



أعلن أنا، \_\_\_\_\_، طواعيةً وبمحض  
 الاسم الأول (First Name) الاسم الأخير (Last Name) تاريخ الميلاد (Date of Birth)

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

### I. تعيين وكيل وصلاحياته

أعيّن بموجب هذا:

اسم الوكيل الأساسي (Name of Primary Agent) رقم الهاتف (Telephone Number) المدينة/الولاية (City/State)

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):

اسم الوكيل الاحتياطي (أسماء الوكلاء الاحتياطيين) (Name of Back-up Agent(s)) رقم الهاتف (Telephone Number) المدينة/الولاية (City/State)

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 لنفسه، فإنني أريده أن يتخذ خياراً بناءً على ما يعتقد أنه في مصلحتي. وتشمل صلاحيات وكيلي ما يلي، باستثناء تلك التي أليها:

- 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:

الاسم (Name) رقم الهاتف (Telephone Number) المدينة/الدولة (City/State)

### II. تعليمات محددة حول رعايتي الصحية أو لن أكمل هذا الجزء

إنني أفهم محتوى هذه الوثيقة وأوقع عليها طواعية 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 مسبق للرعاية الصحية وتقديم نسخة منه إلى مقدم الرعاية الصحية المتابع لي.

المريض (التوقيع): \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
 (Patient signature) (Date)

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

الشاهد (التوقيع): \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
 (Witness signature) (Date)

الشاهد (التوقيع): \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
 (Witness signature) (Date)

بتوقيعي بالأحرف الأولى هنا، فإنني أختار عدم اتخاذ أي قرارات أخرى بشأن رعايتي. وإذا كنتُ 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 # 30936-AR / R092923 • 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 الآلام وإشعاري بالراحة. (أو)
- أريد كل العلاجات لتطول حياتي لأطول فترة ممكنة ضمن حدود معايير الرعاية الصحية المقبولة عمومًا. وأدرك أنني سألتقى علاجًا لتخفيف الآلام 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 الآلام وإشعاري بالراحة. (أو)
- أريد كل العلاجات لتطول حياتي لأطول فترة ممكنة ضمن حدود معايير الرعاية الصحية المقبولة عمومًا. وأدرك أنني سألتقى علاجًا لتخفيف الآلام وإشعاري بالراحة. (أو)
- أربغ 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 وكلي أو من ينوب عنه بالتشاور مع طبيبي. وأدرك أنني سأظل أتلقى علاجًا لتخفيف الآلام 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 ورغباتك، 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 وكلي 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 وأوقّع 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): \_\_\_\_\_  
(Patient signature)

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

الشاهد (التوقيع): \_\_\_\_\_  
(Witness signature)

الشاهد (التوقيع): \_\_\_\_\_  
(Witness signature)

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

