

توجيه الرعاية الصحية

Health Care Directive

اسمي _____

My name is _____

تاريخ ميلادي _____

My birth date is _____

أنا شخص لديه القدرة على اتخاذ القرار. أوقع على هذا التوجيه طوعية. إذا لم أستطع اتخاذ قرارات بنفسي، فيجب على أقربائي وأصدقائي ووكلائي ومقدمي الرعاية الطبية أن يحترموا كل جزء من هذه التوجيهات. إذا كان أي جزء من هذه التوجيهات غير صالح، فيجب أن يتم احترام الباقي. ألغي أي توجيهات رعاية صحية قد وقعت عليها في الماضي.

I am a person with decision-making capacity. I voluntarily sign this directive. If I cannot make decisions for myself, my relatives, friends, agents, and medical providers should fully honor every part of this directive. If any part of this directive is invalid, the rest should be honored. I revoke any health care directives I have signed in the past.

1. قيم الرعاية الصحية: يجب أن توجه الرغبات والتفضيلات التالية جميع القرارات المتخذة بشأن رعايتي:

1. Health Care Values: The following wishes and preferences should guide all decisions made about my care:

a. ما يجعل حياتي تستحق العيش.

a. What makes my life worth living.

☐ قد تمنعني بعض الحالات الخطيرة والمستعصية من القيام بالأشياء التي تجعل الحياة تستحق العيش. في تلك الحالة، أرغب في وقف جميع أنواع العلاج ما عدا الرعاية التلطيفية وتسكين الألم والرعاية المخففة إذا لم أستعد القدرة على ذلك مطلقاً:

Some terminal or serious conditions may stop me from **ever** doing the things that make life worth living for me. In that situation, I want you to stop all treatment except comfort care, pain relief and palliative care if I **cannot ever again**:

☐ التعرف على أصدقائي المقربين وعائلتي بأي طريقة

Recognize my close friends and family in any meaningful way

☐ التمرين

Exercise

☐ الخروج

Be outdoors

☐ القراءة

Read

☐ مشاهدة الأفلام/البرامج التلفزيونية

Watch tv shows/movies

☐ القيام بما يلي:

Do the following:

☐ غير ذلك:

☐ الحياة دائماً تستحق العيش. افعل كل شيء يمكنك فعله لإبقائي على قيد الحياة.

b. آمالي. في أيامي الأخيرة، أتمنى أن أقضي وقتي:

☐ مع أصدقائي المقربين وعائلتي:

☐ مع مقتنيات المريحة و/أو حيواناتي الأليفة التالية:

☐ أكل/ شرب العناصر التالية، إذا كان ممكن:

☐ الاستماع إلى الموسيقى التالية:

☐ غير ذلك:

c. إدارة الألم. غالباً ما يكون للأدوية المستخدمة لعلاج الألم آثار جانبية مثل النعاس وانخفاض التركيز الذهني. في أيامي الأخيرة، أمل أن أوازن بين السيطرة على الألم والصفاء الذهني بهذه الطريقة:

☐ أمل أن أمضي وقتي بأقل قدر ممكن من الألم، حتى لو لم أكن صافيّ الذهن.

☐ أنا على استعداد لتحمل المستوى التالي من الألم على أمل الحصول على مزيد من التركيز الذهني:

☐ 1 = ألم لا ألاحظه تقريباً

Other:

Life is always worth living. Do everything you can to keep me alive.

b. My hopes. In my last days, I hope to spend my time:

With my close friends and family:

With the following comfort items and/or pets:

Eating/drinking the following items, if possible:

Listening to the following music:

Other:

c. Pain Management. Medications used to treat pain often come with the side effect of drowsiness and decreased mental clarity. In my last days, I hope to balance pain management and mental clarity in this way:

I hope to spend my time in as little pain as possible, even if I'm not mentally clear.

I am willing to tolerate the following level of pain in the hopes of having more mental clarity:

1 = Pain I hardly notice

☐ 2 = أشعر بالألم ولكنه لا يقاطع أنشطتي

☐ 3 = ألم يشتت انتباهي في بعض الأحيان

☐ 4 = ألم يشتت انتباهي، ولكنني أستطيع القيام بالأنشطة المعتادة

☐ 5 = ألم يقاطع بعض أنشطتي

☐ 6 = ألم من الصعب تجاهله، لذا أتجنب الأنشطة المعتادة

☐ 7 = الألم هو محور اهتمامي، ويمنعني من ممارسة أنشطتي اليومية

☐ 8 = الألم فظيع، ومن الصعب القيام بأي شيء

☐ 9 = الألم لا يطاق، لا أستطيع أن أفعل أي شيء

☐ 10 = الألم شديد كما يمكنني أن أتخيل. أهم شيء هو أقصى قدر من التركيز الذهني.

d. مخاوفي. يوجد مواقف و علاجات أشعر بالقلق بشأنها وأريد منعها أو تجنبها إذا كان ذلك ممكن.

