



# التخطيط المُسبق للرعاية

التعبير عن رغباتك المتعلقة بتلقي الرعاية الصحية

**SANFORD**<sup>®</sup>  
HEALTH



## جدول المحتويات

|                       |   |
|-----------------------|---|
| 4.....                | البدء   |
| 5.....                | اختيار وكيل الرعاية الصحية                    |
| 6.....                | رسالة إلى وكلي للرعاية الصحية                 |
| 7.....                | التفكير فيما يعنيه عيش حياة جيدة بالنسبة إليك |
| 8.....                | تعرف على المزيد بشأن طرق العلاج الطبي الممكنة |
| 10 من 10 عبر 10 من 10 | تخطيطي المُسبق للرعاية                        |
| 10 من 10              | بعد استكمال التخطيط المُسبق للرعاية           |

## البدء

### لماذا يُعد التخطيط المُسبق للرعاية مهمًا؟

التخطيط المُسبق للرعاية هو عملية اتخاذ القرار بشأن رعايتك الصحية التي ستلتقها مستقبلاً. ويضمن تنفيذ رغباتك إذا فقدت القدرة على التحدث عن نفسك. قد يساعدك وضع التوجيهات المُسبقة أنت وأسرتك على التجهز في حالة تعرضك لإصابة أو مرض خطير.

ينبغي أن يكون لدى كل شخص فوق سن 18 عامًا تخطيط مسبق للرعاية.

### لماذا أحتاج إلى التخطيط المُسبق للرعاية؟

فكر بشأن هذا الموقف: تعرضت لإصابة أو أصبت بمرض فجأة، وتتلقي جميع طرق العلاج الطبية اللازمة لإبقائك على قيد الحياة. لكن، يعتقد أطباؤك أن فرصة تعرفك على نفسك أو المحيطين بك ضئيلة أو معدومة.

- من سيتخذ القرارات المعنية بك نيابةً عنك في هذه الحالة؟
- ما رغباتك بشأن أهداف رعايتك؟
- ما أنواع العلاجات التي ترغب في استمرارها أو إيقافها؟
- كيف يمكنك مساعدة أحبائك على اتخاذ هذه القرارات؟
- هل تشعر بالقلق بشأن تكاليف العلاجات الطبية غير المجدية؟

قد ينشأ مثل هذا الموقف في أي عمر بسبب حدوث إصابة في الدماغ ناجمة عن حادث، أو سكتة دماغية، أو مرض يتطور ببطء مثل ألزهايمر. قد يشعر أحبائك بالخوف، والغم، والارتباك بشأن رغباتك.

عند وضع التخطيط المسبق للرعاية، قد يدرج الأشخاص بيانات غير واضحة تمامًا ولا توفر معلومات كافية للاسترشاد بها في عملية اتخاذ القرار بشأن رعايتك الصحية. قد تشمل هذه تعليقات مثل:

- "إذا كنت في حالة اليقظة غير المستجيبة، فدعوني أذهب."
- "لا أريد تلقي إجراءات علاجية تنطوي على أخطار على صحتي."
- "افعل كل ما هو ممكن لإبقائي على قيد الحياة."

يختلف التخطيط المسبق للرعاية من شخص لآخر. على سبيل المثال، ماذا تعني "حالة اليقظة غير المستجيبة" بالنسبة إليك؟ أو ماذا تعني لك الرعاية الطبية "المنطوية على أخطار صحية"؟ أو إلى متى ينبغي عمل "كل شيء ممكن"؟ يُعد التعبير عن رغباتك بوضوح أمرًا مهمًا لأولئك الذين سيتخذون القرارات نيابةً عنك.

إذا كنت ترغب في المساعدة في تحديد رغباتك بوضوح، فتواصل مع مقدم رعايتك الصحية للحصول على استشارة، أو حدد موعدًا مع منسق التخطيط المُسبق للرعاية مدرب في منطقتك.

قد يقلل التخطيط المسبق للرعاية من معاناتك ويجلب راحة البال إليك وإلى الأشخاص الذين قد يتخذون القرارات نيابةً عنك.

## اختيار وكيل رعاية صحية

يُعد اختيار وكيل الرعاية الصحية أو مُتخذ القرار خطوة مهمة للغاية. لا يلزم أن يكون هذا الشخص هو نفس الشخص المرتبط بأمر أموالك أو ممتلكاتك. يتمثل واجب وكيلك للرعاية الصحية في التأكد من اتباع رغبات رعايتك الصحية.

- إذا كانت رغباتك غير معروفة، فسيحاول وكيلك اتخاذ القرار بشأن ما تريده.
- سوف تُعطى الأولوية لتنفيذ اختيارات وكيلك قبل رغبات أي شخص آخر.
- لن يتخذ وكيلك قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك إلا إذا كنت غير قادر على اتخاذ قراراتك بنفسك.

**ملحوظة:** قد تختلف المتطلبات القانونية لوكيل الرعاية الصحية حسب الولاية. راجع وثيقة التخطيط المسبق للرعاية المرفقة للحصول على التفاصيل.

### نصائح لاختيار الوكيل

ينبغي أن يكون وكيلك للرعاية الصحية:

- شخصًا تثق به
- يعرف رغباتك جيدًا
- يتحدث نيابةً عنك عندما تفقد القدرة على التحدث
- يلتزم بتنفيذ رغباتك

### اختيار وكيل بديل

إنها لفكرة جيدة أن تختار شخصًا آخر ليكون وكيلك في حالة عدم توفر خيارك الأول عند الحاجة. بعد اختيار وكيل، اطلب من وكيلك قراءة الرسالة الموجودة في الصفحة التالية أو تصوير نسخة منها، لتمنح وكيلك مزيدًا من المعلومات حول المسؤوليات التي يتحملها الوكلاء.

### لسكان داكوتا الشمالية

في داكوتا الشمالية، يجب أن يوافق وكيلك كتابيًا على أن يكون وكيلك. لا بد أن يوقَّع وكلاؤك على الصفحة 9 من 10 من التخطيط المسبق للرعاية.

استخدم هذه المساحة لإدراج الوكلاء المحتملين، وعناوينهم، وأرقام هواتفهم قبل ملء النموذج القانوني.

## رسالة إلى وكيل الرعاية الصحية

لقد اخترتك لتصبح وكيل الرعاية الصحية. وكيل الرعاية الصحية هو الشخص الذي يعرف رغباتي العلاجية وعلى استعداد لتنفيذها بعد أن يقرر طبيب أو أكثر أنني غير قادر على اتخاذ قراراتي بنفسى. سوف تحتاج إلى معرفة ما أراه مهمًا بالنسبة إلي. سأحتاج إلى التحدث إليك بشأن اختياري. أخطت لكتابة قراراتي بشأن رعايتي في التخطيط المسبق للرعاية. سأعطيك نسخة من الخطة. أشرك لكونك وكيل أعمالى.

### الصلاحيات المتاحة لك

تختلف القيود المفروضة على ما يمكن للوكيل القيام به وما لا يستطيع القيام به حسب الولاية. معًا، سنتحقق من قوانين ولايتى. فى معظم الولايات، بصفتك وكيل أعمالى، يمكنك:

- اختيار أو رفض تلقي العلاج الذي يبينى على قيد الحياة وغيره من العلاجات الطبية.
- الموافقة على تلقي العلاج ثم إيقافه إذا لم تتحسن حالتى.
- إمكانية الوصول إلى سجلاتى الطبية والكشف عنها.
- نقلى إلى مركز رعاية آخر واختيار مقدم رعايتى الصحية.
- طلب تشريح الجثة والتبرع بأعضائى، ما لم أذكر خلاف ذلك فى تخطيطى المسبق للرعاية.
- كونك وكيل الرعاية الصحية لا يمنحك الحق فى التحكم فى أموالى أو مسؤولية فواتيرى.

### أسئلة تطرحها على نفسك

- هل أنا على استعداد لتولى هذا الدور والمسؤولية؟
- هل أعرف رغبات الشخص بشأن تلقي الرعاية الصحية فى المستقبل؟
- هل يمكننى تنفيذ القرارات التى يريد الشخص منى اتخاذها، حتى ولو كانت مختلفة عن آرائى؟
- هل يمكننى اتخاذ قرارات رعاية صحية مهمة فى ظل المواقف العصبية؟
- إذا كانت إجابتك "بلا" عن أى من الأسئلة السابقة، فتحدث معى بشأن مخاوفك.

