

التوجيهات الطبية المسبقة للمرضى في فيرجينيا

أقر أنا، _____، عن سابق تصور وتصميم وبمحض إرادتي، أن
الرغبات التالية هي رغباتي في حال لم أعد قادرًا على اتخاذ قرارات واعية:

إنني أدرك أن توجيهاتي الطبية المسبقة (advance directive) قد تتضمن اختيار وكيل بالإضافة إلى تحديد خياراتي المتعلقة بالرعاية الصحية مسبقًا. إن مصطلح "الرعاية الصحية" يعني: تقديم خدمات لأي فرد بهدف منع أو التخفيف من أو علاج أو مداواة مرض بشري أو إصابة بشرية أو إعاقة جسدية، وتشمل تلك الخدمات، على سبيل المثال لا الحصر، الأدوية؛ والعمليات الجراحية؛ ونقل الدم؛ والعلاج الكيماوي؛ والعلاج بالأشعة؛ والإدخال إلى مستشفى أو دار رعاية أو منشأة للرعاية الدائمة أو غيرها من منشآت الرعاية الصحية؛ والعلاج النفسي أو ما إلى ذلك من العلاجات العصبية؛ وإجراءات إطالة الحياة والرعاية المُطَفَّة لتخفيف معاناة المرضى ومنعها.

إن عبارة "عدم القدرة على اتخاذ قرار مستنير (واعي)" تعني: عدم القدرة على استيعاب طبيعة وحدود وتبعات قبول قرار طبي مقترح؛ أو عدم القدرة على إجراء تقييم عقلائي لمزايا ومخاطر قرار طبي مقترح ومقارنتها بمزايا ومخاطر بدائل ذلك القرار؛ أو عدم القدرة على التعبير عن استيعاب تلك الأمور لأي سبب من الأسباب.

تظل هذه التوجيهات الطبية المسبقة سارية حتى في حالة إصابتي بإعاقة.

(يمكنك تضمين واحدًا أو جميع الأقسام من 1 إلى 5 الموضحة أدناه في هذه التوجيهات الطبية المسبقة.)

قسم 1: تعيين وكيل

(يُرجى شطب القسم 1 والقسم 2 بالكامل إن لم تكن ترغب في تعيين وكيل يتحمل مسؤولية اتخاذ القرارات الصحية بالنيابة عنك.)

إنني أعين بموجب هذه الوثيقة الشخص التالي ذكره كوكيل رئيسي مسؤل عن اتخاذ القرارات الصحية بالنيابة عني:

اسم الوكيل الرئيسي (Name of Primary Agent) الهاتف (Telephone) الفاكس إن وجد (Fax if any)

العنوان (Address) البريد الإلكتروني إن وجد (E-mail if any)

إن لم يكن الوكيل الرئيسي المذكور أعلاه متاحًا بالقدر المطلوب أو لم يكن قادرًا أو راغبًا في التصرف كوكيل لي، فإنني أعين الشخص التالي ذكره كوكيل ثانٍ:

اسم الوكيل الثاني (Name of Successor Agent) الهاتف (Telephone) الفاكس إن وجد (Fax if any)

العنوان (Address) البريد الإلكتروني إن وجد (E-mail if any)

إنني أُمَنح بموجب هذه الوثيقة وكيلي المذكور أعلاه كافة الحقوق والسلطات لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عني كما هو موضح أدناه بمجرد أن يقرر المختصون أنني غير قادر على اتخاذ قرارات واعية. وتظل سلطات وكيلي سارية طالما أنني غير قادر على اتخاذ قرارات واعية.