☐ لدي خوف من (على سبيل المثال: ضيق التنفس، العطش، الشعور بالاختناق، الغثيان، الصداع):

من فضلكم، قوموا بكل ما في وسعكم لتخفيف هذا الشعور عني من خلال الرعاية التلطيفية.

☐ لا أريد أن أنفق مدخرات حياتنا على مرضي الأخير. يرجى تقديم الرعاية التلطيفية الأقل تكلفة لرعايتي في نهاية حياتي.

☐ غير ذلك:

e. أين أريد أن أكون. أريد في تلقي الرعاية في الأماكن التالية إذا أمكن:

2 = Pain I notice but does not interfere with activities

3 = Pain that sometimes distracts me

4 = Pain that distracts me, but I can do usual activities

5 = Pain interrupts some activities

6 = Pain is hard to ignore, I avoid usual activities

7 = Pain is my focus of attention, prevents daily activities

8 = Pain is awful, it's hard to do anything

9 = Pain is unbearable, I'm unable to do anything

10 = Pain as severe as I can imagine. Maximum mental clarity is the most important.

d. My fears. There are situations or treatments I am concerned about and want to prevent or avoid if possible.

I have a fear of (examples: shortness of breath, thirst, choking sensation, nausea, headaches):

Please do everything possible to relieve me of that feeling through comfort care.

I don't want to spend our life savings on my final illness. Please provide the least costly comfort care for my end-of-life care.

Other:

e. Where I want to be. I would like to receive care in the following place/s if possible:

☐ منزلي

☐ دار الرعاية الطبية للمسنين

☐ مكان إقامة به مساعدين

☐ مكان إقامة للعائلات المسنة

☐ دار رعاية مسنين

☐ المستشفى

☐ أدرك أن حصولي على الرعاية التي أرغب فيها، في المكان الذي أفضله، قد لا يكون متاحًا دائمًا بسبب احتياجاتي وظروفي في ذلك الوقت. أثق بمتخذي قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي وأعلم أنهم سيتخذون القرارات الأفضل بالنسبة لي بعد النظر في قيمتي ومشورة أحبائي ومقدمي الرعاية.

☐ غير ذلك:

f. أشياء أخرى لتعرفها عني:

☐ أود أن يتم إخبار أصدقائي وعائلتي بحالتي وإعطائهم الفرصة لزيارتي وتوديعي.

☐ أود أن أبقى على قيد الحياة لفترة قصيرة من الوقت إذا لزم الأمر للسماح لأصدقائي وعائلتي بالسفر وتوديعي.

☐ إذا أمكن، أتمنى أن أستطيع النظر من النافذة أو رؤية الطبيعة خلال أيامي الأخيرة.

☐ بموجب معتقداتي الدينية أو الثقافية، تُوجب عليّ الممارسات التالية فيما يخص الرعاية الصحية ورعاية نهاية الحياة:

My home

Hospice care

An assisted living facility

An adult family home

A nursing home

A hospital

I know that it may not be possible for me to receive care where I want, given my needs and circumstances at the time. I trust my healthcare decision-maker/s and know that they will make the best decisions for me after considering my values, and consulting with my loved ones and care providers.

Other:

f. Other things to know about me:

I would like my friends and family to be notified of my condition and given an opportunity to visit me to say goodbye.

I would like to be kept alive for a short period of time if needed to allow friends and family time to travel and say goodbye.

If possible, I would like to be able to look out a window or see nature during my last days.

My religious or cultural traditions require the following practices around health care and end of life care:

☐ غير ذلك:

Other:

2. **مرض العضال أو حالات فقدان الوعي الدائم.** إذا قام طبيبي المعالج بتشخيصي بحالة عضال أو قرر الطبيبان المعالجان أنني في حالة فقدان وعي بشكل دائم، أو قرر المعالج أن علاج مدى الحياة سيقوم فقط بإطالة أمد الموت بشكل مصطنع، أريد:

2. Terminal Illness or Permanent

Unconscious Condition. If my attending physician diagnoses me with a terminal condition or two physicians determine that I am in a permanent unconscious condition, and if my physician/s determine that life-sustaining treatment would only artificially prolong the process of dying, I want:

a. رعاية تلطيفية وعلاجات للألم. (حدد مربعاً)

a. Comfort Care and Pain Medication. (check one)

☐ في حال ظهرت عليّ علامات الألم أو عدم الراحة، أطلب تلقي العلاج والمسكنات لتخفيف المعاناة، حتى لو كان لدى الفريق الطبي شكوك بإمكانية تسريع ذلك لموعد وفاتي.

