

التوجيه المسبق - كاليفورنيا

الخطوة رقم 1 : اختر ممثل عنك في الرعاية الصحية.

إذكر إسم شخص تثق به ليقوم بأختيارات الرعاية الصحية لأجلك إذا كنت غير قادر على اتخاذ القرارات الخاصة بك . فكر في الأشخاص الذين في حياتك - عائلتك وأصدقائك . اختر شخص ليكون ممثل الرعاية الصحية الخاص بك . اسأل هذا الشخص إذا كان أو كانت على استعداد للقيام بذلك لأجلك.

ممثلك في الرعاية الصحية قادر على أن :

- يقرر أين ستتلقى الرعاية
- يحدد أو يرفض مقدمي الرعاية الصحية
- يقول نعم / لا للأدوية ، الأختبارات ، العلاجات
- يحدد ما سيحدث لجسمك وأعضائك بعد وفاتك
- يتخذ الإجراءات القانونية اللازمة لتنفيذ رغباتك

إختر أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء الذي :

- هو 18 عاماً أو أكثر من العمر ويعرفك جيداً
- على استعداد للقيام بذلك لأجلك .
- قادر على اتخاذ قرارات صعبة إتماداً على رغباتك
- سوف ينقل المعلومات التي تقوم بتزويدها في هذه الرزمة بشكل فعال لمقدمي الرعاية الصحية وأفراد الأسرة

لا يمكن لممثلك أن يكون طبيبك أو أي شخص يعمل في المستشفى أو العيادة حيث تتلقى الرعاية إلا إذا كان أحد أفراد عائلتك.

أدرج أسم ممثلك في الرعاية الصحية.

1) أطلب بأن يقوم هذا الشخص باتخاذ قراراتي الطبية في حالة عدم قدرتي على ذلك :

الأسم الأول	أسم العائلة	الصلة
رقم هاتف البيت / المحمول	رقم هاتف العمل	البريد الإلكتروني
عنوان الشارع	المدينة	الولاية
		الرمز البريدي

إذا لم يتمكن الشخص الأول من اتخاذ قراراتي الطبية ، حينها أريد في أن يقوم بذلك هذا الشخص الآخر :

الأسم الأول	أسم العائلة	الصلة
رقم هاتف البيت / المحمول	رقم هاتف العمل	البريد الإلكتروني
عنوان الشارع	المدينة	الولاية
		الرمز البريدي

2) ضع علامة X بجوار الجملة التي توافق عليها :

سيقوم ممثلي في الرعاية الصحية باتخاذ قرارات بالنيابة عني فقط بعد أن أصبح غير قادر على اتخاذ قراراتي الخاصة بي.
 أو
 سيقوم ممثلي الرعاية الصحية باتخاذ قرارات بالنيابة عني هذه اللحظة بعد أن أوقع هذه الأستمارة.

هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)	تاريخ الميلاد
هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من الفصلين 1 و 2 من قرارات الرعاية الصحية الموحدة في كاليفورنيا صفحة 1 قانون (أقسام قانون حق الوصاية في ولاية كاليفورنيا 4670 خلال 4701).	

الخطوة رقم 2 : قم باختيار خيارات رعايتك الصحية .

ما الذي يجعل حياتك تستحق العيش ؟

(1) حياتي هي (اختر A أو B) :

_____ (A) دائما تستحق العيش مهما بلغت شدة مرضي

_____ (B) فقط تستحق العيش إذا (اختر كل ما هو صحيح بالنسبة لك) :

_____ أستطيع التحدث مع العائلة والاصدقاء

_____ أستطيع الافافه من غيبوبة

_____ أستطيع أن أقوم بأطعام ، أستحمام أو العناية بنفسي

_____ يمكن أن أتحرك من الألم

_____ أستطيع أن أعيش دون أن أكون مربوطاً بأجهزة

_____ غير واثق من الاختيار

(2) إذا كنت أحتضر، فمن المهم بالنسبة لي أن يكون (أختر واحد) :

_____ في البيت

_____ في المستشفى أو مركز رعاية اخر

_____ ليس من المهم بالنسبة لي مكان رعايتي

الدين أو المعتقدات الروحية

(1) هل الدين أو الروحانيات مهم بالنسبة لك ؟

_____ نعم _____ لا

(2) هل تتبع دين أو معتقد ديني ؟ إذا كان الأمر كذلك، فما هو ؟

(3) ما الذي يجب على الأطباء معرفته عن معتقداتك الدينية أو الروحية ؟

تاريخ الميلاد

هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)

الخطوة رقم 2 : قم بأختيار خيارات رعايتك الصحية، يتبع.