### إذا لم تكن مرتاحًا لتعيينك وكيل أعمالى

- يمكننا التحدث عن مشاعرك ومخاوفك. كلما زادت المعلومات المتوفرة لديك، زادت ثققت فى اتخاذ القرارات بالنيابة عنى. قد توجد طرق لمساعدتك على الشعور بارتياح أكبر عند اتخاذ القرارات نيابة عنى.
- قد ترغب فى الذهاب معى فى موعد إلى الطبيب. ستتمكن من طرح أسئلة حول حالتى الصحية والخيارات الصحية التى قد تنشأ.
- مراجعة خطتى المسبقة للرعاية. تأكد من أننى ذكرت رغباتى بوضوح.
- قد ترغب فى زيارة المتخصصين المتمرسين الذين يساعدون الأشخاص على اتخاذ القرارات الصحية. ويشملون مسؤولى تيسير التخطيط المسبق للرعاية، والاختصاصيين الاجتماعيين، ومديري الحالات، والقيادات الدينية والروحية.

# فكر فيما يعنيه عيش حياة جيدة بالنسبة إليك

اجمع أفكارك باستخدام ورقة العمل الاختيارية هذه. فكر في قيمك ورعايتك الصحية المستقبلية قبل ملء نموذج التخطيط المسبق للرعاية.

## فكر في معتقداتك وقيمك

1. إذا كنت تحظى بيوم جيد حقًا، فماذا سيحدث في ذلك اليوم؟ مع من ستبادل الحديث؟ ماذا كنت ستفعل؟

---

---

2. ما الذي يساعدك على مواجهة الصعوبات الشديدة في حياتك؟

---

---

3. ما الدور الذي يؤثر به الدين، أو العقيدة، أو الروحانيات في طريقة عيشك لحياتك؟

---

---

4. إذا كنت تعاني من مشاكل صحية شديدة، فما هي وما الذي تخشاه في المستقبل؟

---

---

5. فيما يتعلق بالعلاجات الطبية المستقبلية، ما الذي لا ترغب في أن تتلقاه؟

---

---

6. كيف تؤثر التكلفة في قراراتك بشأن تلقي الرعاية الطبية؟

---

---

7. متى تريد أن تتحول أهداف العلاج الطبي من محاولة إطالة حياتك إلى التركيز على إراحتك؟ صف هذه الأحوال مستخدمًا أكبر قدر ممكن من التفاصيل.

---

---

8. كيف ستكون "الوفاة الطبيعية" بالنسبة إليك؟

---

---

# تعرف على المزيد بشأن طرق العلاج الطبي الممكنة

فيما يلي بعض طرق العلاج الطبي التي قد تُستخدم لإنقاذ أو إطالة حياتك. قد تكون كل طريقة من طرق العلاج هذه ناجحة إذا استُخدمت كجسر لتعافيك. عندما تقترب من نهاية حياتك، قد يتسبب استخدامهما في معاناتك دون أمل في استعادة قدرتك على التعرف على نفسك أو المحيطين بك.

## CPR (الإنعاش القلبي الرئوي)

يشير الإنعاش القلبي الرئوي إلى الطرق المستخدمة لمحاولة إعادة تشغيل القلب والرئتين في حالة توقفهم عن العمل.

- يُستخدم الإنعاش القلبي الرئوي لمحاولة إعادة تشغيل قلبك إذا توقف عن النبض. ويشتمل على الضغط على صدرك وإعطاء نفس في فمك.
- يُستخدم التنبيب إذا كنت لا تستطيع التنفس. يُوضع أنبوب من خلال فمك أو أنفك في القصبة الهوائية. قد يوصل الأنبوب بجهاز التنفس (جهاز التنفس الصناعي). تضخ الآلة الهواء عبر الأنبوب إلى رئتيك.
- قد يُستخدم جهاز الصدمات الكهربائية (مزيل الرجفان) لإرسال صدمات قصيرة إلى قلبك من خلال وسائد صغيرة مثبتة على صدرك. قد يساعد هذا في استعادة نظم القلب إلى المعدل الطبيعي.
- قد تُستخدم الأدوية للمساعدة على إعادة قلبك للعمل.

## ما النتيجة المحتملة للإنعاش القلبي الرئوي؟

قد ينقذ الإنعاش القلبي الرئوي الأرواح، ولكن معدل نجاحه منخفض. قد يؤثر عمرك، وحالتك الصحية، ومرضك في النتيجة. عند بدء الإنعاش القلبي الرئوي للأشخاص كبار السن والضعفاء في دور رعاية المسنين، يبقى نحو 1 من كل 30 شخصًا على قيد الحياة. ينجح الإنعاش القلبي الرئوي بشكل أفضل إذا كانت صحتك العامة جيدة وبدأ إجراؤه بسرعة. عندما يُجرى في المستشفى، يبقى نحو 1 من كل 5 أشخاص على قيد الحياة حتى في حالة نجاتك، يمكن حدوث مضاعفات أثناء الإنعاش القلبي الرئوي قد تسبب المزيد من المشاكل الصحية. قد تتضمن الرعاية الصحية بعد الإنعاش القلبي الرئوي تلقي الرعاية في وحدة العناية المركزة (ICU) من أجل:

- جهاز التنفس الصناعي لدعم التنفس
- الضرر الذي لحق بأضلاعك
- حدوث تلف محتمل في الدماغ بسبب غياب الأكسجين

## كيف أذكر قراري بشأن تلقي الإنعاش القلبي الرئوي؟

في المستشفى، سيجري طبيبك ومقدمو الرعاية الصحية الآخرون الإنعاش القلبي الرئوي عند الحاجة ما لم تخبرهم بعدم القيام به أو كتابة رغباتك التي تنص على ذلك في التخطيط المسبق للرعاية. إذا اخترت عدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي، فيكتب الطبيب أمر عدم إجراء الإنعاش (DNR). يخبر هذا الأمر مقدمي الرعاية الصحية بعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي إذا توقف قلبك ورتناك عن العمل. يمكنك تغيير هذا القرار في أي وقت.

## ماذا إن كنت لا أريد إجراء الإنعاش القلبي الرئوي؟

سيتوقف قلبك عن النبض وستتوفى وفاة طبيعية. سنحرص على راحتك.

## أجهزة التنفس الصناعي أو جهاز ضغط مجرى التنفس الموجب ثنائي المستوى (BiPAP)

يمكن استخدام جهاز التنفس الصناعي لوضع ساعات إلى بضعة أشهر أو لسنوات.

- جهاز التنفس الصناعي هو جهاز يساعد الشخص على التنفس. يتصل الجهاز بأنبوب يمر عبر أنفك أو فمك ومنه إلى القصبة الهوائية. يدفع الهواء إلى رئتيك إذا كنت أضعف من أن تتنفس بمفردك.
- يدفع جهاز ضغط مجرى التنفس الموجب ثنائي المستوى (BiPAP) الهواء إلى رئتيك من خلال قناع وجه يُنبت بإحكام فوق فمك وأنفك.



## المخاوف المُحتملة المرتبطة بأجهزة التنفس الصناعي أو جهاز ضغط مجرى التنفس الموجب ثنائي المستوى

- قد تحتاج إلى تلقي الرعاية في وحدة العناية المركزة (ICU).
- قد تحتاج إلى تناول أدوية لإبقائك ناعساناً أو نائماً.
- لا يمكنك التحدث أو البلع عند وضع أنبوب جهاز التنفس الصناعي داخل القصبة الهوائية.
- قد لا يعمل جهاز التنفس الصناعي بشكل جيد في حالة توقف وظائف جسمك بسبب مشاكل صحية طويلة الأمد.
- للاستخدام طويل الأجل، يمكن وضع أنبوب التنفس من خلال إحداث فتحة في الحلق (بضع القصبة الهوائية).
- في حالة استخدام قناع جهاز ضغط مجرى التنفس الموجب ثنائي المستوى، قد يدخل بعض الهواء إلى معدتك ويسبب ألم الغازات. عند ارتداء القناع، قد يصعب التحدث أو تناول الطعام.

## ماذا إن كنت لا أريد جهاز التنفس الصناعي أو جهاز ضغط مجرى التنفس الموجب ثنائي المستوى؟

إذا كنت غير قادر على التنفس بنفسك أو بالاستعانة بجهاز تنفس، فسوف تموت بشكل طبيعي. سنحرص على راحتك.