If I appear to be experiencing pain or discomfort, I want treatment and medications to make me comfortable, even if my medical providers believe it might unintentionally hasten my death.

☐ لا أريد أن تجعلني العلاجات والأدوية أشعر بالراحة إذا كانت هذه العلاجات والأدوية قد تعجل بوفاتي. أفعل كل ما هو ممكن لإبقائي على قيد الحياة حتى لو كنت أشعر بالألم. من فضلك، استخدم أساليب إدارة الألم التي لن تعجل بوفاتي.

I don't want treatment and medications to make me comfortable if those treatments and medications might hasten my death. Do everything possible to keep me alive even if I am in pain. Please use pain management methods that will not hasten my death.

b. دعم الحياة الاصطناعي. (حدد مربعاً)

b. Artificial Life Support. (check one)

☐ من فضلك، استخدم جميع خيارات العلاج لإطالة عملية الموت بشكل مصطنع أو إبقائي في حالة فاقد للوعي بشكل دائم.

Please use all treatment options to artificially prolong the process of dying or sustain me in a permanent unconscious condition.

☐ يجب حجب أو سحب العلاج التالي مني بعد (فترة زمنية)

The following treatment should be **withheld** or **withdrawn** from me after (period of time). (check all that apply):

_____ (حدد كل ما ينطبق):

☐ التغذية الاصطناعية

Artificial nutrition

☐ الترطيب الاصطناعي

☐ التنفس الاصطناعي (جهاز تنفس صناعي)

☐ الإنعاش القلبي الرئوي (الإنعاش)، بما في ذلك التنفس الصناعي، وأدوية تنظيم ضربات القلب، ومدرات البول، والمنشطات، أو أي علاج آخر لفشل القلب

☐ جراحة لإطالة حياتي أو إبقائي على قيد الحياة

☐ غسيل الكلى أو الترشيح لاستعادة وظيفة الكلى المفقودة

☐ نقل الدم لاستبدال الدم المفقود أو الملوث

☐ تستخدم الأدوية لإطالة الحياة، ليس للتحكم بالألم

☐ تستخدم أي أدوية طبية أخرى لإطالة حياتي أو إبقائي على قيد الحياة بشكل مصطنع

3. بعد الموت

a. الأعضاء وأجزاء الجسم والأنسجة

☐ أريد التبرع بالأعضاء وأجزاء الجسم والأنسجة. (تعليمات محددة، إن وجدت):

☐ لا أريد التبرع بالأعضاء وأجزاء الجسم والأنسجة.

b. التعليم أو البحث الطبي

☐ أوافق على استخدام كل أو جزء من جسدي للتعليم أو البحث الطبي.

☐ أنا لا أوافق على استخدام كل أو جزء من جسدي للتعليم أو البحث الطبي.

c. تشريح الجثة

☐ أوافق على تشريح الجثة.

Artificial hydration

Artificial respiration (ventilator)

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), including artificial ventilation, heart regulating drugs, diuretics, stimulants, or any other treatment for heart failure

Surgery to prolong my life or keep me alive

Blood dialysis or filtration for lost kidney function

Blood transfusion to replace lost or contaminated blood

Medication used to prolong life, not for controlling pain

Any other medical treatment used to prolong my life or keep me alive artificially

3. After Death

a. Organs, body parts, and tissues

I want to donate organs, body parts, and tissues. (*Specific instructions, if any*):

I don't want to donate organs, body parts, and tissues.

b. Medical education or research

I consent to use all or part of my body for medical education or research.

I **don't** consent to use all or part of my body for medical education or research.

c. Autopsy

I consent to an autopsy.

☐ أنا لا أوافق على تشريح الجثة.

d. تسليم جثتي وبقاياها

☐ عند وفاتي، يمكن تسليم جثتي وبقاياها إلى الشخص/الأشخاص التاليين:
(الاسم/الأسماء ومعلومات الاتصال):

4. مؤسسات الرعاية الصحية. إذا دخلت إلى مستشفى أو مؤسسة طبية لا تحترم هذه التوجيهات بسبب الدين أو معتقدات أخرى: (1) موافقتي على الدخول للمستشفى لا تعني موافقتي الضمنية للعلاج، و(2) أريد أن يتم نقلي بأسرع وقت ممكن إلى مستشفى أو مؤسسة طبية تحترم توجيهاتي.

5. التغييرات والإلغاء. أدرك أنني يمكنني تغيير كلمات هذا التوجيه قبل التوقيع. أدرك أيضاً أنني يمكنني إلغاء هذا التوجيه في أي وقت.