دعم الحياة

يمكن استخدام إجراءات دعم الحياة في محاولة إبقائك على قيد الحياة . تشمل :



سى بي آر **CPR** أو الإنعاش القلبي الرئوي - هذا قد يتضمن :

- الضغط بقوة على صدرك للحفاظ على ضخ دمك
- الصدمات الكهربائية لإعادة تشغيل قلبك
- حقن أدوية في أورديتك

جهاز التنفس الاصطناعي — هذا الجهاز يقوم بضخ الهواء لرتتيك ويتنفس نيابة عنك من خلال أنبوب موضوع في حلقك. لن تكون قادرا على التحدث أو تناول الطعام عندما تكون على الجهاز.



غسيل الكلى — هذا الجهاز ينظف دمك إذا توقفت كليتك عن العمل.

أنبوب التغذية — هذا الأنبوب يوفر الغذاء لجسمك إذا كنت غير قادر على البلع. يتم وضع الأنبوب أسفل حلقك إلى المعدة . يمكن وضعه أيضاً جراحياً.

نقل الدم — هذا يستوجب إدخال دم في أورديتك.

الجراحة و / أو الأدوية

ضع علامة X بجوار جملة واحدة توافق عليها :

إذا كنت مريضاً جداً وأحتمال وفاتي قريب :

سأجرب كل علاجات دعم الحياة التي يعتقد الأطباء أنها سوف تساعد. إذا لم تنجح العلاجات وهناك أمل ضئيل في التحسن، أنا أطلب البقاء على أجهزة دعم الحياة حتى لو كنت أعاني.

أطلب بتجربة كل علاجات دعم الحياة التي يعتقد الأطباء أنها سوف تساعد. إذا لم تنجح العلاجات وهناك أمل ضئيل في التحسن، أنا لا أطلب البقاء على أجهزة دعم الحياة. لو كنت أعاني، أطلب وقف علاجات دعم الحياة حتى يسمح لي أن أموت بسلام.

أنا لا أطلب علاجات دعم الحياة. أود التركيز على راحتي. أنا أفضل أن تحصل الوفاة بشكل طبيعي.

أنا أترك لممثلي في الرعاية الصحية اتخاذ القرار.

لست متأكداً ما أود أن يحصل.

تاريخ الميلاد

هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)

هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من الفصلين 1 و 2 من قرارات الرعاية الصحية الموحدة في كاليفورنيا صفحة 3 قانون (أقسام قانون حق الوصاية في ولاية كاليفورنيا 4670 خلال 4701) .

الخطوة رقم 2 : قم بأختيار خيارات رعايتك الصحية، يتبع.

التبرع بأعضائك

قد يطلب أطباؤك التبرع بالأعضاء وتشريح الجثمان بعد وفاتك. قد يساعد التبرع بأعضائك في إنقاذ أرواح. ضع علامة **X** بجوار أختيار **واحد** في الغالب توافق عليه :

_____ أنا أرغب في التبرع بأعضائي :

_____ أي عضو ، قد يصلح للأستخدام.

_____ فقط أعضاء معينة (يرجى تحديد أي الأعضاء أو الأنسجة التي ترغب في التبرع بها).

_____ أنا لا أرغب في التبرع بأعضائي.

_____ أنا أترك لممثلي في الرعاية الصحية اتخاذ القرار.

_____ لست متأكدا ما أود أن يحصل.

التشريح الطبي

قد يتم تشريح الجثمان بعد الموت لمعرفة سبب وفاة شخص ما. انها عملية جراحية . قد يستغرق الأمر بضعة أيام. في بعض الحالات قد يتم التشريح بموجب القانون. ضع علامة **X** بجوار أختيار **واحد** في الغالب توافق عليه :

_____ أنا أوافق على التشريح.

_____ أنا لا أوافق على التشريح.

_____ أوافق على تشريح الجثمان **فقط إذا كانت هناك تساؤلات حول سبب (أسباب) وفاتي.**

_____ أنا أترك لممثلي في الرعاية الصحية اتخاذ القرار.

_____ لست متأكدا ما أود أن يحصل.

تاريخ الميلاد

هذا التوجيه المسبق يعود إلى: (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)

هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من الفصلين 1 و 2 من قرارات الرعاية الصحية الموحدة في كاليفورنيا صفحة 4 قانون (أقسام قانون حق الوصاية في ولاية كاليفورنيا 4670 خلال 4701).

