

# HENRY FORD HEALTH SM

|         |  |
|---------|--|
| English | <p>English</p> <p>Henry Ford Health System complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.</p> <p>Let the health care team know if you need an interpreter. Henry Ford Health System provides language assistance services free of charge. For questions or additional information, email <a href="mailto:CommunicationAccess@hfhs.org">CommunicationAccess@hfhs.org</a></p>   |
| Spanish | <p>Español</p> <p>Henry Ford Health System cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina con base en la raza, el color, el país de origen, la edad, la discapacidad o el sexo. Informe al equipo de atención médica si necesita un intérprete. Henry Ford Health System ofrece servicios de asistencia de idioma sin costo alguno. Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, envíe un correo electrónico a <a href="mailto:CommunicationAccess@hfhs.org">CommunicationAccess@hfhs.org</a></p> |
| Arabic  | <p>العربية</p> <p>يمتثل نظام Henry Ford Health System لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية السارية ولا يُميّز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.</p> <p>يُرجى إخبار فريق الرعاية الصحية إذا كنت تحتاج إلى مترجم فوري. يوفر نظام Henry Ford Health System خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. للاستفسارات أو المعلومات الإضافية، أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى <a href="mailto:CommunicationAccess@hfhs.org">CommunicationAccess@hfhs.org</a></p>  |
| Bengali | <p>বাংলা</p> <p>Henry Ford Health System ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীয় উত্পত্তি, বয়স, প্রতিবন্ধকতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। আপনার কোনো দোভাষীর প্রয়োজন থাকলে তা হেলথ কেয়ার টিমকে জানান। Henry Ford Health System বিনামূল্যে দোভাষী সহায়তা প্রদান করে। প্রশ্ন ও অতিরিক্ত তথ্যের জন্য এখানে ইমেল করুন: <a href="mailto:CommunicationAccess@hfhs.org">CommunicationAccess@hfhs.org</a></p>  |

# الوصايا الصحية المسبقة والتوكيل الدائم للرعاية الصحية

يتيح لك هذا  
النموذج إبداء رأيك  
بشأن طريقة العلاج  
التي تود تلقيها في  
حال أصبت بمرض  
شديد.



[henryford.com](http://henryford.com)



**HENRY  
FORD  
HEALTH**<sup>SM</sup>



اكمل الأجزاء التي تريدها فقط.  
وقّع دائمًا على النموذج في **الجزء 3**.  
يلزم وجود شاهدين للتوقيع على **الجزء 3**.

## ما الذي يجب عليّ فعله بالنموذج بعد اكمل وتوقيع الجميع عليه؟

شارك النموذج مع الأفراد المسؤولين عن رعايتك:

- مسؤول دعم المريض
- الأطباء
- الممرضات
- الأخصائيون الاجتماعيون
- الأسرة والأصدقاء

احتفظ بنسخة لنفسك في مكان آمن.

## ماذا لو غيرت رأيي؟

- يمكنك تغيير رأيك في أي وقت.
- يجب أن يحترم مسؤول دعم المريض أي رغبة صرحت بها شفهيًا بشأن العلاج الطبي، حتى لو كانت مختلفة عما ذكرته في النموذج.
- من الأفضل اكمل نموذج جديد والتوقيع عليه.
- أخير الأفراد المسؤولين عن رعايتك بشأن تغييراتك.
- سلم النموذج الجديد إلى مسؤول دعم المريض والأطباء.

## ماذا لو كانت لديّ أسئلة حول النموذج؟

أحضر النموذج إلى الأطباء أو الممرضات أو الأخصائيين الاجتماعيين أو مسؤول دعم المريض أو الأسرة أو الأصدقاء للإجابة عن أسئلتك.

## ماذا لو كنت أرغب في اتخاذ خيارات رعاية صحية غير مذكورة في هذا النموذج؟

- اكتب خياراتك على ورقة.
- احتفظ بالورقة مع هذا النموذج.
- شارك خياراتك مع الأفراد المسؤولين عن رعايتك.

## هذا النموذج يتكون من خمسة أجزاء. وهو يتيح لك:

### الجزء 1: اختيار مسؤول دعم المريض.

مسؤول دعم المريض هو شخص يمكنه اتخاذ قرارات طبية نيابة عنك إذا كنت مريضًا للغاية أو غير قادر على اتخاذ هذه القرارات بنفسك.