## الغسيل الكلوي

الغسيل الكلوي هو علاج يقوم بوظائف الكلى من خلال ترشيح الدم. هناك نوعان من الغسيل الكلوي:

- **غسيل الدم** يزيل السوائل والفضلات من الدم باستخدام مرشح. يتدفق الدم من جسمك إلى جهاز الغسيل الكلوي ثم يمر من خلال مرشح خاص يسمى آلة الغسيل الكلوي أو كلية صناعية، ويعود إلى جسمك مرة أخرى. أثناء مرور الدم عبر آلة الغسيل الكلوي، تُخرج السوائل والفضلات.
- **الغسيل الكلوي البريتوني (PD)** هو علاج للفشل الكلوي يستخدم الغشاء البريتوني للجسم الموجود في البطن كمرشح. يُجرى الغسيل الكلوي البريتوني (PD) نحو أربع مرات كل يوم في فترات الراحة العادية خلال اليوم: الصباح، والظهيرة، والمساء، ووقت النوم.

## ماذا يحدث إذا اخترت عدم إجراء الغسيل الكلوي؟

يحق لجميع المرضى أن يقرروا عدم بدء إجراء الغسيل الكلوي. إذا بدأت إجراء الغسيل الكلوي، فيحق لك التوقف. سيؤدي اختيار عدم تلقي العلاج أو إيقاف الغسيل الكلوي إلى حدوث الوفاة الطبيعية في غضون بضعة أيام إلى بضعة أسابيع. يحق لك أيضاً البدء في إجراء الغسيل الكلوي مرة أخرى إذا غيرت رأيك.

## التغذية الاصطناعية أو إعطاء السوائل الاصطناعية

تُستخدم التغذية الاصطناعية (أنبوب التغذية) أو إعطاء السوائل الاصطناعية لدعم جسمك إذا لم يعد في إمكانك تناول الطعام أو السوائل عن طريق الفم. تتضمن بعض أنواع الأنابيب المستخدمة ما يلي:

- **الأنبوب الأنفي المعدي (NG)** يمكن تمريره من خلال الأنف إلى المعدة. يمرر التركيبة الغذائية والماء مباشرةً إلى المعدة.
- **أنبوب فغر المعدة (G tube)** أو أنبوب فغر المعدة بالمنظار عبر الجلد (PEG) يمكن وضعهما من خلال ثقب صغير في البطن. ويمرر التركيبة الغذائية والماء مباشرةً إلى المعدة.
- **خط وريدي (داخل الوريد)** يوضع خط داخل الوريد. يرسل التغذية والسوائل مباشرةً إلى الأوعية الدموية.

## المخاوف المُحتملة بشأن التغذية الاصطناعية

قد تشمل المخاطر على التعرض للزيف أو العدوى في موقع الأنبوب وحدوث مشكلات في الأنبوب. قد يؤدي استنشاق التركيبة الغذائية عن طريق الخطأ إلى حدوث التهاب رئوي، وهي مشكلة تهدد الحياة. قد يكون انتفاخ البطن، وألم البطن، والإسهال من الأعباء الناجمة عن طرق التغذية عبر الأنبوب.

## ماذا يحدث إذا اخترت الحصول على تغذية اصطناعية؟

قد تساعدك التغذية الاصطناعية على الشعور بالتحسن وتحسين جودة حياتك لبعض الوقت. إذا كنت قرب نهاية حياتك، فقد يصعب عليك تحمل المشاكل التي قد تحدث مع هذا العلاج.

## ماذا يحدث إذا اخترت عدم تلقي التغذية الاصطناعية؟

إذا لم تستطع تناول أي طعام عن طريق الفم واخترت عدم تلقي التغذية الاصطناعية، فسوف يتوقف جسمك عن العمل ببطء. من المحتمل أن تحدث الوفاة في غضون بضعة أيام أو أسابيع. قد تشعر ببعض الاطمئنان عندما تعرف أن معظم المرضى بالقرب من نهاية الحياة لا يشعرون عادةً بالجوع أو العطش.

## المخاوف المحتملة بشأن إعطاء السوائل الاصطناعي

قد يتسبب إعطاء السوائل الاصطناعي في تراكم الكثير من السوائل في الجسم. قد يسبب هذا تورماً مزعجاً في الذراعين، والساقين، والبطن. قد تترام السوائل أيضاً في الرئتين؛ ما قد يسبب مشكلات في التنفس وضيقاً في التنفس. تشمل المخاطر أيضاً النزيف والعدوى في موقع الأنبوب.

## ماذا يحدث إذا اخترت تلقي السوائل الاصطناعي؟

سيساعد إعطاء السوائل الاصطناعي جسمك على أداء وظائفه. قد يؤدي ذلك إلى شعور بمزيد من الراحة وتحسين جودة الحياة لبعض الوقت. إذا كنت قرب نهاية حياتك، فقد يصعب عليك تحمل المشكلات التي يمكن أن تحدث مع هذا العلاج.

## ماذا يحدث إذا اخترت عدم تلقي السوائل الاصطناعي؟

بدون الحصول على كمية كافية من السوائل، سيتوقف الجسم عن العمل ببطء. ستحدث الوفاة في غضون أيام أو أسابيع قليلة. قد تشعر ببعض الاطمئنان عندما تعرف أن الجفاف جزء طبيعي من عملية الاحتضار. لا يشعر معظم المرضى قرب نهاية الحياة بالعطش. في الأيام الأخيرة من الحياة، قد يساعد الجفاف في تحفيز إطلاق مواد كيميائية من الدماغ قد تجعلك تشعر بالهدوء والرفاه. قد يساعدك هذا على قضاء ساعاتك الأخيرة بقدر أكبر من الراحة.

## تعطيل أجهزة القلب

يمكن استخدام أجهزة تنظيم ضربات القلب المزروعة (ICD) أو أجهزة مساعدة البطين الأيسر (LVAD) لدعم وظائف قلبك. قد يأتي وقت ترغب فيه في تعطيل هذه الأجهزة وحدوث الوفاة الطبيعية. سيساعدك التحدث إلى طبيبك بشأن هذا الأمر مسبقاً ووجود خطة موضوعة.

## المضادات الحيوية للعدوى

تحدث الوفاة أحياناً نتيجة عدوى لا نتيجة مشكلة طبية مثل السرطان أو أمراض القلب. تشكل بعض الأمثلة على أنواع العدوى الخطيرة الالتهاب الرئوي وتسمم الدم. يمكنك أن تقرر تلقي علاج لأنواع العدوى أو لا بناءً على رغباتك والنتائج الصحية طويلة المدى. المضادات الحيوية هي الأدوية المستخدمة لعلاج أنواع العدوى التي تسببها البكتيريا. قد تُستخدم أدوية أخرى لعلاج الفيروسات أو أنواع العدوى الفطرية. قد يلزم إعطاء هذه الأدوية عبر الوريد.

## الرعاية التلطيفية ورعاية المحتضرين

قد ترغب في إدراج رغباتك بشأن مكان وكيفية تلقي الرعاية.

الرعاية التلطيفية هي طريقة لتقديم رعاية توفر الراحة. وتهدف إلى الوقاية من الأعراض والآثار الجانبية للمرض أو علاجها. ينبغي أن تشكل جزءاً من الخطة منذ اليوم الأول لتشخيص مرض خطير. يمكن تقديم الرعاية التلطيفية بغض النظر عن المدة المتوقعة للعيش. يمكن أن توفر الرعاية التلطيفية:

- تخفيف الآلام والأعراض الأخرى
- الدعم العاطفي والروحي لك ولأسرتك
- المساعدة في اتخاذ قرارات العلاج المعقدة

رعاية المحتضرين هي مستوى من الرعاية توفر الراحة لأولئك الذين يتوقع أن يتوفوا خلال السنة أشهر القادمة. ينصب التركيز على إدارة الأعراض والموت في سلام، وحياة سالمة بعد الموت. مع تدهور الحالة الصحية، ينتقل الأمل إلى قضاء وقت هادف مع الأسرة والأصدقاء. يمكن أن تقدم رعاية المحتضرين جميع المزايا المذكورة للرعاية التلطيفية بالإضافة إلى:

- العلاج الطبيعي أو العلاج الوظيفي للمساعدة في إنتاج طاقة جديدة أو الحفاظ على الطاقة
- الفنون، والموسيقى، وطرق العلاج التكميلية الأخرى
- الرعاية المؤقتة لتوفير استراحة لمقدمي الرعاية
- مساعدو الرعاية الصحية المنزلية للمساعدة في الاستحمام، والعناية الشخصية، وتناول الطعام، وغيرها من الاحتياجات الصحية الشخصية
- متطوعون مدربون لتقديم الدعم مثل إنجاز الأعمال وإعداد الوجبات
- خدمات الدعم لمقدمي الرعاية بما في ذلك استشارات الحزن لفقدان شخص

## التبرع بالأعضاء

ضع في اعتبارك هذه الحقائق بشأن التبرع بالأعضاء عند اتخاذ قرارك. سجل على الموقع الإلكتروني [www.life-source.org](http://www.life-source.org) أو ضع رغباتك على رخصة قيادتك.