الخطوة رقم 2 : قم باختيار خيارات رعايتك الصحية، يتبع.

أمور أخرى للأخذ بنظر الاعتبار

ما هي الرغبات الأخرى المهمة بالنسبة لك بعد أن وفاتك؟ على سبيل المثال، هل هناك أي أمور ثقافية، دينية أو روحية حولك كيفيه معاملة جسمك يجب أن يكون فريق الرعاية الصحية الخاص بك على علم بها؟

هل هناك شخص يجب أن يتم الاتصال به لمعرفة رغبات الجنازة أو الدفن؟ إذا اجبت بنعم، من؟

تاريخ الميلاد	هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)
صفحة 5	هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من الفصلين 1 و 2 من قرارات الرعاية الصحية الموحدة في كاليفورنيا قانون (أقسام قانون حق الوصاية في ولاية كاليفورنيا 4670 خلال 4701).

الخطوة رقم 3 : حدد صلاحية ممثلك في الرعاية الصحية.

بإمكان ممثلك في الرعاية الصحية المساعدة في اتخاذ القرارات التالية :

علاجات دعم الحياة - الرعاية الطبية لمساعدتك على العيش لفترة أطول :

- سى بي آر CPR أو الإنعاش القلبي الرئوي
- جهاز التنفس الاصطناعي
- غسيل الكلى
- أنبوب التغذية
- نقل الدم
- الجراحة
- الأدوية

رعاية نهاية الحياة

إذا كانت احتمالية وفاتك قريبة ، بإمكان ممثلك في الرعاية الصحية أن :

- يتصل بقائد روحي
- يقرر فيما إذا ستحضر في المنزل أو في المستشفى
- يقرر فيما إذا سيتم تشريح الجثمان
- يقرر فيما إذا سيتم التبرع بأعضائك
- يقرر مكان دفن أو حرق الجثمان

كيف تريد أن يقوم ممثلك في الرعاية الصحية باتباع رغباتك الطبية ؟

ضع علامة X بجوار جملة واحدة في الغالب موافق عليها :

_____ **المرونة الكاملة :** لا بأس لممثل الرعاية الصحية أن يقوم بتغيير أى من قراراتي الطبية إذا، بعد التحدث مع أطبائي، إعتقد/ إعتقدت أن ذلك في صالحني في ذلك الوقت.

_____ **بعض المرونة :** لا بأس لممثل الرعاية الصحية أن يقوم بتغيير بعض من قراراتي الطبية إذا، بعد التحدث مع أطبائي، إعتقد/ إعتقدت أن ذلك في صالحني في ذلك الوقت.

_____ **حد أدنى من المرونة :** أريد أن يقوم ممثلي في الرعاية الصحية باتباع رغباتي الطبية بأكبر قدر ممكن. يرجى احترام قراراتي حتى لو يوصي الأطباء بخلاف ذلك.

إستخدم صفحات إضافية، إذا لزم الأمر، للإجابة عن الأسئلة التالية.

هذه بعض رغباتي التي أتمنى بالفعل إحترامها :

أذكر أي قرارات لا تريد من ممثلك في الرعاية الصحية اتخاذها :

تاريخ الميلاد

هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)

هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من الفصلين 1 و 2 من قرارات الرعاية الصحية الموحدة في كاليفورنيا **صفحة 6** قانون (أقسام قانون حق الوصاية في ولاية كاليفورنيا 4670 خلال 4701).

الخطوة رقم 4: وقع الاستمارة.

