جوزيف هيلث أو إلى المستشفى في زيارتك التالية.
2. قم بإعادتها عن طريق الفاكس إلى مستشفى بروفيدانس سانت جوزيف هيلث (Providence St. Joseph Health hospital) الخاص بك. يرجى الاتصال بالمستشفى للحصول على رقم الفاكس الصحيح لإدارة المعلومات الصحية.

إذا كان لديك أي أسئلة تتعلق بإكمال أو إعادة توجيهك المسبق ، يرجى الاتصال بنا على :

**Providence.org/InstituteForHumanCaring**

**310-543-3498**

تم ترخيص أجزاء من هذا العمل بموجب ترخيص Creative Commons Attribution - رخصة غير تجارية- شبيهة بالمثل . للأطلاع على نسخة من هذا الترخيص ، يرجى زيارة <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> أو إبعث رسالة إلى Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA

نقح في أغسطس 2017

مع شكر خاص :

- للطبيبة ربيكا سادور ، قسم أمراض الشيخوخة ، جامعة كاليفورنيا ، سان فرانسيسكو
- سيدارس-سيناي ، لوس أنجلوس ، كاليفورنيا