عند ممارسة الوكيل حقه في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عني، يتعين عليه الالتزام برغباتي وتفضيلاتي الموضحة في هذه الوثيقة، أو برغباتي المعلومة لديه. ويجب أن يسترشد وكيلي بالتشخيص الطبي والتوقعات المستقبلية للحالة وأي معلومات يقدمها الأطباء المتابعون لحالتي بخصوص مدى تعمق الإجراءات العلاجية والألم والمخاطر والأعراض الجانبية المترتبة على العلاج أو على الامتناع عن العلاج. ويتعين على وكيلي ألا يتخذ أي قرارات بشأن رعايتي الصحية تتعارض - حسب علمه الشخصي أو بعد مشاورات مع آخرين - مع معتقداتي الدينية أو مبادئه الأساسية سواءً عبرت عن ذلك شفهيًا أو كتابيًا. إن لم يتمكن وكيلي من تحديد قرار الرعاية الصحية الذي كنت سأأخذُه لو كنت قادرًا، فعليهِ أن يتخذ قرارًا بناءً على ما يعتقد أنه في مصلحتي.

عندما يصرح وكيلي بتنفيذ أي خدمات للرعاية الصحية لا يتحمل تكاليف تلك الخدمات بسبب ذلك التصريح في حد ذاته.

قسم 2: سلطات وكيل

(نرجو منك أن تشطب من هذا القسم أي سلطات لا ترغب في منحها لوكيلك وأن تضيف السلطات أو التعليمات التي ترغب في منحها لوكيلك).
تتضمن سلطات وكيل ما يلي:

- أ. قبول أو رفض أو التراجع عن قبول أي شكل من أشكال الرعاية الصحية أو العلاج والإجراءات الجراحية والتشخيصية والأدوية واستخدام الأجهزة الميكانيكية أو غيرها من الإجراءات التي تؤثر على أي من الوظائف الجسدية، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، التنفس الصناعي والتغذية والإرواء بوسائل اصطناعية والإنعاش القلبي الرئوي. يتضمن هذا التصريح تحديدًا سلطة الإقرار بإعطاء الأدوية المسكنة للألم بجرعات تزيد عن تلك الموصى بها للوصول للكمية الكافية لتسكين الألم حتى لو أدت تلك الأدوية إلى الإدمان أو التعجيل بوفاتي دون قصد.
ويجب ألا تتجاوز سلطات وكيل بموجب هذا البند الفرعي (أ) أي تعليمات أحدها في القسم 4 أدناه بخصوص رعايتي الصحية إن كنت مصابًا بحالة متدهورة لا أمل من الشفاء منها.
- ب. طلب واستلام ومراجعة أي معلومات شفهية أو خطية بخصوص حالتي الصحية الجسدية أو العقلية بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، السجلات الطبية وسجلات المستشفى والسماح بالإفصاح والكشف عن تلك المعلومات.
- ج. تعيين أفراد فريق الرعاية الصحية التابعين لي والاستغناء عنهم.
- د. السماح بإدخالي إلى أو إخراجي من (بما في ذلك نقلي إلى منشأة أخرى) أي مستشفى أو مأوى رعاية للمُحتَضرين أو دار رعاية أو منشأة رعاية دائمة أو غيرها من مرافق الرعاية الطبية. في حال كنت قد صرحت بإدخالي إلى منشأة رعاية صحية لتلقي العلاج من مرض نفسي، فإن تلك السلطة المذكورة في القسم الفرعي (هـ) و/أو القسم الفرعي (و) أدناه.
- هـ. التصريح بإدخالي إلى منشأة رعاية طبية لتلقي العلاج من مرض نفسي لمدة لا تزيد عن 10 أيام بشرط ألا يكون عندي اعتراض على إدخالي وبشرط أن يقوم طبيب، سواء كان طبيبًا ضمن الفريق أو طبيبًا مكلفًا من قبل المنشأة التي يُقترح إدخالي إليها، بفحصي والإقرار كتابيًا بأنني أعاني من مرض نفسي وغير قادر على اتخاذ قرارات واعية بشأن إدخالي إلى المنشأة، وأني بحاجة للعلاج في تلك المنشأة؛ والتصريح بإخراجي من المنشأة (بما في ذلك نقلي إلى منشأة أخرى).
- و. التصريح بإدخالي إلى منشأة رعاية صحية لتلقي العلاج من مرض نفسي لمدة لا تزيد عن 10 أيام (تقويمية)، حتى لو كان عندي اعتراض، وذلك إن قام طبيب، سواء كان طبيبًا ضمن الفريق أو طبيبًا مكلفًا من قبل المنشأة التي يُقترح إدخالي إليها، بفحصي والإقرار كتابيًا بأنني أعاني من مرض نفسي، وغير قادر على اتخاذ قرارات واعية بشأن إدخالي إلى المنشأة، وأني بحاجة للعلاج في تلك المنشأة؛ والتصريح بإخراجي من المنشأة (بما في ذلك نقلي إلى منشأة أخرى).