### الجزء 2: تحديد خيارات رعايتك الصحية.

يتيح لك هذا النموذج اختيار نوع الرعاية الصحية التي تريد تلقيها. وبهذه الطريقة، لن يضطر الأفراد المسؤولون عن رعايتك إلى التكهن برغباتك في حال أصبحت مريضًا للغاية لدرجة أنك لا تستطيع أن تخبرهم بنفسك.

### الجزء 3: توقيع النموذج.

يجب عليك التوقيع على النموذج قبل استخدامه.

### الجزء 4: طلب توقيع مسؤول دعم المريض.

يجب على مسؤول دعم المريض التوقيع على صفحة 11 لتأكيد موافقته على العمل كمسؤول دعم المريض الخاص بك.

### الجزء 5: السماح لمسؤول دعم المريض باتخاذ خيارات الصحة العقلية نيابة عنك (اختياري).

يجب عليك التوقيع على هذه الصفحة فقط إذا كنت ترغب في هذا الخيار.

اكتب اسمك هنا:

تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام):

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

- إذا كنت تريد تعيين مسؤول دعم المريض فحسب، فانتقل إلى **الجزء 1**.
- إذا كنت ترغب في تحديد خيارات الرعاية الصحية التي تفضلها فحسب، فانتقل إلى **الجزء 2**.
- إذا كنت تريد كلا الأمرين، فعليك إكمال **الجزء 1 و 2**.

# الجزء 1: اختيار مسؤول دعم المريض

الشخص الذي يمكنه اتخاذ القرارات الطبية نيابةً عنك إذا كنت مريضاً للغاية لدرجة أنك لا تستطيع اتخاذ هذه القرارات بنفسك.

القرارات التي يمكن أن يتخذها مسؤول دعم المريض بخصوص **علاجات الحفاظ على الحياة** (رعاية طبية تهدف للمساعدة في إطالة الحياة)

الإنعاش القلبي الرئوي  
(cardiopulmonary resuscitation, CPR)

قلبي = متعلق بالقلب  
رئوي = متعلق بالرئتين  
الإنعاش = إعادة الوعي

وقد يشمل هذا:

- الضغط بقوة على صدرك لكي يستمر ضخ الدم
- الصدمات الكهربائية التي تهدف لاستعادة عمل القلب
- إعطاء الأدوية عبر أوردتك

جهاز دعم التنفس أو جهاز التنفس الاصطناعي  
يضخ الجهاز الهواء داخل رئتيك ويقوم بعملية التنفس بدلاً منك. ستكون غير قادر على التحدث أثناء استخدام الجهاز.

الغسيل الكلوي  
جهاز ينظف دمك إذا توقفت الكليتان عن العمل.

أنبوب التغذية  
أنبوب يستخدم لتغذيتك في حال كنت عاجزاً عن البلع. ويوضع الأنبوب من أسفل حلقك وصولاً إلى داخل المعدة. ويمكن وضعه أيضاً عن طريق الجراحة.

عمليات نقل الدم  
لضخ الدم في أوردتك.

الجراحة

الأدوية

الرعاية في مرحلة الاحتضار  
في حالة توقع وفاتك قريباً، يمكن لمسؤول دعم المريض أن:

- يستدعي أحد الزعماء الروحانيين
- يقرر مكان وفاتك سواء في المنزل أو المستشفى

من الذي ينبغي أن أختاره ليكون مسؤول دعم المريض؟

أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء:

- يبلغ 18 عاماً على الأقل
- يعرفك جيداً
- يمكنه أن يكون بجانبك عندما تحتاج إليه
- تثق أنه سيتصرف وفقاً لمصلحتك
- يمكنه إبلاغ الأطباء بالقرارات التي اتخذتها في هذا النموذج بوضوح

ماذا سيحدث إذا لم أختَر مسؤول دعم المريض؟

إذا كنت مريضاً للغاية لدرجة لا يمكنك معها اتخاذ قراراتك بنفسك، فسيطلب الأطباء من أقرب أفراد أسرتك اتخاذ القرارات نيابةً عنك.

إذا لم يستطع أفراد أسرتك اتخاذ قرار، فربما يعيّن أحد القضاة شخصاً ما لاتخاذ القرارات نيابةً عنك.

