

Advance Directives - Arabic - توجيهات مسبقة Making Your Wishes Known - لجعل رغباتكم معروفة

إنه من الضروري لمقدمي الرعاية الصحية و العائلة معرفة الشيء الذي تهتم له و ترغب فيه بشدة، و ذلك لكي يقوموا بتحقيق هذه الرغبات لك، حيث تعتبر وثيقة **التوجيهات المسبقة** دليلا للأخريين للقيام باتخاذ قرارات الرعاية الطبية و التي كنت ستطبقها على نفسك في حالة ما إذا كنت غير قادر على التحدث نيابة عن نفسك. هذه الوثائق تقدم معلومات عامة و إمكانية ملء إستمارات التوجيهات المسبقة، و هذا يشمل إستمارة تعيين الشخص المكلف بالرعاية الصحية و الوصية القائمة.

مالذي ينبغي علي القيام به بعد ملني لإستمارة التوجيهات المسبقة؟

- من المهم جدا مناقشة رغباتك و رعايتك الطبية مع الشخص المكلف برعايتك الصحية و العائلة و مقدمي الرعاية الطبية و ذلك لكي يتمكنوا من تحقيق رغباتك.
- تشارك نسخ من هذه الإستمارة مع الشخص المكلف بالرعاية الصحية لإتخاذ القرارات الطبية المتعلقة بك و الأطباء و الممرضين و مقدمي الرعاية و العائلة و الأصدقاء، على الشكل الملائم.
- احتفظ بنسخة معك حتى تكون سهلة الإيجاد عند البحث عنها.
- يجب الأخذ بعين الإعتبار مراجعة إستماراتك بعد مضي سنوات و خلال أي وعكة أو حدث صحي كبير، لأن ماترغب فيه يمكن أن يتغير.

ماذا لو غيرت رأيي؟

- يمكنك تغيير رأيك في أي وقت تريد
- يجب إحترام رغباتك التي تكلمت بها حول العلاج الطبي حتى لو كانت مختلفة عن تلك التي في الإستمارات الخاصة بك.
- إذا غيرت رغباتك، فإنه من الأفضل ملء إستمارة جديدة و إعلام الفريق الطبي و الشخص المكلف برعايتك الصحية.

يرجى التحدث إلى الطبيب المعالج أو رجل الدين أو المحامي إذا كان لديك المزيد من الأسئلة.

الشخص المكلف بالرعاية الصحية المتعلقة بك هو شخص تثق به لإتخاذ القرارات الطبية المتعلقة بك عندما تكون مريضا بشدة لدرجة لا تكون فيها قادرا على إتخاذ قراراتك بنفسك، أو أنك تكون قادرا على إتخاذ قراراتك بنفسك لكن تريد من الموكل أن يقوم بإتخاذها نيابة عنك، حيث يجب على الشخص الموكل أن يتخذ القرارات مستدلا بوصيتك القائمة. في بعض الحالات يتعين على الشخص الموكل بأن يتخذ قرارات تكون بناء على ما هو الشيء الأفضل لصالحك، حيث غالبا ما يكون أفراد العائلة خيارا جيدا ليكونوا الشخص الموكل لكن ليس دائما.

عند توكيل شخص للإهتمام بأمور رعايتك الطبية يجب الأخذ بعين الإعتبار ما يلي:

- شخص يكون عمره 18 سنة أو أكثر و يكون مؤهل عقليا لإتخاذ القرارات
- شخص يفهم قيمك الشخصية و الإجتماعية و الروحية، و سوف يدافع عنك.
- شخص يحترم رغباتك و مستعد للدفاع عنها حتى إذا كانت مختلفة عما يريد هو.
- شخص يكون متاح دائما و يمكنه العمل بشكل جيد مع الفريق الطبي.
- شخص يمكنه التعامل مع المواقف العائلية المشحونة بالتوتر.