(في حالة موافقتك على منح وكيلك السلطات الموضحة في هذا البند الفرعي (و)، يتعين على طبيبك أن يملأ الإقرار التالي).

إقرار الطبيب: أنا الطبيب أو أخصائي العلاج النفسي المعتمد المتابع لحالة الموقع على هذه التوجيهات الطبية المسبقة. أقر أنا الموقع أدناه أنني أعتقد بأن الشخص الموقع على هذه التوجيهات الطبية قادر في الوقت الراهن على اتخاذ قرارات واعية وأنه يستوعب تبعات تقديم هذه التوجيهات الطبية المسبقة.

التاريخ (Date)

توقيع الطبيب (Physician Signature)

اسم الطبيب الكامل بوضوح (Physician Name Printed)

- ز. التصريح بأنواع الرعاية الصحية المحددة التالية في هذه التوجيهات الطبية المسبقة حتى إن كان لدي اعتراض.
(يرجى الإشارة تحديدًا إلى أي أقسام ذات صلة في هذه التوجيهات الطبية المسبقة.)

(في حالة موافقتك على منح وكيلك السلطات الموضحة في هذا البند الفرعي (ز)، يتعين على طبيبك أن يملأ الإقرار التالي).

إقرار الطبيب: أنا الطبيب أو أخصائي العلاج النفسي المعتمد المتابع لحالة الموقع على هذه التوجيهات الطبية المسبقة. أقر أنا الموقع أدناه أنني أعتقد بأن الشخص الموقع على هذه التوجيهات الطبية قادر في الوقت الراهن على اتخاذ قرارات واعية وأنه يستوعب تبعات تقديم هذه التوجيهات الطبية المسبقة.

التاريخ (Date)

توقيع الطبيب (Physician Signature)

اسم الطبيب الكامل بوضوح (Physician Name Printed)

- ح. الاستمرار في دور الوكيل حتى في حالة اعتراضه على سلطات الوكيل بعد أن يقرر المختصون أنني غير قادر على اتخاذ قرارات واعية.
- ط. التصريح بمشاركتي في أي دراسة صحية معتمدة من قبل مجلس مراجعة مؤسسي أو لجنة مراجعة بحثية وبما يتفق مع القوانين الفدرالية أو قوانين الولاية المعنية إن كانت الدراسة تحمل معها إمكانية استفادتي العلاجية منها بشكل مباشر.
- ي. التصريح بمشاركتي في أي دراسة صحية معتمدة من قبل مجلس مراجعة مؤسسي أو لجنة مراجعة بحثية وبما يتفق مع القوانين الفدرالية أو قوانين الولاية المعنية، وذلك إن كانت الدراسة تهدف لزيادة الإلمام العلمي بالحالة المرضية التي أعاني منها أو تخدم بشكل أو بآخر الصالح العام للبشر حتى وإن لم تكن الدراسة تحمل معها إمكانية استفادتي العلاجية منها بشكل مباشر.
- ك. اتخاذ القرارات بخصوص الزيارات خلال فترات تواجدي في أي منشأة رعاية صحية بما لا يتعارض مع التعليمات التالية:

ل. اتخاذ أي إجراءات قانونية لازمة لتنفيذ تلك القرارات، بما في ذلك منح إعفاء من المسؤولية لمقدمي الرعاية الطبية.

(نرجو منك أن توضح أدناه السلطات والحقوق الإضافية التي تود منحها لوكيلك والحدود التي تفرضها عليه أو غير ذلك من المعلومات التي قد تساهم في توجيه الوكيل).