- ينتظر أكثر من 3000 شخص في منطقة الغرب الأوسط العليا إجراء عملية زرع.
- قد يساعد التبرع بالأعضاء أسرتك على تجاوز أحزان الفقد. يمكن لشخص واحد أن ينقذ أو يشفي ما يصل إلى 60 روحاً.
- لن تتحمل أنت أو أسرتك أي تكلفة عندما تتبرع بالأعضاء.
- حتى إذا كنت تعاني من ظروف صحية، فمن المحتمل أن تتمكن من التبرع.
- تدعم جميع الأديان الرئيسية التبرع بالأعضاء.
- لن يؤثر التبرع بالأعضاء في أي خطط جنازية للمأتم.
- تُعد عمليات التبرع بالأعضاء سرية.

قد يتطلب التبرع بجسدك بأكمله من أجل العلم نماذج منفصلة.

تمثل الصفحات العشر التالية نموذج التخطيط المسبق للرعاية.

- املأ هذه الصفحات. يمكنك تركها في الكتيب أو إزالتها كما تشاء.
- اكتب اسمك، وتاريخ ميلادك، وتاريخ الإكمال أسفل كل صفحة.
- لا توقّع على الجزء 4 "التفويض القانوني" في الصفحة 8 من 10 إلا في حضور شهودك أو كاتب عدل.
- بادر بعمل نسخ لبياناتك المسجلة وشاركها مع الأسرة.
- أعد النماذج المكتملة إلى مقدم رعايتك الصحية و/أو مرفق الرعاية الصحية لتوضع في سجلك الطبي.
- راجع الصفحة 10 من 10 للتعرف على ما ستفعله في نموذج التخطيط المسبق للرعاية المكتمل.

# My Advance Care Plan

## تخطيطي المُسبق للرعاية

I have completed this Advance Directive with much thought. This document gives my treatment choices and preferences, and/or appoints a Health Care Agent (also known as Health Care Power of Attorney) to speak for me if I cannot communicate or make my own health care decisions. My Health Care Agent, if named, is able to .make medical decisions for me, including the decision to refuse treatments that I do not want

لقد أكملت هذا التوجيه المسبق بعد الكثير من التفكير. يقدم هذا المستند خياراتي العلاجية وتفضيلاتي، و/أو يعين وكيل الرعاية الصحية (المعروف أيضًا بالوكيل الرسمي للرعاية الصحية) للتحدث نيابةً عني إذا فقدت القدرة على التعبير عن نفسي أو اتخاذ قرارات رعايتي الصحية. يستطيع وكيلي للرعاية الصحية، إذا تم تعيينه، اتخاذ قرارات طبية نيابةً عني، بما في ذلك قرار رفض العلاجات التي لا أُرغب فيها.

**.This document will replace any previous advance directive**

ستحل هذه الوثيقة محل أي توجيه مسبق سابق.

My name (اسمي): \_\_\_\_\_ Date (التاريخ): \_\_\_\_\_

My date of birth (تاريخ ميلادي): \_\_\_\_\_

My address (عنواني): \_\_\_\_\_

My telephone numbers: (home) (أرقام هواتفي: (المنزل)) \_\_\_\_\_ cell (الخلوي) \_\_\_\_\_

.My initials here indicate a professional medical interpreter helped me complete this document

تشير الأحرف الأولى من اسمي هنا إلى أن مترجمًا فوراً طبيبياً محترفاً ساعدني على إكمال هذه الوثيقة.

## Part 1: My Health Care Agent

(Also Known as Health Care Power of Attorney)

### الجزء 1 وكيلي للرعاية الصحية

(يعرف أيضًا بالوكيل الرسمي للرعاية الصحية)

If I cannot communicate my wishes and health care decisions due to illness or injury, or if my health care team determines that I cannot make my own health care decisions, I choose the person named below to communicate :my wishes and make my health care decisions. My health care agent must

Follow my health care instructions in this document •

Follow any other health care instructions I have given to him or her •

Make decisions in my best interest and in accordance with accepted medical standards •

إذا فقدت القدرة على التعبير عن رغباتي وقرارات رعايتي الصحية بسبب مرض أو إصابة، أو إذا قرر فريق رعايتي الصحية أنني غير قادر على اتخاذ قرارات رعايتي الصحية، فسأختار الشخص المذكور أدناه للتعبير عن رغباتي واتخاذ قرارات رعايتي الصحية. يجب على وكيلي للرعاية الصحية:

• اتباع توجيهات الرعاية الصحية الواردة في هذه الوثيقة

• اتباع أي توجيهات رعاية صحية أخرى قدمتها له أو لها

• اتخاذ القرارات الأفضل لمصلحتي ووفقاً للمعايير الطبية المقبولة

## Requirements for Who May Be an Agent or Health Care Power of Attorney Under State Law

الشروط المتعلقة بالشخص الذي قد يُعيّن وكيلًا أو وكيلًا رسميًا للرعاية الصحية بموجب قانون الولاية

**Iowa:** My agent cannot be a health care provider caring for me on the date I sign this document  
My agent also cannot be an employee of a health care provider unless related to me by blood, marriage  
.or adoption within the third degree of relation

أيوا: لا يمكن أن يكون وكيلي مقدم رعاية صحية يعتني بي في تاريخ توقيعي على هذه الوثيقة. لا يمكن أن يكون وكيلي أيضًا موظفًا لدى مقدم رعاية صحية إلا إذا كان مرتبطًا بي بصلة دم، أو زواج، أو تبني في نطاق أقارب الدرجة الثالثة.

**Minnesota:** My agent must be an adult. My agent cannot be a health care provider or employee of a health care provider giving me direct care unless I am related to that person by blood or marriage, registered domestic partnership, or adoption or unless I have specified otherwise in this document  
(Specify here): \_\_\_\_\_.

.In addition, a person appointed to determine my capacity to make decisions cannot be my agent

مينيسوتا: يجب أن يكون وكيلي شخصًا بالغًا. لا يمكن أن يكون وكيلي مقدم رعاية صحية أو موظفًا لدى مقدم رعاية صحية يقدم لي رعاية مباشرة إلا إذا كنت مرتبطًا بذلك الشخص بصلة دم أو زواج، أو شراكة منزلية مُسجلة، أو بالتبني، أو ما لم أحدد خلاف ذلك في هذه الوثيقة (يُرجى التحديد هنا): \_\_\_\_\_.

بالإضافة إلى ذلك، لا يمكن أن يكون وكيلي هو الشخص المُعيّن لتحديد أهليتي لاتخاذ القرارات.

**North Dakota:** My agent must be an adult. My agent cannot be: 1) my health care provider; 2) someone who is an employee of my health care provider but is not related to me; 3) my long term care services provider; or 4) someone who is an employee of my long term care services provider but is not related to me

شمال داكوتا: يجب أن يكون وكيلي شخصًا بالغًا. لا يمكن أن يكون وكيلي: 1) مقدم رعايتي الصحية؛ 2) شخصًا يعمل لدى مقدم رعايتي الصحية ولكن لا تربطني به صلة؛ 3) مقدم خدمات رعايتي طويلة الأجل؛ أو 4) شخصًا يعمل لدى مقدم خدمات رعايتي طويلة الأجل ولكن لا تربطني به صلة.

**South Dakota:** My agent must be an adult

جنوب داكوتا: يجب أن يكون وكيلي شخصًا بالغًا.

**:My Primary (Main) Health Care Agent Is**

وكيلي للرعاية الصحية الأساسي (الرئيسي) هو:

Name (الاسم): \_\_\_\_\_ Relationship (الصلة): \_\_\_\_\_

Telephone numbers (أرقام الهاتف): (H) (المنزل) \_\_\_\_\_ (C) (الخلوي) \_\_\_\_\_

W (العمل) \_\_\_\_\_

Full address (العنوان الكامل): \_\_\_\_\_

If my primary agent is not willing, able, or reasonably available to make health care decisions for me, I choose  
an alternate Health Care Agent

إذا كان وكيلي الأساسي غير مستعد، أو غير قادر، أو غير متاح بشكل معقول لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عني، ففي هذه الحالة أختار  
وكيل رعاية صحية بديلاً.