I **don't** consent to an autopsy.

d. Releasing my body and remains

Upon my death, my body and remains can be released to the following person/s: (*Name/s and contact information*):

4. Health Care Institutions. If I am admitted to a hospital or other medical institution that will not honor this directive due to religious or other beliefs: (1) my consent to admission is not implied consent to treatment, and (2) I want to be transferred as soon as possible to a hospital or other medical institution that will honor my directive.

5. Changes and Cancellation. I understand that I can change the wording of this directive before I sign it. I also understand that I can cancel this directive at any time.

التاريخ:

Date →

My signature (in front of a notary or witnesses) →

توقيعي (أمام كاتب العدل أو الشهود)

التوثيق (مفضل) **Notarization (preferred)**

ولاية واشنطن (State of Washington)

دولة (County of)

تم التوقيع والإشهاد عليها أمامي (تاريخ)

Signed or attested before me on (date)

بواسطة (الاسم) / by (name)

التاريخ (Date)

توقيع كاتب العدل (Signature of Notary)

الموثق العام لولاية واشنطن.

(Notary Public for the State of Washington)

(My commission expires) تنتهي صلاحية تفويضي في

إفادة الشهود

(فقط إذا لم تجد كاتب عدل)

Statement of Witnesses

(only if you cannot find a notary)

في (التاريخ) ، (الاسم) ،
وقع/ت توجيه الرعاية الصحية هذا في حضوري. أنا أعرف هذا الشخص
شخصيًا أو قدم إثباتًا للهوية. أعتقد أن هذا الشخص قادر على اتخاذ قرارات
الرعاية الصحية.

On (date) , (name) ,
signed this Health Care Directive in my presence.
They are personally known to me or provided
proof of identity. I believe they are capable of
making health care decisions.

- لا أرتبط بهذا الشخص بالدم أو الزواج.
- لا يحق لي أن أراث أموالاً أو ممتلكات من هذا الشخص.
- ليس لدي أي دعوى قانونية ضد هذا الشخص.
- أنا لست الطبيب المعالج لهذا الشخص. أنا لست موظفًا لدى طبيب هذا الشخص وليس لدى أي منشأة صحية يتعالج فيها.

- I am not related to this person by blood or marriage.
- I am not eligible to inherit money or property from this person.
- I do not have a legal claim against this person.
- I am not this person's attending physician. I am not an employee of their physician, or of any health facility where they are a patient.

الشاهد الأول

Witness 1

Signature

Print name

Address

التوقيع

الاسم مطبوعًا

العنوان

_____الهاتف	Phone
الشاهد الثاني	Witness 2
_____◀	Signature
_____التوقيع	
_____	Print name
_____الاسم مطبوعًا	
_____العنوان	Address

_____الهاتف	Phone

توجيه الرعاية الصحية
المرفق: معلومات الاتصال

Health Care Directive
Attachment: Contact Info

معلوماتي	My information
اسمي	My name
تاريخ ميلادي	My date of birth
رقم هاتفي	My phone number
عنوان بريدي الإلكتروني	My email address
عنوان بريدي للمراسلة	My mailing address
مقدم الرعاية الطبية الأولية	My primary care medical provider
توكيل رسمي	Power of attorney
<input type="checkbox"/> لدي نموذج توكيل رسمي دائم يسمح لشخص آخر (وكيلي) لأخذ قرارات الرعاية الخاصة بي إذا لم أكن قادرًا.	<input type="checkbox"/> I have a Durable Power of Attorney form that lets someone else (my "agent") make health care decisions for me if I am not able.
وكيل الرعاية الصحية الخاص بي (إن وجد)	My health care agent (if any)
الاسم	Name
علاقته بي (أمثلة: صديق، شريك، زوج، أخت، إلخ.)	Relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)
الهاتف	Phone
البريد الإلكتروني	Email
بديل وكيل رعايتي الصحية (إن وجد)	My alternate health care agent (if any)
الاسم	Name
علاقته بي (أمثلة: صديق، شريك، زوج، أخت، إلخ.)	Relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)
الهاتف	Phone
البريد الإلكتروني	Email

وكيل الرعاية الصحية البديل الثاني الخاص بي (إن وجد)	My 2 nd alternate health care agent (if any)
الاسم _____	Name
علاقته بي (أمثلة: صديق، شريك، زوج، أخت، إلخ.) _____	Relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)
الهاتف _____	Phone
البريد الإلكتروني _____	Email
تخطيط مسبق آخر	Other advance planning
أملك المستندات الأخرى التالية حول التخطيط المسبق أو نهاية الحياة (قائمة المستندات): _____ _____ _____ _____ _____	I have the following other documents about advance planning or end-of-life (<i>list document/s</i>): _____ _____ _____ _____ _____