تعليماتي الإضافية للوكيل هي كالتالي:

قسم 3: تعليمات الرعاية الصحية

(يرجى شطب القسمين الفرعيين (أ) و(ب) أدناه إن لم تكن ترغب في إضافة تعليمات أخرى بخصوص رعايتك الصحية).

أ. إنني أطلب أن أتلقى خدمات الرعاية الصحية الموضحة أدناه إن كانت ملائمة من وجهة النظر الطبية وفقاً للظروف التي أنا فيها وحسبما يقرر الطبيب المعالج:

ب. إنني أطلب تحديداً ألا أتلقى خدمات الرعاية الصحية التالية في الظروف التالية:
(بإمكانك أيضاً أن تحدد أن لا يتم تقديم خدمات رعاية صحية معينة تحت أي ظرف كان.)

قسم 4: تعليمات بخصوص الرعاية عند الاحتضار ("وصية الحياة")

(يرجى شطب هذا القسم 4 إن كنت لا ترغب في تقديم تعليمات معينة بخصوص الرعاية الصحية التي تتلقاها في حالة إصابتك بحالة مرضية متدهورة لا أمل من الشفاء منها.)

إذا قرر الطبيب المعالج في أي وقت أنني أعاني من حالة مرضية متدهورة لا أمل من الشفاء منها، وهي تلك الحالات التي يتم فيها اللجوء إلى إجراءات إطالة الحياة – بما في ذلك التنفس الصناعي والإنعاش القلبي الرئوي والإرواء والتغذية بوسائل اصطناعية – بهدف إطالة عملية الاحتضار ليس إلا ، فإنني أطلب منع تلك الإجراءات أو التراجع عنها وأن يُسمح بوفاتي بصورة طبيعية، مع تقديم العلاجات أو الإجراءات الطبية اللازمة لراحتي أو تسكين آلامي فقط. إن كنت وافقت على التبرع بأعضائي أو عيني أو أنسجتي (راجع القسم 5 أدناه)، فأنا أطلب بتنفيذ هذه التعليمات بما يضمن أن تظل أعضائي أو عيناى أو أنسجتي صالحة للتبرع من الناحية الطبية.

إذا فقدت القدرة على إعطاء توجيهات بخصوص اللجوء إلى إجراءات إطالة الحياة، فإنني أطلب عائلتي وطبيبي باحترام هذه التوجيهات الطبية المسبقة باعتبارها آخر تعبير لي عن حقي القانوني لرفض تلقي الرعاية الصحية وقبولي عواقب ذلك الرفض.

(يرجى شطب القسمين الفرعيين (أ) و(ب) أدناه إن كنت لا ترغب في إضافة تعليمات أخرى بشأن الرعاية الصحية عند الاحتضار.)

أ. توجيهات أخرى بخصوص إجراءات إطالة الحياة

(إن كنت ترغب في تقديم توجيهاتك الخاصة بشأن إجراءات إطالة الحياة، أو إن كنت ترغب في إضافة أي شيء على التوجيهات التي ذكرتها أعلاه ، فيإمكانك ذلك في هذا القسم الفرعي (أ). فإن كنت ترغب في تقديم تعليمات محددة بخصوص إجراءات معينة مثل التنفس الصناعي أو الإنعاش القلبي الرئوي أو الإرواء والتغذية بوسائل اصطناعية ،فهذا هو القسم المخصص لذلك. إن أعطيت تعليمات محددة في هذا القسم الفرعي (أ) فنرجو منك أن تشطب أي نص أعلاه في هذا القسم 4 في حال كانت تعليماتك المحددة التالية مختلفة.)

إنني أقدم التوجيهات التالية:

ب. توجيهات بخصوص خدمات الرعاية الصحية الأخرى بخلاف إجراءات إطالة الحياة

(يمكنك أن تذكر هنا أي تعليمات بخصوص رعايتك الصحية في حالة إصابتك بحالة مرضية مندهورة لا أمل من الشفاء منها بخلاف التعليمات التي نكرتها عن إجراءات إطالة الحياة الموضحة في القسم الفرعي (أ) أعلاه.)