**:My Alternate Health Care Agent Is**

وكيلي للرعاية الصحية البديل هو:

Name (الاسم): \_\_\_\_\_ Relationship (الصلة): \_\_\_\_\_

Telephone numbers: (H) (أرقام الهاتف): (المنزل) \_\_\_\_\_ (C) (الخلوي) \_\_\_\_\_

W (العمل) \_\_\_\_\_

Full address (العنوان الكامل): \_\_\_\_\_

**:Powers of My Health Care Agent**

صلاحيات وكيلي للرعاية الصحية:

My Health Care Agent automatically has all the following powers when I do not have the capacity to make  
decisions and/or I am unable to communicate for myself

يتمتع وكيلي للرعاية الصحية تلقائياً بجميع الصلاحيات التالية عندما أفقد أهلية اتخاذ القرارات و/أو عندما أعجز عن التعبير عن نفسي:

A. Agree to, refuse, or cancel decisions about my health care. This includes tests, medications, surgery, withdrawing or starting artificial nutrition and hydration (such as tube feedings or IV (intravenous) fluids), and other decisions related to treatments. If treatment has already begun, my agent can continue it or stop it based on my instructions

الموافقة على، أو أرفض، أو إلغاء القرارات المتعلقة برعايتي الصحية. يشمل ذلك إجراء الاختبارات، والأدوية، والجراحة، وسحب أو بدء التغذية الاصطناعية والإمداد بالسوائل (مثل أنواع التغذية بالأنبوب أو السوائل الوريدية عبر الوريد)، والقرارات الأخرى المتعلقة بالعلاجات. في حالة بدء العلاج بالفعل، يحق لوكيلي أن يقرر استمرار العلاج أو إيقافه بناءً على تعليماتي.

B. Interpret any instruction in this document based on his or her understanding of my wishes, values and beliefs .

تفسير أي تعليمات واردة في هذه الوثيقة بناءً على فهمه لرغباتي، وقيمي، ومعتقداتي.

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) \_\_\_\_\_ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الإكمال) \_\_\_\_\_ Birth Date (تاريخ الميلاد) \_\_\_\_\_

C. Review and release my medical records and personal files as needed for my health care, as stated in the .C Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)

مراجعة سجلاتي الطبية وملفاتي الشخصية والكشف عنها حسب الحاجة من أجل رعايتي الصحية، كما هو منصوص عليه في قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 (HIPAA).

D. Arrange for my health care and treatment in a location he or she thinks is appropriate .D

الترتيب للحصول على رعايتي الصحية وعلاجي في مكان يراه أو تراه مناسبًا.

E. Decide which health care providers and organizations provide my health care .E

تحديد مقدمي الرعاية الصحية والمنظمات التي تقدم رعايتي الصحية.

F. Make decisions about organ and tissue donation according to my instructions in Part 2 of this document .F

اتخاذ قرارات بشأن التبرع بالأعضاء والأنسجة وفقًا لتعليماتي الواردة في الجزء الثاني من هذه الوثيقة.

Comments or limits on the above (أي تعليقات أو قيود بشأن ما ورد أعلاه):

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) \_\_\_\_\_ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الإكمال) \_\_\_\_\_ Birth Date (تاريخ الميلاد) \_\_\_\_\_



**:Additional Powers of My Health Care Agent**

الصلاحيات الإضافية لوكيلي للرعاية الصحية:

**:My initials below indicate I also authorize my health care agent to**

يشير توقيع الأحرف الأولى من اسمي أدناه إلى تفويض وكيلي للرعاية الصحية أيضًا بما يلي:

.Make decisions about the care of my body after death

اتخاذ قرارات بشأن العناية بجسدي بعد الوفاة.

**If I live in North Dakota or Minnesota, my initials below indicate I also authorize my health care agent to**

إذا كنت من سكان شمال داكوتا أو مينيسوتا، فإن التوقيع بالأحرف الأولى من اسمي أدناه يشير إلى أنني أفوض وكيلي للرعاية الصحية بما يلي:

Continue as my health care agent even if our marriage or domestic partnership is .legally ending or has been ended

الاستمرار لكونه وكيلي للرعاية الصحية حتى إذا انتهى زواجنا أو شراكتنا المنزلية قانونًا.

Make health care decisions for me even if I am able to decide or speak for myself, if I so .choose

اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عني حتى إذا كنت قادرًا على اتخاذ القرار أو التحدث عن نفسي، إذا اخترت ذلك.

**Part 2: My Health Care Instructions****الجزء 2: تعليمات رعايتي الصحية**

My choices and preferences for health care are indicated below. I ask my Health Care Agent to communicate these choices, and my health care team to honor them, if I cannot communicate or make my own choices

فيما يلي خياراتي وتفضيلاتي للرعاية الصحية. أطلب من وكيلي للرعاية الصحية التعبير عن هذه الخيارات، وأطلب من فريق رعايتي الصحية الالتزام بتنفيذها، إذا لم أتمكن من التعبير عن اختياراتي أو تحديدها.

**.I have initialed a box below for the option I prefer for each situation**

لقد وقّعت بالأحرف الأولى في المربع أدناه أمام الخيار الذي أفضله في كل حالة.

**Note:** You do not need to write instructions about treatments to extend your life, but it is helpful to do so. If you do not have written instructions, your agent will make decisions based on your spoken wishes, or in your best interest if your wishes are unknown

ملاحظة: لا يلزم كتابة تعليمات بشأن العلاجات لإطالة حياتك، ولكن من المفيد القيام بذلك. إذا لم تكن لديك تعليمات مكتوبة، فسيأخذ وكيلك قرارات بناءً على رغباتك التي تحدثت عنها، أو الأفضل لمصلحتك إذا كانت رغباتك غير معروفة.

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) \_\_\_\_\_ (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الميلاد) \_\_\_\_\_ (تاريخ الإكمال)

## Cardiopulmonary Resuscitation: A Decision for the Present .A

### الإنعاش القلبي الرئوي: أ قرار الوقت الحاضر

This decision refers to a treatment choice I am making today based on my current health. Section C below (Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future) indicates treatment choices I want if my health changes in the future and I cannot communicate for myself.

يشير هذا القرار إلى خيار العلاج الذي اتخذته اليوم بناءً على حالتي الصحية الحالية. القسم ج أدناه (علاجات إطالة حياتي: قرار للمستقبل) يشير إلى خيارات العلاج التي أرغب فيها إذا تغيرت حالتي الصحية في المستقبل ولا أستطيع التعبير عن نفسي.

CPR is a treatment used to attempt to restore heart rhythm and breathing when they have stopped. CPR may include chest compressions (forceful pushing on the chest to make the blood circulate), medications, electrical shocks, a breathing tube, and hospitalization.

الإنعاش القلبي الرئوي هو علاج يستخدم لمحاولة استعادة نظم القلب والتنفس في حالة توقفهما. قد يشمل الإنعاش القلبي الرئوي على ممارسة ضغطات على الصدر (ضغوطات قوية على الصدر لتنشيط الدورة الدموية)، واستخدام أدوية، وصددمات كهربائية، وأنبوب تنفس، ودخول المستشفى.

I understand that CPR can save a life but does not always work. I also understand that CPR does not work as well for people who have chronic (long-term) diseases or impaired functioning, or both. I understand that recovery from CPR can be painful and difficult.

أدرك أن الإنعاش القلبي الرئوي يمكن أن ينقذ الحياة، ولكنه لا ينجح دائماً. أدرك أيضاً أن الإنعاش القلبي الرئوي لا يعمل جيداً مع الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة (طويلة الأجل) أو قصور في الوظائف، أو كليهما. أدرك أن التعافي من الإنعاش القلبي الرئوي قد يكون مؤلماً وصعباً.

Therefore (initial one)

لذلك (وَقَعَ بالأحرف الأولى على أحد الخيارات)

I want CPR attempted if my heart or breathing stops   
أرغب في محاولة إجراء الإنعاش القلبي الرئوي إذا توقف قلبي أو التنفس.