ما هي أنواع القرارات التي يمكن لمسؤول دعم المريض اتخاذها؟

الموافقة على أو رفض أو تغيير أو إيقاف أو اختيار:

- الأطباء أو الممرضات أو الأخصائيين الاجتماعيين
- المستشفيات أو العيادات
- الأدوية أو الاختبارات أو طرق العلاج
- ما يحدث لجسمك وأعضائك بعد وفاتك
- يمكن لمسؤول دعم المريض كذلك أن:
- يتخذ قرارات أخرى مثل نقلك إلى إحدى دور الرعاية من عدمه
- فحص سجلاتك الطبية للمساعدة في اتخاذ تلك القرارات

يتعين أن يلتزم مسؤول دعم المريض بخيارات الرعاية الصحية التي حددتها في الجزء 2.

# الجزء 1: اختيار مسؤول دعم المريض

أريد أن يتخذ هذا الشخص قراراتي الطبية وأن يكون مسؤول دعم المريض الخاص بي.

|                 |                |                    |
|-----------------|----------------|--------------------|
| الاسم الأول     | إسم العائلة    |                    |
| عنوان الشارع    | المدينة        | الولاية            |
| الرمز البريدي   |                |                    |
| رقم هاتف المنزل | رقم هاتف العمل | رقم الهاتف المحمول |

إذا لم يتمكن الشخص الأول من القيام بالمهمة، فأنا أريد أن يتخذ هذا الشخص قراراتي الطبية ويكون مسؤول دعم المريض الخاص بي.

|                 |                |                    |
|-----------------|----------------|--------------------|
| الاسم الأول     | إسم العائلة    |                    |
| عنوان الشارع    | المدينة        | الولاية            |
| الرمز البريدي   |                |                    |
| رقم هاتف المنزل | رقم هاتف العمل | رقم الهاتف المحمول |

يمكنك تحديد خيارات الرعاية الصحية التي تفضلها في هذا النموذج. كيف تريد من مسؤول دعم المريض الالتزام بهذه الخيارات؟ ضع علامة X بجوار أكثر عبارة تتفق معها.

أريد أن يتعاون مسؤول دعم المريض مع الأطباء وأن يتخذ القرارات وفقاً لأفضل تقديراته. وأوافق على أن يلتزم مسؤول دعم المريض بخيارات رعايتي الصحية التي حددتها في هذا النموذج بصفتها دليلاً عاماً.

على الرغم من أنني أوافق على اتباع خياراتي كدليل عام، توجد بعض الخيارات التي لا أرغب في تغييرها:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

أريد أن يتبع مسؤول دعم المريض خيارات رعايتي الصحية بالضبط كما وردت في هذا النموذج. ولا أرغب في أن يقوم مسؤول دعم المريض بتغيير خياراتي على الإطلاق، حتى إذا اعتقد الأطباء أنها ليست في مصلحتي.

لتحديد خيارات الرعاية الصحية التي تفضلها، انتقل إلى **الجزء 2** في الصفحة التالية.  
لتوقيع هذا النموذج، انتقل إلى **الجزء 3**. يجب على مسؤول دعم المريض التوقيع في **الجزء 4**.



## الجزء 2: تحديد خيارات رعايتك الصحية

اكتب خياراتك حتى لا يضطر الأفراد المسؤولون عن رعايتك إلى تخمينها.

فكر في الأمور التي تجعل حياتك تستحق أن تُعاش.

ما يجعل حياتي تستحق أن تُعاش هو أن يكون بإمكانني:  
ضع علامة X في الدائرة بجوار جميع العبارات التي تتفق معها أكثر من غيرها.

التحدث إلى الأسرة أو الأصدقاء

الاستيقاظ من غيبوبة

تناول الطعام أو الاستحمام أو العناية بنفسني

التخلص من الألم

العيش دون أن أكون متصلًا بأجهزة

لست متأكدًا

<< أو >>

أشعر دائمًا بأن حياتي تستحق أن تُعاش بغض النظر عن مدى مرضي.

في حالة احتضاري، من المهم بالنسبة لي أن أكون:

في المنزل

في المستشفى

لست متأكدًا

هل الدين أو الجوانب الروحانية أمور مهمة بالنسبة لك؟

لا

نعم

إذا كنت تؤمن بإحدى الديانات، فما هي ديانتك؟

ما الذي ينبغي لأطبائك معرفته عن الجوانب الدينية أو الروحانية التي تتبعها؟

---

---

---

---

## الجزء 2: تحديد خيارات رعايتك الصحية

يجوز لمسؤول دعم المريض أن يقرر إيقاف العلاج والسماح بالوفاة الطبيعية.

لا يجوز لمسؤول دعم المريض أن يتخذ هذا القرار إلا إذا كان يعتقد أنه يتفق مع رغبتك.