توقيعك

قبل أن تكون هذه الاستمارة صالحة للاستخدام، ينبغي أن :

- توقع هذه الاستمارة إذا كنت لا تقل عن 18 عاما
- أطلب من شاهدين التوقيع على الاستمارة أو قم بتصديقها لدى كاتب عدل

قم بتوقيع اسمك وكتابة التاريخ .

التاريخ	التوقيع
	اكتب الإسم بالحروف الكبيره المقطعة بالانجليزية
الرمز البريدي	عنوان الشارع
الولاية	المدينة

الشهود

قبل أن تكون هذه الاستمارة صالحة للاستخدام، أطلب من شاهدين التوقيع على الاستمارة أو يقوم كاتب عدل بتصديقها.

- يجب على شهودك أن :
 - يكونوا 18 من العمر فما فوق
 - يعرفونك
 - يقرون بأنك قمت بتوقيع الاستمارة
 - ليس بإمكان شهودك أن :
 - يكون الشخص الذي حددته كممثلك في الرعاية الصحية
 - يكون طبيبك أو مقدم رعاية صحية اخر
 - يعمل لصالح مركزك الطبي أو عيادة مقدم الرعاية الصحية الخاص بك
 - يعمل في المكان الذي تعيش فيه
- بالإضافة الى ، على الأقل واحد من الشهود ينبغي أن لا :
- يكون على صلة بك بأي شكل من الأشكال
 - يستفيد مالياً -أو يكون مؤهلاً للحصول على أي أموال أو ممتلكات - بعد وفاتك
 - يكون محاماً للشكاوى أو داعم للمريض إذا كنت تعيش في دار رعاية مؤهل (أنظر صفحة 9)
- إذا لم يكن يتوفر شاهدين ، يمكن لكاتب عدل التوقيع على الصفحة رقم 9.

تاريخ الميلاد	هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)
صفحة 7	هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من الفصلين 1 و 2 من قرارات الرعاية الصحية الموحدة في كاليفورنيا

التوجيه المسبق - كاليفورنيا

الخطوة رقم 4 : وقع الاستمارة، يتبع.

توقيع الشهود :

إطلب من شهودك إكمال هذه الصفحة .

بهذا التوقيع ، أتعهد بأنني عاينت _____
 أسم صاحب التوجيه المسبق

في أعتقادي أنه / أنها كان يفكر بوضوح ولم يكن مجبراً على التوقيع على هذه الأستمارة.

وأيضاً أتعهد بأنني :
ينبغي على الشاهد رقم 1 (الموقع أدناه)
أيضاً بالتعهد على :

- أعرف هذا الشخص وانه / انها يمكن إثبات من هو / هي
- أنا على الأقل 18 عاماً
- أنني لست ممثله / ممثله في الرعاية الصحية
- أنني لست مقدم الرعاية الصحية الخاص به / بها
- أنني لا أعمل لصالح مقدم الرعاية الصحية الخاص به / بها
- أنني لا أعمل في مكان معيشته / معيشتها
- أنني لست على صلة به / بها بأي شكل من الأشكال
- أنني لن أستفيد مالياً - أكون مؤهلاً للحصول على أي أموال أو ممتلكات - بعد وفاته / وفاتها

الشاهد رقم 1

التوقيع _____ التاريخ _____
 اكتب الاسم بالحروف المقطعة بالانجليزية
 عنوان شارع _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

الشاهد رقم 2

التوقيع _____ التاريخ _____
 اكتب الاسم بالأحرف الكبيره الواضحه باللغه الانجليزية
 عنوان الشارع _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط) تاريخ الميلاد _____
 هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من الفصلين 1 و 2 من قرارات الرعاية الصحية الموحدة في كاليفورنيا صفحة 8 قانون (أقسام قانون حق الوصاية في ولاية كاليفورنيا 4670 خلال 4701).

التوجيه المسبق - كاليفورنيا

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

— للإستخدام الرسمي فقط —

الخطوة رقم 4 : وقع الاستمارة - توقيع كاتب العدل ، إذا لزم الأمر.

خذ هذه الأستمارة إلى كاتب العدل فقط **في حالة** عدم توقيع اثنان من الشهود. سوف يتطلب كاتب العدل أن يكون بحوزتك بطاقة هوية تعريفية تحمل صورة ، مثل رخصة القيادة أو جواز السفر.