Or (أو)

I want CPR attempted if my heart or breathing stops based on my current state of health. However, in the future if my health has changed, then my agent or I (if I am able) should discuss CPR with my health care team. My choices in Section B: Treatment Preferences and Section C: Treatments to Prolong My Life below should be considered when making this decision.

Examples of when my health has changed include

أرغب في محاولة إجراء الإنعاش القلبي الرئوي إذا توقف قلبي أو تنفسي بناءً على حالتي الصحية الحالية. ولكن، إذا تغيرت حالتي الصحية في المستقبل، فينبغي عندئذٍ على وكيلي أو عليّ (إذا كنت قادراً) مناقشة إجراء الإنعاش القلبي الرئوي مع فريق رعايتي الصحية. اختياري في القسم ب: تفضيلات العلاج والقسم ج: يجب النظر في إعطائي علاجات إطالة الحياة المذكورة أدناه عند اتخاذ هذا القرار. تتضمن الأمثلة على الحالات التي تتغير فيها حالتي الصحية ما يلي:

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) \_\_\_\_\_ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الميلاد) \_\_\_\_\_ (تاريخ الإكمال)

I have an incurable illness or injury and am dying •  
أعاني من إصابة أو مرض لا شفاء منه وعلى وشك الوفاة

I have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops •  
ليست لدي فرصة معقولة للبقاء على قيد الحياة إذا توقف قلبي أو تنفسي

I have little chance of long-term survival if my heart or breathing stops and CPR would  
cause significant suffering  
لدي فرصة ضئيلة للبقاء على قيد الحياة لمدة طويلة إذا توقف قلبي أو تنفسي وسيسبب لي الإنعاش القلبي الرئوي  
معاناة كبيرة

**Or (أو)**

I do not want CPR attempted if my heart or breathing stops. I want to allow a natural death.  
I understand if I choose this option I should see my health care provider about writing a Do Not  
Resuscitate (DNR) order

لا أرغب في محاولة إجراء الإنعاش القلبي الرئوي إذا توقف قلبي أو تنفسي. أريد أن تُتاح لي الوفاة بصورة طبيعية. أدرك أنه إذا  
اخترت هذا الخيار، فينبغي أن أزرر مقدم رعايتي الصحية بشأن كتابة أمر عدم إجراء الإنعاش (DNR).

## **Treatment Choices: My Health Condition .B**

**خيارات العلاج: حالتي الصحية**

My treatment choices for my specific health condition(s) are written here. With any treatment choice,  
I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and liquids by  
.mouth if I am able to swallow

خيارات علاج حالتي (حالاتي) الصحية المحددة مكتوبة هنا. مع أي خيار علاجي، أدرك أنني سأستمر في تلقي أدوية تسكين الألم  
والراحة، وكذلك الطعام والسوائل عن طريق الفم إذا كنت أستطيع البلع.

---



---



---



---



---



---



---



---

.My initials here indicate additional documents are attached  
يشير التوقيع بالأحرف الأولى من اسمي هنا إلى أنه تم إرفاق وثائق إضافية.

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) \_\_\_\_\_ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الميلاد) \_\_\_\_\_ Birth Date (تاريخ الميلاد)

## Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future .C

### علاجات لإطالة حياتي: أ قرار للمستقبل

If I can no longer make decisions for myself, and my health care team and agent believe I will not recover  
:my ability to know who I am, I want (Initial One)

إذا فقدت القدرة على اتخاذ القرارات بنفسني، وكان فريق الرعاية الصحية ووكيلي يعتقدان أنني لن أستعيد قدرتي على معرفة من أنا، فأرغب في (وَقَّع بالأحرف الأولى على أحد الخيارات):

NOTE: With either choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food  
.and liquids by mouth if I am able to swallow

ملحوظة: مع أي خيار علاجي، أدرك أنني سأستمر في تلقي أدوية تسكين الألم والراحة، وكذلك الطعام والسوائل عن طريق الفم إذا كنت أستطيع البلع.

To **stop or withhold all treatments** that may extend my life. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings and IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and .antibiotics

إيقاف أو منع جميع العلاجات التي قد تطيل حياتي. ويشمل هذا -على سبيل المثال لا الحصر- التغذية الاصطناعية وإعطاء السوائل (على سبيل المثال، التغذية عبر الأنبوب والسوائل الوريدية)، وجهاز التنفس/جهاز التنفس الصناعي (آلة التنفس)، والإنعاش القلبي الرئوي، والغسيل الكلوي، وتناول المضادات الحيوية.

Or (أو)

**All treatments recommended** by my health care team. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings, IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and antibiotics. I want treatments to continue until my health care team and agent agree such treatments are harmful .or no longer helpful

جميع العلاجات التي أوصى بها فريق رعايتي الصحية. ويشمل هذا على سبيل المثال لا الحصر التغذية الاصطناعية وإعطاء السوائل (على سبيل المثال، التغذية الأنبوبية والسوائل الوريدية)، جهاز التنفس/جهاز التنفس الصناعي (آلة التنفس)، والإنعاش القلبي الرئوي، والغسيل الكلوي، وتناول المضادات الحيوية. أرغب في استمرار العلاج حتى يتفق فريقتي ووكيلي للرعاية الصحية على أن هذه العلاجات ضارة أو لم تعد مفيدة.

:Comments or directions to my health care team

تعليقات أو توجيهات موجهة إلى فريق رعايتي الصحية:

---



---



---

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) \_\_\_\_\_ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الإكمال) \_\_\_\_\_ Birth Date (تاريخ الميلاد) \_\_\_\_\_

**.D Organ Donation (Initial One)**

التبرع بالأعضاء (وَقَّع بالأحرف الأولى على أحد الخيارات)

I want to donate my eyes, tissues and/or organs, if able. My Health Care Agent may start and continue treatments or interventions needed to maintain my organs, tissues and eyes until donation has been completed. My specific wishes (if any) are

أريد التبرع بعيني و/أو أنسجتي و/أو أعضائي، إن أمكن. يجوز لوكيلي للرعاية الصحية البدء والاستمرار في استخدام العلاجات أو التدخلات اللازمة للحفاظ على أعضائي، وأنسجتي، وعيني حتى اكتمال عملية التبرع. فيما يلي رغباتي المحددة (إن وجدت):

---



---



---

I do not want to donate my eyes, tissues and/or organs

لا أرب في التبرع بعيني، و/أو أنسجتي، و/أو أعضائي.

**Or (أو)**

.My Health Care Agent can decide

يمكن أن يتخذ وكيلي للرعاية الصحية القرار.

**.E Autopsy (Initial One)**

تشريح الجثة (وَقَّع بالأحرف الأولى على أحد الخيارات)

I want my agent to make decisions about an autopsy of my body

أرب في أن يتخذ وكيلي قرارات بشأن تشريح جثتي.

I do not want an autopsy unless required by law

لا أرب تشريح جثتي إلا إذا كان القانون يقتضي ذلك.

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) \_\_\_\_\_ (الاسم بخط واضح) (print name)

Completion Date (تاريخ الإكمال) \_\_\_\_\_ Birth Date (تاريخ الميلاد)



## Part 3: My Hopes and Wishes (Optional)

### الجزء 3: آميائتي ورغبائتي (اختياري)

I want my loved ones to know my following thoughts and feelings

أريد أن يعرف أحبائتي أفكارتي ومشاعري التالية.

**:The things that make life most worth living to me are**

الأشياء التي تجعلني أتشبهت بعيش الحياة هي:

---



---

**:My beliefs about when life would be no longer worth living**

معتقداتي حول متى لن تعود الحياة تستحق العيش هي:

---



---

**:My thoughts about specific medical treatments, if any**

أفكاري حول علاجات طبية محددة، إن وجدت:

---



---

**:My thoughts and feelings about how I would like to die and where I would like to die**

أفكاري ومشاعري حول الطريقة التي أتمنى الموت بها وأين أود أن أموت:

---



---

**If I am nearing my death, I want my loved ones to know that I would appreciate the following for comfort and support (rituals, prayers, music, etc.)**

إذا كنت على وشك الوفاة، فأنتني أريد أن يعرف أحبائتي أنني سأفقد إقامة ما يلي من أجل الراحة والدعم: (طقوس، صلوات، موسيقى، ونحو ذلك):

---



---

**:Religious affiliation**

الانتماء الديني:

I am of the \_\_\_\_\_ (أنتمي إلى الديانة)

\_\_\_\_\_ faith, and am a member of

\_\_\_\_\_ (في مدينة) faith community in (city) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

The ACP of \_\_\_\_\_ (التخطيط المسبق للرعاية لـ) \_\_\_\_\_ (الاسم بخط واضح)

Completion Date \_\_\_\_\_ (تاريخ الميلاد) Birth Date \_\_\_\_\_ (تاريخ الإكمال)

I would like my Health Care Agent to notify my faith community of my death and arrange for them to provide my funeral/memorial/burial.