ماذا لو لم أختار موكلا للرعاية الصحية المتعلقة بي؟

إذا كنت مريضا جدا و غير قادر على إتخاذ قراراتك الشخصية بنفسك و لم تتمكن من تسمية شخص ليكون موكلك في أمور الرعاية الصحية، يصبح تلقائيا أقرب أقاربك هو موكلك و الذي سيكون من القائمة التالية، حسب أعلى درجة من الأولوية:

1. الزوجة
2. الأبناء البالغون
3. الوالدين
4. الأشقاء البالغين
5. الأقارب البالغين
6. صديق شخصي مقرب (من خلال شهادة خطية مصادق عليها)

Health Care Surrogate - Arabic

في حالة ما إذا كنت أنا (الإسم الكامل) (Full Name) _____, غير قادر على إتخاذ القرارات المتعلقة برعايتي الصحية، أختار كوكيل مكلف برعايتي الصحية:

الإسم: _____
First Name الإسم
Last Name اللقب
#phone رقم الهاتف /
العنوان: (Address)

إذا كان الشخص المكلف برعايتي الصحية غير راغب أو غير قادر على أداء هذه المهام، أختار كشخص مكلف بديل لرعايتي الصحية:

الإسم: _____
First Name الإسم
Last Name اللقب
#phone رقم الهاتف /
العنوان: (Address)

تصبح سلطة و قرار الوكيل المكلف برعايتي الصحية فعال عندما يقرر الطبيب المعالج أنني غير قادر على إتخاذ قرارات الرعاية الصحية المتعلقة بي.

إختياري: يمكنني أيضا الإختيار أن تصبح سلطة الشخص المكلف برعايتي الصحية فعالة فورا، حتى و إن كنت لازلت مؤهلا بالتوقيع بالحروف الإبتدائية لإسمي في أي من الفراغات التالية أو كليهما
يجب التوقيع بالحروف الإبتدائية:

يملك الشخص المكلف برعايتي الصحية السلطة في إستلام المعلومات الصحية الخاصة بي بينما لازلت مؤهلا.
(Initial) الحروف الإبتدائية

يملك الشخص المكلف برعايتي الصحية السلطة في إتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي بينما لازلت مؤهلا. لكن أي
(Initial) الحروف الإبتدائية

تعليمات أو قرارات متعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بي التي أصدرها، سواءا لفظيا أو كتابيا، ستتخطى أي تعليمات أو قرارات متعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بي كان قد أصدرها الوكيل المكلف بالرعاية الصحية في حالة ما إذا كانت لدي القدرة للقيام بهذا.

تعليمات خاصة أو ضوابط

(Additional Instructions (Optional))

أمنح السلطة للشخص المكلف برعايتي الصحية لإتخاذ جميع القرارات الطبية المتعلقة بي، مما يعني أنها أو أنه يملك السلطة للقيام بما يلي:

- تقديم الموافقة المسبقة و رفض الموافقة أو سحب الموافقة لأي و جميع الأمور المتعلقة برعايتي الصحية، من ضمنها إجراءات إطالة الحياة
- منح الوصول إلى معلوماتي الصحية الضروري للوكيل المكلف لإتخاذ قرارات متعلقة برعايتي الصحية و القيام بما هو في صالح.
- التقدم بالنيابة عني بطلب الحصول على منح خاصة أو عامة أو حكومية أو لقدامى المحاربين لتغطية تكاليف الرعاية الصحية.
- إتخاذ القرار فيم يخص و هب الأعضاء.

توقيعي: Signature: _____ التاريخ: Date: _____ / _____ / _____ الوقت: Time: _____

الشاهد الثاني (الزامي): 2nd Witness (required)

الشاهد الأول (الزامي): 1st Witness (required)

إمضاء الشهود: إزامي شاهدين، لا يمكن للوكيل المكلف برعايتك الصحية أن يكون شاهدا. يمكن لشاهد واحد أن يكون من عائلتك أو زوجتك.
لا توجد الحاجة إلى كاتب موثق.

هاتف

أو فيديو

اللغة المترجمة / رقم بطاقة التعريف
Language Interpreted / ID #

اكتب الموظفين المؤهلين / اسم المترجم (ضع علامة X)
Print Qualified Staff / Interpreter Name (Check)

الموظفين المؤهلين / توقيع المترجم
Qualified Staff / Interpreter Signature



Advance Directive Forms - Arabic
Tab: Legal Forms and Consents
602-0758 (11/18)