State of California

County of _____

On _____ before me, _____
Date Name and title of officer

personally appeared _____ ,
Name(s) of signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____
Signature of Notary

(Notary Seal)

للمقيمين في دار الرعاية في كاليفورنيا فقط

إعطي هذه الأستمارة لمدير دار الرعاية الخاص بك فقط إذا كنت تعيش في دار رعاية. قانون ولاية كاليفورنيا يستوجب من المقيمين في دار الرعاية أن يشركوا محقق شكاوى دار الرعاية كشاهد على التوجيهات المسبقة.

بيان داعم المريض أو محقق الشكاوى

أقر تحت عقوبة الحنث الكاذب بموجب قوانين ولاية كاليفورنيا أنني أنا مدافع عن المريض أو أمين المظالم محدد من قبل إدارة وزارة الشيخوخة، وأنني أعمل كشاهد كما هو مطلوب بموجب المادة 4675 من قانون أثبات الوصاية".

التاريخ

التوقيع

اكتب الاسم بالأحرف الكبيرة الواضحة باللغة الانجليزية

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

عنوان الشارع

تاريخ الميلاد

هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)

هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من الفصلين 1 و 2 من قرارات الرعاية الصحية الموحدة في كاليفورنيا صفحة 9 قانون (أقسام قانون حق الوصاية في ولاية كاليفورنيا 4670 خلال 4701).

التوجيه المسبق - كاليفورنيا

الخطوة رقم 5 : أرسل نسخة من توجيهك المسبق الكامل.

بمجرد التوقيع على التوجيه المسبق الخاص بك ، وتمت الشهادة عليه و / أو تصديقه ، إحتفظ بالنسخة الأصلية وإعمل نسخ من الصفحات 9-1 لإرسالها إلى :

- ممثلك في الرعاية الصحية
- عائلتك
- أصدقائك
- مقدمي الرعاية الطبية
- المستشفى

خيارات لإعادة توجيهك المسبق بعد أكمله :

1. قم بإعادة نسخة إلى طبيبك المفضل في مستشفى بروفيدانس سانت جوزيف هيلث أو الى المستشفى في زيارتك التاليه.
2. قم بإعادة نسخة باستخدام المظروف المختوم المعنون ذاتياً (إن وجد).
3. قم بإعادتها عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني (إن وجد) إلى مستشفى بروفيدانس سانت جوزيف هيلث (Providence St. Joseph Health hospital) الخاص بك:

Mission Hospital, Laguna Beach
 Mission Hospital, Mission Viejo
 St. Joseph Hospital Orange
 St. Jude Medical Center
 St. Mary Medical Center
 Petaluma Valley Hospital
 Queen of the Valley Medical Center
 Redwood Memorial Hospital
 Santa Rosa Memorial Hospital
 St. Joseph Hospital, Eureka
 رقم الفاكس : **714-771-8965**

Providence Holy Cross Medical Center Providence
 Saint Joseph Medical Center (Burbank)
 Providence Saint John's Health Center
 Providence Little Company of Mary Medical
 Center Torrance
 Providence Little Company of Mary Medical Center
 San Pedro

رقم الفاكس : **310-303-5469**

Providence Tarzana Medical Center
 رقم الفاكس : **818-708-5368**

أو
SJMROI@stjoe.org البريد الإلكتروني
 (موضوع : Advance Directive)

للمستشفيات غير المذكورة ، يرجى الاتصال بمستشفائك للحصول على رقم الفاكس الصحيح .

إذا كان لديك أي أسئلة تتعلق بإكمال أو إعادة توجيهك المسبق ، يرجى الاتصال بنا على :

Providence.org/InstituteForHumanCaring
310-543-3498

تم ترخيص أجزاء من هذا العمل بموجب ترخيص Creative Commons Attribution - رخصة غير تجارية- شبيهة بالمثل . للاطلاع على نسخة من هذا الترخيص ، يرجى زيارة <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0> أو إبعث رسالة إلى Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA

نقح في أغسطس 2017
 مع شكر خاص :

- للطبيبة ريبيكا سادور ، قسم أمراض الشيخوخة ، جامعة كاليفورنيا ، سان فرانسيسكو
- سيدارس-سيناي ، لوس أنجلوس ، كاليفورنيا