



أعلن أنا، _____، طواعيةً وبمحض

تاريخ الميلاد (Date of Birth)

الاسم الأخير (Last Name)

الاسم الأول (First Name)

إرادتي عن رغبتني فيما يلي إذا قرر طبيبي أنني غير قادر على اتخاذ قرار مستنير:

أ. تعيين وكيل وصلاحياته

أعيّن بموجب هذا:

المدينة/الولاية (City/State)

رقم الهاتف (Telephone Number)

اسم الوكيل الأساسي (Name of Primary Agent)

وكيلاً لي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني كما هو مصرح به في هذه الوثيقة. وفي حالة عدم توافر الوكيل الأساسي على نحو معقول أو إذا كان غير قادر أو غير راغب في التصرف كوكيل لي، فإنني أعيّن ما يلي كوكيل احتياطي (وكلاء احتياطيين):

المدينة/الولاية (City/State)

رقم الهاتف (Telephone Number)

اسم الوكيل الاحتياطي (أسماء الوكلاء الاحتياطيين) (Name of Back-up Agent(s))

يتمتع وكيلي بالسلطة طالما أنني غير قادر على اتخاذ قرار مستنير فقط. وإنني أريد من وكيلي أن يحترم رغباتي وتفضيلاتي على النحو المذكور في هذه الوثيقة أو على النحو المعروف له عند اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني. وإذا لم يتمكن وكيلي من تحديد خيار الرعاية الصحية الذي كنت سأختاره لنفسي، فإنني أريده أن يتخذ خياراً بناءً على ما يعتقد أنه في مصلحتي. وتشمل صلاحيات وكيلي ما يلي، باستثناء تلك التي أُلغيتها:

- الموافقة أو عدم الموافقة أو سحب الموافقة على أي نوع من أنواع الرعاية الصحية أو العلاجات أو الإجراءات الجراحية أو التشخيصية أو الأدوية أو استخدامات التكنولوجيا أو أي إجراء آخر يؤثر على وظائف الجسدية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، التنفس الاصطناعي (جهاز التنفس) والتغذية الاصطناعية (التغذية الأنبوبية) والإمالة (سوائل IV) و الإنعاش القلبي الرئوي (Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)).
- طلب وتلقي ومراجعة أي معلومات مكتوبة أو شفوية تتعلق بصحتي الجسدية أو العقلية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، السجلات الطبية وسجلات المستشفى، والموافقة على الكشف عن هذه المعلومات.
- توظيف مقدمي الرعاية الصحية وتسريحهم.
- اتخاذ أي إجراءات قانونية قد تكون ضرورية لتنفيذ هذه القرارات، بما في ذلك إخلاء مسؤولية مقدمي الخدمات الطبية.
- إن لوكيلي سلطة اتخاذ قرارات بشأن الترتيبات الجنائزية، إلا إذا عيّنت شخصاً بديلاً هنا:

المدينة/الدولة (City/State)

رقم الهاتف (Telephone Number)

الاسم (Name)

لن أكمل هذا الجزء

II. تعليمات محددة حول رعايتي الصحية أو

إنني أفهم محتوى هذه الوثيقة وأوقع عليها طواعيةً وبمحض إرادتي. كما إنني أدرك أنه يجوز لي إلغاؤها كلها أو إلغاء أي جزء منها في أي وقت وفقاً لما ينص عليه القانون. وأدرك كذلك أنه يمكنني تغيير وكيل رعايتي الصحية في أي وقت عن طريق وضع توجيه جديد مسبقاً للرعاية الصحية وتقديم نسخة منه إلى مقدم الرعاية الصحية المتابع لي.

التاريخ:

(Date)

المريض (التوقيع):

(Patient (signature))

لقد وقّع الشخص المذكور أعلاه على هذا التوجيه المسبق بحضوري (يلزم وجود شاهدين بالغين):

التاريخ:

(Date)

الاسم بأحرف واضحة):

(print name)

الشاهد (التوقيع):

(Witness (signature))

التاريخ:

(Date)

الاسم بأحرف واضحة):

(print name)

الشاهد (التوقيع):

(Witness (signature))

بتوقيعي بالأحرف الأولى هنا، فإنني أختار عدم اتخاذ أي قرارات أخرى بشأن رعايتي. وإذا كنت أرغب في اتخاذ المزيد من القرارات بشأن رعايتي، فإنني سأكمل الجانب الخلفي من هذه الصفحة وأوقع عليه.