أود أن يخطر وكيلي للرعاية الصحية طائفتي الدينية بوفاتي والترتيب معهم لتحضير جنازتي/تأبيني/دفني.

**:I would like my funeral to include, if possible, the following** (people, music, rituals, etc.)

أود أن تتضمن جنازتي، إن أمكن، ما يلي (أشخاص، موسيقى، طقوس، وما إلى ذلك):

**:Other wishes and instructions**

رغبات وتعليمات أخرى:

:My initials here indicate additional documents are attached

يشير التوقيع بالأحرف الأولى من اسمي هنا إلى أنه تم إرفاق وثائق إضافية:

## Part 4: Legal Authority

### الجزء 4: التفويض القانوني

**.Do not sign unless the witnesses or notary are present**

لا توقع إلا في حضور الشهود أو كاتب العدل.

**Note:** This document must be notarized or witnessed. [See individual state requirements on page 9 of 9].

.Two witnesses OR a Notary Public must verify your signature and the date

ملحوظة: يجب الإشهاد على هذه الوثيقة أو توثيقها لدى كاتب عدل. [انظر متطلبات الولاية الفردية في الصفحة 9 من 9]. يجب أن يُقرّ شاهدان أو كاتب عدل بصحة توقيعك والتاريخ.

I have made this document willingly. I am thinking clearly. This document states my wishes about my future health care decisions

لقد أكملت هذه الوثيقة بمحض اختياري. أفكر ملياً بوضوح. توضح هذه الوثيقة رغباتي بشأن قراراتي المستقبلية المتعلقة بالرعاية الصحية:

Signature (التوقيع) \_\_\_\_\_ Date (التاريخ) \_\_\_\_\_

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) \_\_\_\_\_ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الإكمال) \_\_\_\_\_ Birth Date (تاريخ الميلاد) \_\_\_\_\_



**If I cannot sign my name, I ask the following person to sign for me**

إذا لم أتمكن من التوقيع باسمي، أطلب من الشخص التالي التوقيع نيابةً عني:

Signature (of person asked to sign) \_\_\_\_\_ (الشخص المطلوب منه التوقيع)

Date \_\_\_\_\_ (التاريخ)

Printed Name \_\_\_\_\_ (الاسم بخط واضح)

### Option 1: Notary Public

الخيار 1: كاتب العدل

County of \_\_\_\_\_ (مقاطعة) State of \_\_\_\_\_ (ولاية)

In my presence on \_\_\_\_\_ (في حضوري في) (date) \_\_\_\_\_ (التاريخ، أقر)

(name) qirayaa saxeexiisa ama keeda dhokumentigan, ama qiray in isaga ama iyaddu oggolaaday qofka  
 هذه الوثيقة، أو أقر/أقرت بأنه قد فوّض الشخص الذي وقّع على هذه الوثيقة بالتوقيع نيابةً عنه.  
 ((الاسم) بتوقيعه أو توقيعها على هذه الوثيقة) saxeexaya dhokumentigan in la saxeexo iyaddoo la metelayo isaga ama iyadda

Notary Seal \_\_\_\_\_ (ختم كاتب العدل) Signature of Notary \_\_\_\_\_ (توقيع كاتب العدل)

My commission expires \_\_\_\_\_ : (ينتهي تفويضي في)

Or (أو)

### Option 2: Statement of Witnesses

الخيار 2: بيان الشهود

Witness 1: In my presence on \_\_\_\_\_ (الشاهد الأول: في حضوري في) (name) voluntarily signed this document \_\_\_\_\_ (التاريخ، وقّع) (date) \_\_\_\_\_

(or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf  
 (أو فوّض الشخص الذي وقّع على هذه الوثيقة بالتوقيع نيابةً عنه أو عنها).  
 ((الاسم) بمحض إرادته على هذه الوثيقة)

Date \_\_\_\_\_ (التاريخ) Signature \_\_\_\_\_ (التوقيع)

Date \_\_\_\_\_ (التاريخ) Printed Name \_\_\_\_\_ (الاسم بخط واضح)

Witness 2: In my presence on \_\_\_\_\_ (الشاهد الثاني: في حضوري في) (name) voluntarily signed this document \_\_\_\_\_ (التاريخ، وقّع) (date) \_\_\_\_\_

(or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf  
 (أو فوّض الشخص الذي وقّع على هذه الوثيقة بالتوقيع نيابةً عنه أو عنها).  
 ((الاسم) بمحض إرادته على هذه الوثيقة)

Date \_\_\_\_\_ (التاريخ) Signature \_\_\_\_\_ (التوقيع)

Date \_\_\_\_\_ (التاريخ) Printed Name \_\_\_\_\_ (الاسم بخط واضح)

The ACP of \_\_\_\_\_ (التخطيط المسبق للرعاية لـ) (print name) \_\_\_\_\_ (الاسم بخط واضح)

Completion Date \_\_\_\_\_ (تاريخ الإكمال) Birth Date \_\_\_\_\_ (تاريخ الميلاد)

## Required in ND (مطلوب في داكوتا الشمالية)

## (Acceptance of Appointment of Health Care Agent (Health Care Power of Attorney

## قبول التعيين كوكيل رعاية صحية (وكيل رسمي للرعاية الصحية)

I accept this appointment and agree to serve as an agent for health care decisions. I understand I have a duty to act consistently with the desires expressed in this document and to act in good faith. I understand this individual can revoke my designation as an agent at any time in any manner. I will notify this individual if I choose to withdraw from this role while this individual is competent. I will notify this individual's health care provider if I choose to withdraw from this role when this individual is not able to make health care decisions.

أقبل هذا التعيين وأوافق على العمل بصفتي وكيلًا لقرارات الرعاية الصحية. أدرك أنه من واجبي التصرف وفقاً للرغبات الواردة في هذه الوثيقة والتصرف بحسن نية. أدرك أن هذا الشخص يمكنه إلغاء تعييني كوكيل في أي وقت وبأي طريقة. سأخطر هذا الشخص إذا اخترت اعتزال هذا الدور ما دام هذا الشخص مؤهلاً. سأخطر مقدم الرعاية الصحية لهذا الشخص إذا اخترت اعتزال هذا الدور إذا كان هذا الشخص عاجزاً عن اتخاذ قرارات الرعاية الصحية.

\_\_\_\_\_ Date (التاريخ) \_\_\_\_\_ Primary Agent Signature (توقيع الوكيل الأساسي)  
 \_\_\_\_\_ Printed Name (الاسم بخط واضح)  
 \_\_\_\_\_ Date (التاريخ) \_\_\_\_\_ Alternate Agent Signature (توقيع الوكيل البديل)  
 \_\_\_\_\_ Printed Name (الاسم بخط واضح)

## Requirements for Witnesses by State

## متطلبات الشهود حسب الولاية

**Iowa:** Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) a provider attending the principal on the date this document is signed; (2) an employee of the provider attending the principal on the date this document is signed; (3) the Health Care Agent named in this document; and (4) at least one witness cannot be related to the principal by blood, marriage, or adoption within the third degree of relation.

**أيوا:** يُشترط وجود كاتب عدل أو شاهدين بالغين. لا يجوز أن يكون الشاهد: (1) مقدم خدمة يعتني بالموكل في تاريخ توقيع هذه الوثيقة؛ (2) موظفًا لدى مقدم الخدمة يعتني بالموكل في تاريخ توقيع هذه الوثيقة؛ (3) وكيل الرعاية الصحية المذكور في هذه الوثيقة؛ و(4) لا يمكن أن يكون أحد الشاهدين على الأقل مرتبطًا بالموكل بصله دم، أو زواج، أو تبني في نطاق أقارب الدرجة الثالثة.

**Minnesota:** Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be the Health Care Agent or alternate Health Care Agent. Of the two witnesses, only one can be a health care provider or an employee of a provider giving direct care on the date the document is signed.

**مينيسوتا:** يُشترط وجود كاتب عدل أو شاهدين بالغين. لا يمكن أن يكون الشاهد وكيل الرعاية الصحية أو وكيل الرعاية الصحية البديل. من بين الشاهدين، يجوز أن يكون أحد الشاهدين فقط مقدم رعاية صحية أو موظفًا لدى مقدم رعاية مباشرة في تاريخ توقيع الوثيقة.