من الممكن ألا يضطر مسؤول دعم المريض إلى اتخاذ هذا القرار مطلقاً. ولكن إذا تعين عليه ذلك، فإن قانون ميشيغان سيسمح له بإيقاف العلاج والسماح بالوفاة الطبيعية فقط إذا كان أطباؤك يعلمون بموافقتك على ذلك مسبقاً.

ضع علامة X في الدائرة بجوار جميع العبارات التي تتفق معها أكثر من غيرها.

- يمكن لمسؤول دعم المريض اتخاذ القرار بإيقاف العلاج والسماح بالوفاة الطبيعية.
- لا يمكن لمسؤول دعم المريض اتخاذ القرار بإيقاف العلاج والسماح بالوفاة الطبيعية مطلقاً.

قد يسأل أطباؤك عن التبرع بالأعضاء بعد وفاتك.  
يمكن أن يساعد التبرع (منح) بأعضائك في إنقاذ الأرواح. يُرجى إخبارنا برغباتك.

ضع علامة X في الدائرة بجوار جميع العبارات التي تتفق معها أكثر من غيرها.

أرغب في التبرع بأعضائي.

ما هي الأعضاء التي ترغب في التبرع بها؟

أي أعضاء

هذه الأعضاء فقط:

لا أرغب في التبرع بأعضائي.

أرغب في أن يتخذ مسؤول دعم المريض القرار بهذا الشأن.

إذا تركت القرار بيد مسؤول دعم المريض، يمكنه اتخاذ ذلك الخيار بعد وفاتك.

لست متأكدًا.

# الجزء 3: توقيع النموذج

قبل استخدام هذا النموذج، يجب عليك:

- توقيع هذا النموذج
- إحضار شاهدين لتوقيع النموذج

يجب على الشاهدين:

- أن يكونا في عمر 18 عامًا على الأقل
- أن يشاهدانك وأنت توقع هذا النموذج

لا يمكن أن يكون الشاهدان:

- مسؤولي دعم المريض
- مقدمي رعايتك الصحية
- يعملان لدى مقدم رعايتك الصحية
- يعملان في المكان الذي تعيش فيه (إذا كنت تعيش في دار رعاية أو دار رعاية جماعية)
- على صلة بك بأي شكل من الأشكال
- يستفيدان ماليًا (يحصلان على أية أموال أو ممتلكات) بعد وفاتك
- يعملان لدى شركة تأمينك

وقع باسمك واكتب التاريخ.

|                                    |                             |         |              |
|------------------------------------|-----------------------------|---------|--------------|
| التاريخ                            | وقع باسمك                   |         |              |
| اكتب اسم العائلة بأحرف واضحة       | اكتب اسمك الأول بأحرف واضحة |         |              |
| الرمز البريدي                      | الولاية                     | المدينة | عنوان الشارع |
| تاريخ الميلاد: (الشهر/اليوم/العام) |                             |         |              |

يلزم توقيع الشاهدين باسميهما على الصفحة التالية.



# الجزء 3: توقيع النموذج

بالتوقيع، أتعهد بأن \_\_\_\_\_ قد وقَّع هذا النموذج أمامي.

كان قادرًا على التفكير بوضوح ولم يجبره أحد على التوقيع.

## الشاهد رقم 1

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| وقَّع باسمك                 | التاريخ                      |
| اكتب اسمك الأول بأحرف واضحة | اكتب اسم العائلة بأحرف واضحة |
| عنوان الشارع                | المدينة                      |
|                             | الولاية                      |
|                             | الرمز البريدي                |

## الشاهد رقم 2

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| وقَّع باسمك                 | التاريخ                      |
| اكتب اسمك الأول بأحرف واضحة | اكتب اسم العائلة بأحرف واضحة |
| عنوان الشارع                | المدينة                      |
|                             | الولاية                      |
|                             | الرمز البريدي                |

وقَّع على الصفحة التالية إذا كنت قد عُنِّت كمسؤول دعم المريض.

شارك هذا النموذج مع الأطباء والممرضات والأخصائيين الاجتماعيين والأصدقاء والأسرة ومسؤول دعم المريض. وتحدَّث معهم حول خياراتك.

# القبول من جانب مسؤول دعم المريض

يجب على مسؤول دعم المريض قراءة هذا النموذج والتوقيع عليه.

