

## التوجيه المسبق - مونتانا

### الخطوة رقم 1 : إختار ممثل الرعاية الصحية الخاص بك.

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. حدد شخص ما ليكون ممثل الرعاية الصحية الخاص بك. اسأل هذا الشخص إذا كان أو كانت على استعداد للقيام بذلك لأجلك.

#### إختار أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء الذي :

#### ممثلك في الرعاية الصحية قادر على أن :

- هو 18 عاما أو أكثر
- على استعداد للقيام بذلك لأجلك
- قادر على اتخاذ قرارات صعبة إعتقاداً على رغباتك
- سوف ينقل المعلومات التي تقوم بتزويدها في هذه الرزمة بشكل فعال لمقدمي الرعاية الصحية وأفراد الأسرة
- يقرر أين سنتلقى 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

**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 أرغب 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 في 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 يتماشى مع الأقسام المعمول بها من قانون المرض العضال لولاية مونتانا (قانون مونتانا ، البند 50 ، صفحة 1 الفصل 9 ) أقسام قانون مونتانا 1301-21-53 إلى 1335-21-53.	

## 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 الافاقه من غيبوبة

\_\_\_\_\_ أستطيع أن أقوم بأطعام ، أستحمام أو العناية بنفسني

\_\_\_\_\_ يمكن أن أتحرك من الألم

\_\_\_\_\_ أستطيع أن أعيش دون أن مربوطاً بالأجهزة

\_\_\_\_\_ 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)

هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من قانون المرض العضال لولاية مونتانا (قانون مونتانا ، البند 50 ، صفحة 2

الفصل 9 ) أقسام قانون مونتانا 1301-21-53 إلى 1335-21-53.

## الخطوة رقم 2 : قم بأختيار خيارات رعايتك الصحية، تكملة.

### دعم الحياة

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



سى بى 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 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 مريض جداً وأحتمال وفاتي قريب :

\_\_\_\_\_ أطلب تجربه كل علاجات دعم الحياة التي بأعتقاد الأطباء قد 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 بأعتقاد الأطباء أنها قد 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 متأكدا ما أود أن يحصل.

تاريخ الميلاد

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

## الخطوة رقم 2 : قم بأختيار خيارات رعايتك الصحية، تكلمة.

### التبرع بأعضائك

قد يطلب أطباءك 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)



## 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 :**

- 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 ستحتضر 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 أي من قراراتي الطبية إذا ، بعد التحدث مع أطبائي، إعتقدت أو 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، إعتقدت أو 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.

**استخدم صفحات إضافية ، إذا لزم الأمر ، للإجابة عن الأسئلة التالية.**

هذه بعض رغباتي أتمنى بالفعل إحترامها :

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

تاريخ الميلاد

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

## الخطوة رقم 4 : وقع الأستمارة — توقيعك.

قبل أن تكون هذه الأستمارة صالحة للأستخدام ، ينبغي أن :

- توقع هذه الأستمارة إذا كنت على الأقل 18 عاما
- أطلب من شاهدين التوقيع على الأستمارة

قم بتوقيع اسمك وكتابة التاريخ .

التاريخ	التوقيع
اكتب الإسم بالأحرف الكبيره الواضحه باللغه الانجليزيه	
عنوان الشارع	المدينة
الولاية	الرمز البريدي

### الشهود

قبل أن تكون هذه الأستمارة صالحة للأستخدام ، أطلب من شاهدين التوقيع على الأستمارة .

**يوصى** بروفيديانس سانت جوزيف هيلث بشهودك أن لا :

- يكون طبيبك أو مقدم رعاية صحية اخر
- يعمل لصالح مركزك الطبي أو عيادة مقدم الرعاية الصحية الخاص بك

يجب على شهودك أن :

- يكونوا على الأقل 18 عاما
- يعرفونك
- يقرون بأنك قمت بتوقيع الأستمارة

ليس بإمكان شهودك أن :

- يكون الشخص الذي حددته كممثلك في الرعاية الصحية

تاريخ الميلاد	هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)
صفحة 7	هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتماشى مع الأقسام المعمول بها من قانون المرض العضال لولاية مونتانا (قانون مونتانا ، البند 50 ، الفصل 9 ) أقسام قانون مونتانا 1301-21-53 إلى 1335-21-53.

## التوجيه المسبق - مونتانا

### الخطوة رقم 4 : وقع الاستمارة، يتبع.

توقيع الشهود :

**إطلب من شهودك إكمال هذه الصفحة.**

بهذا التوقيع، أتعهد بأنني عاينته/عاينتها \_\_\_\_\_ أسم صاحب التوجيه المسبق \_\_\_\_\_ يوقع هذه الأستمارة .

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

**وأيضاً أتعهد بأنني :**  
**يوصي بروفيدانس سانت جوزيف هيلث بأن يتعهد شهودك أيضاً :**

- 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

- أعرف هذا الشخص وانه / انها يمكن إثبات من هو / هي
- أنا ابلغ على الأقل 18 عاما
- أنني لست ممثله / ممثله في الرعاية الصحية

#### الشاهد رقم 1

التاريخ

التوقيع

اكتب الإسم بالأحرف الكبيره الواضحه باللغه الانجليزيه

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

عنوان الشارع

#### الشاهد رقم 2

التاريخ

التوقيع

اكتب الإسم بالحروف الكبيره المقطعة بالانجليزية

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

عنوان الشارع

تاريخ الميلاد

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

صفحة 8

هذا التوجيه المسبق وتحديد ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من قانون المرض العضال لولاية مونتانا (قانون مونتانا ، البند 50، الفصل 9 ) أقسام قانون مونتانا 1301-21-53 إلى 1335-21-53.



## الخطوة رقم 5 : أرسل نسخة من توجيهك المسبق بعد أكمله.

بمجرد التوقيع على التوجيه المسبق الخاص بك ، وتمت الشهادة عليه و / أو تصديقه ، إحتفظ بالنسخة الأصلية وإعمل نسخ من الصفحات 1-8 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 بمستشفى بروفيدانس سانت جوزيف هيلث أو الى المستشفى في زيارتك التالية .
2. قم بإعادة نسخة باستخدام المظروف المختوم المعنون ذاتياً (إن وجد) .
3. قم بأعادتها عن طريق الفاكس إلى مستشفى بروفيدانس سانت جوزيف هيلث ( Providence St. Joseph Health hospital ) الخاص بك :

Providence St. Patrick Hospital  
Providence St. Joseph Medical Center (Polson)  
رقم الفاكس : 406-329-5695

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 :

The Learning Center  
W. Broadway, Level 1, Broadway Building 500  
Missoula, MT 59802  
**406-329-5710**

لمزيد من المعلومات ، زورونا على الموقع الإلكتروني:  
Providence.org/InstituteForHumanCaring

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