The ACP of \_\_\_\_\_ (التخطيط المسبق للرعاية لـ) \_\_\_\_\_ (print name) (الاسم بخط واضح)  
 \_\_\_\_\_ Completion Date (تاريخ الإكمال) \_\_\_\_\_ Birth Date (تاريخ الميلاد)

**North Dakota:** Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) the Health Care Agent; (2) the principal's spouse or heir; (3) a person related to the principal by blood, marriage, or adoption; (4) a person entitled to any part of the Estate of the principal upon the death of the principal under a will or deed; (5) any other person who has any claims against the Estate of the principal; (6) a person directly financially responsible for the principal's medical care; or (7) the principal's attending physician. In addition, at least one witness may not be a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed or an employee of a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed.

**شمال داكوتا:** يُشترط وجود كاتب عدل أو شاهدين بالغين. لا يجوز أن يكون الشاهد: (1) وكيل الرعاية الصحية؛ (2) زوج أو وريث الموكل؛ (3) شخصاً تربطه صلة قرابة بالموكل بالدم أو الزواج أو التبني؛ (4) شخصاً يحق له الحصول على أي جزء من تركة الموكل عند وفاة الموكل بموجب وصية أو صلح؛ (5) أي شخص آخر لديه أي مطالبات تجاه تركة الموكل؛ (6) شخصاً مسؤولاً مالياً بشكل مباشر عن الرعاية الطبية للموكل؛ أو (7) الطبيب المعالج للموكل. بالإضافة إلى ذلك، يجب ألا يكون شاهد واحد على الأقل مقدم رعاية صحية أو مقدم رعاية طويلة الأجل يقدم رعاية مباشرة للموكل في تاريخ توقيع هذه الوثيقة أو موظفاً لدى مقدم رعاية صحية أو مقدم رعاية طويلة الأجل يقدم رعاية مباشرة للموكل في تاريخ توقيع هذه الوثيقة.

**South Dakota:** Notary Public or 2 adult witnesses are required

**جنوب داكوتا:** يُشترط وجود كاتب عدل أو شاهدين بالغين.

## After Completing the Advance Care Plan

### بعد استكمال التخطيط المسبق للرعاية

:Now that I have completed this document, I will

والآن بعد أن أكملت هذه الوثيقة، سأقوم بما يلي:

.Keep the original copy of this document where it can be easily found

أحتفظ بالنسخة الأصلية من هذه الوثيقة في مكان يمكنني العثور عليها فيه بسهولة.

:Make several copies of this document and give to my

أبادر بعمل عدة نسخ من هذه الوثيقة وأعطيها لـ:

Primary and Alternate Health Care Agents ·

وكيل الرعاية الصحية الأساسي والبديل

Doctor and other health care providers ·

الطبيب ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين

Health care facility (hospital, other) whenever I am admitted, and ask that it be placed in my medical record

منشأة الرعاية الصحية (مستشفى، وغيرها) في حالة إيدخالها، وأطلب وضعها في ملفي الطبي

Talk to the rest of my family and close friends who might be involved if I have a serious illness or injury, making sure they know who my Health Care Agent is, and what my wishes are

التحدث إلى بقية أفراد أسرتي وأصدقائي المقربين الذين قد يشاركون إذا تعرضت لإصابة أو أصبت بمرض خطير، والتأكد من أنهم يعرفون من هو وكيل الرعاية الصحية، وما هي رغباتي.

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) \_\_\_\_\_ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الميلاد) \_\_\_\_\_ Birth Date (تاريخ الإكمال)

## When to Review Your Advance Care Plan

متى يجب مراجعة تخطيطي المسبق للرعاية

It is common to review and update an advance care plan regularly. You may want to review it with your annual physical exam or whenever any of the "Five D's" occur

من الشائع مراجعة التخطيط المسبق للرعاية وتحديثه بانتظام. قد ترغب في مراجعته مع إجراء الفحص البدني السنوي أو عند حدوث أي من "العناصر الخمسة التالية".

- **Decade:** when you start each new decade of your life  
مرور عشر سنوات: عندما تبدأ كل عقد جديد من حياتك.
- **Death:** whenever you experience the death of a loved one  
الوفاة: عند وفاة أحد أحبائك.
- **Divorce:** when you experience a divorce or other major family change  
الطلاق: عندما تتعرض للطلاق أو تغيير كبير آخر في الظروف الأسرية.
- **Diagnosis:** when you are diagnosed with a serious health condition  
التشخيص: عند تشخيصك بحالة صحية خطيرة.
- **Decline:** when you experience a significant decline or deterioration of an existing health condition, especially when you are unable to live on your own  
التدهور: عندما تعاني من تدهور شديد أو تدهور في حالة صحية موجودة بالفعل، خاصةً عندما لا تستطيع العيش بمفردك.

## :Copies of This Document Have Been Given To

تم إعطاء نسخ من هذه الوثيقة إلى:

## Primary (main) Health Care Agent

وكيل الرعاية الصحية الأساسي (الرئيسي)

Name (الاسم): \_\_\_\_\_ Telephone (رقم الهاتف): \_\_\_\_\_

## Alternate Health Care Agent (وكيل الرعاية الصحية البديل)

Name (الاسم): \_\_\_\_\_ Telephone (رقم الهاتف): \_\_\_\_\_

## Health care Provider/Clinic/Hospital/Family Members

مقدم الرعاية الصحية/ أفراد العيادة/المستشفى/ الأسرة

Name (الاسم): \_\_\_\_\_ Telephone (رقم الهاتف): \_\_\_\_\_

Name (الاسم): \_\_\_\_\_ Telephone (رقم الهاتف): \_\_\_\_\_

Name (الاسم): \_\_\_\_\_ Telephone (رقم الهاتف): \_\_\_\_\_

Name (الاسم): \_\_\_\_\_ Telephone (رقم الهاتف): \_\_\_\_\_

Name (الاسم): \_\_\_\_\_ Telephone (رقم الهاتف): \_\_\_\_\_

The ACP of (التخطيط المسبق للرعاية لـ) \_\_\_\_\_ (print name) (الاسم بخط واضح)

Completion Date (تاريخ الإكمال) \_\_\_\_\_ Birth Date (تاريخ الميلاد) \_\_\_\_\_

If your wishes change, fill out a new form. Give copies of the new document to everyone who has copies of your previous one. Tell them to destroy the .previous version

إذا تغيرت رغباتك، فاملأ نموذجًا جديدًا. امنح نسخًا من الوثيقة الجديدة لكل من كانت لديه نسخ من الوثيقة السابقة. أخبرهم أن يتخلصوا من النسخة السابقة.



# When You Want Help With Advance Care Planning

## عندما تريد الحصول على مساعدة في التخطيط المسبق للرعاية

Advance care planning gives you the chance to talk with others. Health care providers, family members and important others can help you explore options. For more information contact

يمكنك التخطيط المسبق للرعاية الفرصة للتحدث إلى الآخرين. قد يساعدك مقدمو الرعاية الصحية، وأفراد الأسرة وغيرهم من الأشخاص المهمين لك في استكشاف الخيارات. للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى التواصل على:

### فارغو

Advance Care Planning Program

Phone: (701) 234-6966

Email: FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org

برنامج التخطيط المسبق للرعاية

هاتف: (701) 234-6966

بريد إلكتروني: FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org

### بيميديجي

Advance Care Planning Program

Phone: (218) 333-6060

Email: acp.bemidji@sanfordhealth.org

برنامج التخطيط المسبق للرعاية

هاتف: (218) 333-6060

بريد إلكتروني: acp.bemidji@sanfordhealth.org

### ساويوكس فالز

DeGroot Center

Phone: (605) 312-3520

Email: acp.siouxfalls@sanfordhealth.org

مركز DeGroot Center

هاتف: (605) 312-3520

بريد إلكتروني: acp.siouxfalls@sanfordhealth.org

### بسمارك

Advance Care Planning Program

Phone: (701) 323-1ACP (1227)

Email: acp.bismarck@sanfordhealth.org

برنامج التخطيط المسبق للرعاية

هاتف: (701) 323-1ACP (1227)

بريد إلكتروني: acp.bismarck@sanfordhealth.org

**SANFORD<sup>®</sup>**  
**HEALTH**