- ينبغي أن تتصرف دائماً بما يخدم أفضل مصلحة للمريض، وليس وفقاً لمصالحك الشخصية.
- لن تبدأ في اتخاذ القرارات الخاصة بالمريض إلا بعد اتفاق اثنين من الأطباء على أن المريض يعاني من مرض شديد يمنعه من اتخاذ القرارات بنفسه.
- لن تتمكن من اتخاذ قرارات لم يكن المريض غالباً سيميل إلى اتخاذها.
- ليست لديك الصلاحية لإيقاف معالجة مريضة حامل إذا كان ذلك سيتسبب في وفاتها.
- يمكنك اتخاذ قرار بوقف العلاج والسماح للمريض بالوفاة بشكل طبيعي إذا ذكر بوضوح أنه يمكنك اتخاذ هذا القرار.
- لن تتقاضى أموالاً على قيامك بدور مسؤول دعم المريض، ولكن يمكنك استرداد الأموال التي دفعتها مقابل النفقات الطبية للمريض.
- يمكن للمريض استبعادك من دور مسؤول دعم المريض وقتما يشاء.
- يمكنك استبعاد نفسك من دور مسؤول دعم المريض وقتما تشاء.
- إذا كان المريض يريد منك اتخاذ قرارات بشأن علاج الصحة العقلية، فانظر الجزء 5.

بالتوقيع، تقر بأنك تفهم ما ورد في هذا المستند وأنت ستكون مسؤول دعم المريض

(اسم المريض) \_\_\_\_\_

الذي وقَّع على صفحة 9 \_\_\_\_\_ (التاريخ).

التاريخ

توقيع مسؤول دعم المريض

التاريخ

توقيع مسؤول الدعم الثاني للمريض (إذا عُين مسؤول دعم ثاني للمريض)

## خيارات الرعاية الصحية العقلية (خيار)

لا تكمل هذا الجزء إلا إذا كنت تريد منح مسؤول دعم المريض صلاحية اتخاذ القرار في حالة تلقيك لرعاية صحية عقلية.

قبل أن يتمكن مسؤول دعم المريض من اتخاذ قرارات بشأن الصحة العقلية بالنيابة عني، يجب حدوث أمرين. أولاً، يجب أن يفحصني الطبيب ومقدم رعاية صحية عقلية وأن يتحدثا معي. ثم يجب عليهما أن يوثقا كتابةً أنني لا أستطيع اتخاذ قراراتي بنفسي.

يمكنني إلغاء صلاحية مسؤول دعم المريض لاتخاذ قرارات بشأن الصحة العقلية بالنيابة عني. ولكن لن يسري هذا قبل مرور 30 يومًا. يستغرق الأمر هذه المدة الطويلة فقط لرعاية الصحة العقلية، ولكن ليس الرعاية الطبية.

إذا أقر مسؤول دعم المريض بضرورة إدخالني إلى أحد مستشفيات الصحة العقلية، فسيظل لدي الحق في إبلاغ المستشفى برغبتي في المغادرة. ولكن لا بد من إخطار المستشفى قبل ذلك بثلاثة أيام.

هذه قائمة بالقرارات التي يمكن لمسؤول دعم المريض اتخاذها بشأن رعايتك الصحية العقلية.

ضع علامة X في الدائرة بجوار جميع العبارات التي تتفق معها أكثر من غيرها.

## يمكن لمسؤول دعم المريض اتخاذ قرارات بالنيابة عني بشأن:

- تلقي رعاية الصحة العقلية في عيادة أو في مكان آخر غير المستشفى.
- البقاء في مستشفى لتلقي رعاية الصحة العقلية كمريض طوعي.
- لكن لا يزال باستطاعتي إخبار المستشفى بأنني أرغب في المغادرة في غضون ثلاثة أيام.
- الذهاب إلى أحد المستشفيات للحصول على رعاية الصحة العقلية حتى ولو لم أرغب في الذهاب.
- تناول الأدوية التي يمكن أن تغير طريقة شعوري أو تفكيري أو تصرفي.
- العلاج بالتخليج الكهربائي (الصدمة الكهربائية)

بالتوقيع على هذا النموذج، أوافق على السماح لمسؤول دعم المريض باتخاذ قرارات بشأن رعايتي الصحية العقلية إذا أقر طبيبان بأنني لا أستطيع اتخاذ قراراتي بنفسي.

التاريخ

(وقع باسمك هنا لإعطاء هذه الصلاحيات إلى مسؤول دعم المريض)

تاريخ الميلاد: (الشهر/اليوم/العام)

