



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

إرادتي عن رغباتي في حالة عدم قدرتي على اتخاذ قرار مستنير بشأن رعايتي الصحية. ويكمن الغرض من هذه الوثيقة في استكمال توجيهي المسبق للرعاية الصحية، الذي نفذته في (التاريخ) باسم (اسم الوكيل) كوكيلي. وتتضمن هذه الوثيقة تعليمات محددة لتنظيم رعايتي الصحية إذا كنت أعاني من أزمة في الصحة العقلية.

### 1. صلاحيات وكيلتي الخاصة للسماح بالرعاية الصحية في حالة اعتراض

يتضمن هذا القسم تعليماتي المحددة حول رعايتي الصحية إذا كنت أعترض على الرعاية الصحية التي يعتقد وكيل رعايتي الصحية وطبيبي أنني بحاجة إليها.

وتتضمن صلاحيات وكيلتي ما يلي:

(تجاوز أي صلاحيات لا تريد منحها لوكيلك.)

1. السماح بدخولي إحدى مؤسسات الرعاية الصحية لأتلقى علاج الأمراض العقلية على النحو الذي يسمح به القانون، حتى لو اعترضتُ.
2. السماح بالرعاية الصحية الأخرى التي يسمح بها القانون والتي يعتقد وكيل رعايتي الصحية وطبيبي أنني بحاجة إليها، حتى لو اعترضتُ. وقد يشمل ذلك أي نوع من الرعاية الصحية ما لم أشر إلى خلاف ذلك من خلال تعليماتي المحددة المكتوبة في هذه الوثيقة، أو في توجيهي المسبق، أو في المساحة الفارغة التالية.

لا أسمح بهذه الأنواع المحددة من الرعاية الصحية:

[لمنح وكيلك أيًا من الصلاحيات الموضحة أعلاه، يجب أن يوقع طبيبك أو أخصائي علم النفس السريري المعتمد على البيان الوارد في المربع التالي:]

أنا طبيب أو أخصائي علم نفس سريري معتمد على دراية بالشخص الذي أنشأ ملحق التوجيه المسبق هذا للرعاية الصحية. وأشهد أنه قادر حاليًا على اتخاذ قرار مستنير وأنه يفهم تبعات الصلاحيات الخاصة الممنوحة لوكيله بموجب هذا القسم الأول من ملحق التوجيه المسبق هذا.

التاريخ (Date)	الطبيب أو أخصائي علم النفس السريري المعتمد (الاسم بأحرف واضحة) (Physician or Licensed Clinical Psychologist (print name))	الطبيب أو أخصائي علم النفس السريري المعتمد (التوقيع) (Physician or Licensed Clinical Psychologist (signature))
-------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

عنوان الطبيب أو أخصائي علم النفس السريري المعتمد  
(Physician or Licensed Clinical Psychologist Address)

#### PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Medical Record # \_\_\_\_\_

Gender:  Male  Female

Inova

ملحق توجيه فيرجينيا المسبق لظروف  
الصحة العقلية

Virginia Advance Directive Supplement for Mental Health Conditions

IAH  IFH  IFOH  ILH  IMVH ARABIC

Page 1 of 2

CAT # 20937DT AR / R010621 • PKGS OF 50

## II. تعليمات إضافية للرعاية الصحية العقلية (إن وجدت)

[إذا كنت ترغب في تقديم تعليمات إضافية حول رعاية صحتك العقلية، فيمكنك فعل ذلك هنا. ويمكنك الاستعانة بهذا القسم لتوجيه رعاية صحتك العقلية حتى لو لم يكن لديك وكيل. أما إذا لم تقدم تعليمات محددة، فستستند رعاية صحتك العقلية، إلى الحد الذي يسمح به القانون، على قيمك ورغباتك، إذا كانت معروفة، وفي مصلحتك الفضلى.]

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

---

---

B. أوصي على وجه التحديد بالأأتلقى رعاية الصحة العقلية التالية:

---

---

C. [بدلاً من كتابة تعليمات في هذا النموذج، يمكنك المطالبة بتقديم رعاية صحتك العقلية وفقاً لخطة الأزمات. وإذا كنت قد أعددت خطة أزمات، فحدد المربع التالي وأرفق خطة الأزمات في هذه الوثيقة.]

أوصي بأن يتم تقديم رعايتي بما يتوافق مع تفضيلاتي التي أفصحت عنها في خطة الأزمات المرافقة إلى الحد الذي يسمح به القانون.

التأكيد والحق في الإلغاء: بتوقيعي أدناه، أؤكد أنني أفهم ملحق التوجيه المسبق هذا المعني برعاية الصحة العقلية وأني أنقذه طواعية وبمحض إرادتي. وأدرك أيضاً أنه يجوز لي إلغاؤه كله أو إلغاء أي جزء منه في أي وقت وفقاً لما ينص عليه القانون.

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

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

الشاهد (التوقيع): \_\_\_\_\_ الاسم بأحرف واضحة): \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
(Witness (signature)) (print name) (Date)

العنوان: \_\_\_\_\_  
(Address)

الشاهد (التوقيع): \_\_\_\_\_ الاسم بأحرف واضحة): \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
(Witness (signature)) (print name) (Date)

العنوان: \_\_\_\_\_  
(Address)

معلومات الترجمة الفورية (لن يتم إكمالها بواسطة موظفي Inova، إذا كان مطبقاً):

**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

ملحق توجيه فيرجينيا المسبق لظروف  
الصحة العقلية

Virginia Advance Directive Supplement for Mental Health Conditions  
ARABIC