إنني أقدم التوجيهات التالية:

قسم 5: التبرع بالأعضاء

(بإمكانك استخدام هذا القسم لتدوين قراراتك المتعلقة بالتبرع بأعضائك أو عينيك أو أنسجة جسدك أو جسدك بالكامل بعد وفاتك. إن لم تدون هذا القرار هنا أو في أي وثيقة أخرى ،يحق لوكيلك اتخاذ هذا القرار بالنيابة عنك ما لم تمنعه تحديداً من حق اتخاذ ذلك القرار ،ويمكنك أن تفعل ذلك في هذه الوثيقة أو غيرها. نرجو منك وضع علامة على أحد الخيارات الموضحة أدناه إن كنت ترغب في استخدام هذا القسم لتدوين قراراتك المتعلقة بالتبرع بالأعضاء.)

○ إنني أتبرع بأعضائي وعيني وأنسجة جسدي لكي يتم زرعها أو استخدامها بغرض العلاج أو الأبحاث أو التعليم. وأطلب اتخاذ كافة الخطوات اللازمة لضمان الصلاحية الطبية لأعضائي أو عينايا أو أنسجة جسدي للتبرع بها. وأقر بعلمي أنه بإمكانني تسجيل توجيهاتي في إدارة المركبات أو تسجيلها مباشرة في سجل المتبرعين www.DonateLifeVirginia.org ،، وأنه بإمكانني استخدام سجل المتبرعين لتعديل أو إلغاء توجيهاتي؛ أو

○ إنني أتبرع بجسدي بالكامل لأغراض الأبحاث والتعليم.

[إنكر هنا أي تعليمات محددة ترغب في تعطيها بخصوص التبرع بالأعضاء.]

(يتعين عليك التوقيع أدناه في حضور شاهدين (2)).

التأكيد وحق الإبطال: أقر أنا الموقع أدناه أنني بكامل قواي العقلية والنفسية التي تسمح لي بتقديم هذه التوجيهات الطبية المسبقة وأني أستوعب الغرض من هذه الوثيقة وتبعاتها. كما أنني أدرك أن من حقي إبطال هذه الوثيقة كلياً أو جزئياً في أي وقت وذلك من خلال (1) إقرار كتابي مؤرخ وموقع؛ أو (2) إتلاف أو إبطال هذه الوثيقة مادياً سواءً بنفسى أو بإصدار تعليماتي لشخص آخر بإتلافها في حضوري؛ أو (3) تصريحى شفهاً باعتزامي إبطال الوثيقة.

التاريخ (Date)

توقيع المقر أدناه (Signature of Declarant)

قام الشخص المقر بالتوقيع على هذه التوجيهات الطبية المسبقة في حضوري.

(الشاهد) (Witness)

(الشاهد) (Witness)

هذه الاستمارة تستوفي متطلبات قانون قرارات الرعاية الصحية لولاية فيرجينيا. إن كانت لديك أي أسئلة قانونية بخصوص هذه الاستمارة أو إن كنت ترغب في إعداد استمارة مختلفة تلبي احتياجات خاصة لديك نرجو منك استشارة محام. أنت المسئول عن تقديم نسخة من توجيهاتك الطبية المسبقة لطبيبك المعالج. كما يتعين عليك تقديم نسخ منها لوكيلك و/أو أقاربك المباشرين و/أو أصدقائك المقربين. لمزيد من المعلومات حول تسجيل هذه التوجيهات الطبية المسبقة في سجل التوجيهات الطبية المسبقة لولاية فيرجينيا المجاني تفضل بزيارة الموقع التالي:

<http://www.VirginiaRegistry.org>. هذه الاستمارة مقدمة لكم من خلال اتحاد الرعاية الصحية والمستشفيات بولاية فيرجينيا كخدمة لأعضائه وللعامّة. (يونيو/حزيران 2012 www.vhha.com) م ٧٥٠