DH: Advance Directive/Living Will – FH Form

Patient Label



Living Will Information - Arabic - معلومات حول الوصية القائمة

تساعد **الوصية القائمة** فريق الرعاية الصحية الخاص بك و عائلتك و الآخرين على معرفة رغباتك فيم يتعلق بعلاج دعم الحياة و كيفية تطبيقها في رعايتك الطبية، حيث يستخدم **علاج دعم الحياة** عندما تكون مريضا جدا و غالبا ما يكون هذا العلاج مساعدا، لكن في حالات خاصة يمكن أن تزيد من المعاناة و إطالة سكرات الموت . إن الإختلاف بين المعاناة الممددة و الحياة الممددة تعتمد على قيمك التي تجعل الحياة تستحق العيش. غالبا و عندما تكون مريضا جدا بحيث تكون قريبا من الموت قد لا تتمكن من التحدث نيابة عن نفسك. هذا القسم يسمح لك بأن تترك " صوتك " عندما لا تصبح قادرا على الكلام.

قد يتضمن علاج دعم الحياة و لا يقتصر بالضرورة على **الدواء و العمليات الجراحية و إجراءات توسيعية** مثل:

- إدخال أنبوب بجهاز تنفسي أو تهوية: عند وضع أنبوب في الفم في مجرى التنفس إلى الرئتين، أو وضع أنبوب قصبه هوائية عند عنقك، لكي يتمكن الجهاز من ضخ الهواء إلى داخل رئتيك و التنفس مكانك.
- التغذية الإصطناعية: و تشمل هذه العملية أنبوب للتغذية أو TPN في حالة ما إذا كنت غير قادر على البلع.
- السوائل الوريدية: للترطيب و تسيير الأدوية.
- نقل الدم: لوضع الدم أو منتجات الدم الأخرى في أوردتك.
- غسيل الكلى: الجهاز الذي ينظف دمك إذا توقفت الكليتين عن العمل.

Living Will Form – Arabic إستمارة الوصية القائمة

في حالة ما إذا كنت مريضا جدا فإن رغبتى هي: (اكتب الحروف الإبتدائية لإسمك إما في القسم I أو القسم II أسفله)

القسم I. أنا لا أريد أي علاج لدعم الحياة إذا كنت في حالة: (اكتب الحروف الإ على جميع ما ينطبق)

حالة غيبوبة مستمرة: وضعية دائمة من غياب الوعي، يعني أنه لا يمكنك التفاعل مع الواقع وليس لديك أي ردود أفعال أو سلوكيات الحروف الإبتدائية (Initial) تفكير.

حالة المرحلة النهائية: وهي حالة لا رجعة فيها تتسبب في تفاقم حاد وانخفاض دائم في الحالة الصحية حيث من غير المرجح أن يكون العلاج فعالا. الحروف الإبتدائية (Initial)

المرحلة الختامية: وهي حالة من غير المرجح فيها حدوث انتعاش، ومن المتوقع أن تحدث الوفاة دون علاج. الحروف الإبتدائية

أنا أريد الحروف الإبتدائية (Initial) أو أنا لا أريد الحروف الإبتدائية (Initial) البداية في إعطائي الغذاء أو المرطبات عبر أنبوب التغذية أو بواسطة التغذية الوريدية عندما لا يؤدي إلا إلى إطالة أمد عملية الموت.

أنا عمدا و طوعا قمت بجعل رغبتى معلومة أن لا يكون موتى بشكل مطول في ظل الحالات الموقع أمامها و المذكورة أعلاه. كما أطلب أن تسمحوا لي بالموت بشكل طبيعي مع تسيير الدواء فقط أو أداء أي إجراء طبي يعتبر ضروريا لتوفير الراحة لي أو لتخفيف الألم.

أو
القسم II

الحروف الإبتدائية (Initial) أنا أرغب في تجريب علاج دعم الحياة، و الذي يعتقد الطبيب أنه سيساعد. إذا لم يعمل العلاج و كان الأمل في التحسن ضئيلا، فأنا لا أريد البقاء متصلا بأجهزة دعم الحياة.

تعليمات إضافية (إختياري):

Additional Instructions (Optional)

أطلب أن تحترم وصيتي من قبل عائلتي و الفريق الطبي و أتعلم نتائج إختياري. أنا أفكر بوضوح.

توقيعي: (Sy Signature) التاريخ: Date: / / الوقت: Time

الشاهد الأول (الزامي): 1st Witness (required) الشاهد الثاني (الزامي): 2nd Witness (required)

إمضاء الشهود: إلزامي شاهدين، لا يمكن للوكيل المكلف برعايتك الصحية أن يكون شاهدا. يمكن لشاهد واحد أن يكون من عائلتك أو زوجتك. لا توجد الحاجة إلى كاتب موثق.