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

توجيه فرجينيا المسبق للرعاية الصحية

Virginia Advance Directive for Health Care

IAH IFH IFOH ILH IMVH ARABIC

Page 1 of 2

CAT # 20936DT AR / R010821 • PKGS OF 50



III. تعليمات الرعاية الصحية الإضافية أو

لن أكمل هذا الجزء

1. إذا كان موتي وشيكًا (جدًا) ولن يساعدني العلاج الطبي على التعافي:

اختر خيارًا واحدًا:

- لا أريد علاجًا ليطيل عمري. وقد يشمل هذا العلاج التغذية الأنبوبية، أو السوائل IV، أو الإنعاش القلبي الرئوي (Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)، أو المنفسة/جهاز التنفس، أو الديال الكلوي، أو المضادات الحيوية. وأدرك أنني سأظل أتلقى علاجًا لتخفيف الآمي وإشعاري بالراحة. (أو)
- أريد كل العلاجات لتطول حياتي لأطول فترة ممكنة ضمن حدود معايير الرعاية الصحية المقبولة عمومًا. وأدرك أنني سأتلقى علاجًا لتخفيف الآمي وإشعاري بالراحة.

2. إذا كانت حالتني تجعلني غير مدرك لنفسي أو لما يحيط بي أو غير قادر على التفاعل مع الآخرين، وكان من المؤكد بشكل معقول أنني لن أستعيد هذا الوعي أو القدرة:

اختر خيارًا واحدًا:

- لا أريد علاجًا ليطيل عمري. وقد يشمل هذا العلاج التغذية الأنبوبية، أو السوائل IV، أو الإنعاش القلبي الرئوي (Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)، أو المنفسة/جهاز التنفس، أو الديال الكلوي، أو المضادات الحيوية. وأدرك أنني سأظل أتلقى علاجًا لتخفيف الآمي وإشعاري بالراحة. (أو)
- أريد كل العلاجات لتطول حياتي لأطول فترة ممكنة ضمن حدود معايير الرعاية الصحية المقبولة عمومًا. وأدرك أنني سأتلقى علاجًا لتخفيف الآمي وإشعاري بالراحة. (أو)
- أرغب في تجربة العلاجات لفترة محددة من الوقت على أمل تحسين حالتني. وأقترح _____ كفترة زمنية يجب أن يتوقف بعدها العلاج إذا لم تتحسن حالتني. ويتم تحديد الفترة الزمنية وفقًا لتقدير وكيلي أو من ينوب عنه بالتشاور مع طبيبي. وأدرك أنني سأظل أتلقى علاجًا لتخفيف الآمي وإشعاري بالراحة.

IV. تعليمات إضافية للرعاية الصحية العقلية أو

لن أكمل هذا الجزء

يمكنك استخدام هذا القسم لتقديم تعليمات إضافية حول رعاية صحتك العقلية. فإذا لم تقدم تعليمات محددة، ستستند رعاية صحتك العقلية إلى قيمك وورغباتك، إذا كانت معروفة، إلى الحد الذي يسمح به القانون.

A. أطلب على وجه التحديد أن أتلقى رعاية الصحة العقلية التالية إذا كانت مناسبة من الناحية الطبية:

B. أطلب على وجه التحديد ألا أتلقى رعاية الصحة العقلية التالية:

C. قد يتخذ وكيلي المذكور في مقدمة هذه الوثيقة قرارات تتعلق بالصحة العقلية في حالة عدم تمكني من اتخاذ هذه القرارات بنفسني. نعم (Yes) لا (No)

أفهم هذه الوثيقة وأوقع عليها طواعية وبمحض إرادتي. كما إنني أدرك أنه يجوز لي إلغائها كلها أو إلغاء أي جزء منها في أي وقت وفقًا لما ينص عليه القانون. وأدرك كذلك أنه يمكنني تغيير وكيل رعائتي الصحية في أي وقت عن طريق وضع توجيه جديد مسبق للرعاية الصحية وتقديم نسخة منه إلى مقدم الرعاية الصحية المتابع لي.

المريض (التوقيع): _____ التاريخ: _____
(Patient signature) (Date)

وَقَّع الشخص المذكور هنا على هذا التوجيه المسبق في حضورني (يلزم وجود شاهدين بالغين):

الشاهد (التوقيع): _____ التاريخ: _____
(Witness signature) (Date)

الشاهد (التوقيع): _____ التاريخ: _____
(Witness signature) (Date)

معلومات الترجمة الفورية (ليتم إكمالها بواسطة موظفي Inova، إذا كان مطبقًا):

Interpreter Information (To be completed by Inova staff, if applicable):

- In person Telephonic Video Interpreter name/ID number (if applicable) _____
 Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

توجيه فرجينيا المسبق للرعاية الصحية

Virginia Advance Directive for Health Care

ARABIC