هاتف

أو فيديو

الموظفين المؤهلين / توقيع المترجم (ضع علامة X) (Check) اكتب الموظفين المؤهلين / اسم المترجم (Print Qualified Staff / Interpreter Name) رقم بطاقة التعريف اللغة المترجمة Language Interpreted ID Number

Advent Health
Orlando

Advance Directive Forms - Arabic
Tab: Legal Forms and Consents
602-0758 (11/18)

DH: Advance Directive/Living Will - FH Form

Patient Label



معلومات إضافية هامة متعلقة برغباتك لمشاركتها مع فريق الرعاية الصحية الخاصة بك و الوكيل المكلف برعايتك الصحية/

**ADDITIONAL IMPORTANT INFORMATION REGARDING YOUR WISHSES TO SHARE
WITH YOUR HEALTH CARE TEAM AND HEALTH CARE SURROGATE / FAMILY**

عائلتك

الوصية القائمة ليست أمرا " بعدم الإنعاش".

إذا كنت لا تريد القيام بالإنعاش القلبي (CPR) في حالة تعرضك لتوقف في القلب أو في الجهاز التنفسي، فعليك بالتكلم مع طبيبك المعالج لإستصدار أمر "عدم الإنعاش" (DNR) أمر (السماح بالموت الطبيعي). يلزم لذلك "أمر DNR" خاص والذي يسمح للفريق الطبي المتكفل بك بالتعامل معك في حالة توقف القلب أو الرئتين عن العمل. هذا لا يعني "عدم العلاج" قبل توقف قلبك أو رئتيك. إذا كنت مريضا فسوف تلقى الرعاية و العلاج الموصى بهما من قبل طبيبك المعالج و الموافق عليه من قبلك. يرجى التكلم مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك حول حالتك الطبية الحالية و أيضا حول منافع و مساوئ كل خيار علاجي.

الإنعاش القلبي (CPR): وهي محاولة لإعادة تشغيل وظيفة القلب و الرئة إذا توقف أحدهما عن العمل، و يتضمن الإنعاش القلبي مايلي:

- الضغط على الصدر – الضغط بصورة قوية متكررة على صدرك لمحاولة إبقاء تدفق الدم.
- إزالة الرجفان – صدمات كهربائية لمحاولة تشغيل القلب.
- أدوية عبر الأوردة.
- إدخال أنبوب بجهاز تنفسي أو تهوئة

إذا كان الإنعاش القلبي ناجحا، فعادة يتم نقلك لوحدة العناية المركزة بجهاز تنفسي و علاجات أخرى، إذا اقتضى الأمر.

إذا قررت أنك لا تريد القيام بإجراءات الإنعاش القلبي في حالة توقف قلبي أو توقف الجهاز التنفسي، أنت (أو الوكيل المكلف برعايتك الصحية أو أقرب أقاربك و نيابة عنك إذا كنت غير قادر على إتخاذ قرارات طبية) ملزمون بتوقيع إستمارة منفصلة لأمر بـ "عدم الإنعاش". هناك نوعان من إستمارة عدم الإنعاش، خاصة بالمستشفى أو بالمجتمع. يمكن لمقدم الرعاية الصحية الخاص بك أن يوفر لك معلومات إضافية تتعلق بإستمارة الأمر الأنسب لإستخدامه إنطلاقا من رغبتك.

إذا كنت نزيلا بالمستشفى، تكلم مع طبيبك المعالج حول ملء إستمارة أمر عدم الإنعاش.

إذا كنت بالخارج في المجتمع، يمكنك تحميل و طباعة إستمارة أمر عدم الإنعاش لولاية فلوريدا. يمكنك الوصول للإستمارة عبر هذا الرابط:

[http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/do-not-](http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/do-not-resuscitate/index.html)

[resuscitate/index.html](http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/do-not-resuscitate/index.html). يجب طباعة هذه الإستمارة على ورق أصفر و التوقيع عليها من طرفك و من طرف طبيبك المعالج لكي يتم إتباعها من قبل الخدمات الطبية الطارئة للمجتمع.

