

التوجيه المسبق - تكساس

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 .

إختر أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء الذي :

ممثلك في الرعاية الصحية قادر على أن :

- هو 18 عاماً أو أكثر ويعرفك جيداً
- على استعداد للقيام بذلك لأجلك .
- قادر على اتخاذ قرارات صعبة إعتياداً 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 رغباتكم

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.

تاريخ الميلاد	هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)
صفحة 1	هذا التوجيه المسبق وتعيين ممثل الرعاية الصحية يتماشى مع الأقسام المعمول بها من قانون التوجيه المسبق في تكساس (قانون صحة وسلامة تكساس رقم المادة 2، الفصل 166).

الخطوه رقم 2 : قم بأختيار 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، أغتسال أو رعاية نفسي

_____ يمكن أن أتححرر من الألم

_____ أستطيع أن أعيش دون أن أكون مربوطاً بأجهزة

_____ غير واثق من الأختيار

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

_____ في البيت

_____ في مستشفى أو مركز رعاية آخر

_____ 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 اسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)

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

دعم الحياة

يمكن استخدام إجراءات دعم الحياة في محاولة إبقائك على قيد الحياة . هذه 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 بتجربه كل علاجات دعم الحياة التي بأعتقاد الأطباء أنها 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 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 القيام به.

تاريخ الميلاد

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

التوجيه المسبق - تكساس

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

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 القيام به.

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 موافق 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 وتعيين ممثل الرعاية الصحية يتماشى مع الأقسام المعمول بها من قانون التوجيه المسبق في تكساس (قانون صحة وسلامة تكساس رقم المادة 2، الفصل 166).
 صفحة 4

التوجيه المسبق - تكساس

الخطوه رقم 2: قم بأختيار 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 حول كيفية علاج 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 هو؟

تاريخ الميلاد	هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)
صفحة 5	هذا التوجيه المسبق وتعيين ممثل الرعاية الصحية يتماشى مع الأقسام المعمول بها من قانون التوجيه المسبق في تكساس (قانون صحة وسلامة تكساس رقم المادة 2، الفصل 166).

الخطوه رقم 3: حدد صلاحية ممثلك في الرعاية الصحية .

بأمكان 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 ، بأمكان ممثلك في الرعاية الصحية أن :

- يتصل بفائد روجي
- 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 أى من قراراتي الطبية إذا، بعد التحدث مع أطبائي، إعتقدت أن ذلك في صالحى في ذلك الوقت.

 بعض المرونة : لا بأس لممثل الرعاية الصحية أن يقوم بتغيير بعض من قراراتي الطبية إذا، بعد التحدث مع أطبائي، إعتقدت أن ذلك في صالحى 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 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 وتعيين ممثل الرعاية الصحية يتماشى مع الأقسام المعمول بها من قانون التوجيه المسبق في تكساس (قانون صحة وسلامة تكساس رقم المادة 2، الفصل 166).

الخطوة رقم 4: وقع الاستمارة.

توقيعك

قبل أن تكون هذه الاستمارة صالحة للاستخدام، ينبغي أن :

- توقع هذه الاستمارة إذا كنت 18 عاما على الأقل
- أطلب من شاهدين التوقيع على الاستمارة أو قم بتصديقها لدى كاتب عدل
- قم بتوقيع الاستمارة أمام شهودك أو إطلب من كاتب العدل أقرار توقيعك على الاستمارة

قم بتوقيع اسمك وكتابة التاريخ .

التاريخ	التوقيع
	اكتب الاسم 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 عاما على الأقل
- يعرفونك
- يعاينوك وأنت توقع الاستمارة

على الأقل واحد من الشهود ينبغي أن لا :

- 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
- يكون على صلة بك بأي شكل من الأشكال
- يستفيد مالياً - يكون مؤهلاً للحصول على أي أموال أو ممتلكات - بعد وفاتك

إذا لم يكن يتوفر شاهدين ، يمكن لكاتب عدل التوقيع على الصفحة 9 .

تاريخ الميلاد	هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة اسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)
صفحة 7	هذا التوجيه المسبق وتعيين ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من قانون التوجيه المسبق في تكساس (قانون صحة وسلامة تكساس رقم المادة 2، الفصل 166).

التوجيه المسبق - تكساس

الخطوه رقم 4: وقع الاستمارة ، يتبع.

توقيع الشهود :

إطلب من شهودك إكمال هذه الصفحة .

بهذا التوقيع ، أتعهد بأنني عاينت _____
 أسم صاحب التوجيه المسبق بوقع هذه الأستمارة.

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 :

- 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 / وفاته

- أعرف هذا الشخص وانه / انها يمكن إثبات من هو / هي
- 18 عاما على الأقل

الشاهد رقم 1

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

الشاهد رقم 2

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

تاريخ الميلاد	هذا التوجيه المسبق يعود إلى (يرجى كتابة إسمك بالحروف المقطعة فوق هذا الخط)
هذا التوجيه المسبق وتعيين ممثل الرعاية الصحية يتمشى مع الأقسام المعمول بها من قانون التوجيه المسبق في تكساس (قانون صحة وسلامة تكساس رقم المادة 2، الفصل 166). صفحة 8	

التوجيه المسبق - تكساس

— للإستخدام الرسمي فقط —

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

خذ هذا النموذج إلى كاتب العدل **فقط** في حالة عدم توقيع شهود أثنين . سوف يتطلب كاتب العدل أن يكون بحوزتك بطاقة تعريفية تحمل صورة ، مثل رخصة القيادة أو جواز السفر.

State of Texas

County of _____

The foregoing instrument was acknowledged before me this _____
Date

by _____
Name of person who acknowledged

(Signature of Notary Public)

Title: _____

My appointment expires: _____ (Notary Seal)

تاريخ الميلاد

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

هذا التوجيه المسبق وتعيين ممثل الرعاية الصحية يتماشى مع الأقسام المعمول بها من قانون التوجيه المسبق في تكساس (قانون صحة وسلامة تكساس رقم المادة 2، الفصل 166).
صفحة 9

الخطوة 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 1-9 لإرسالها إلى :

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

خيارات لارجاع توجيهك المسبق الكامل.

1. قم بإعادة نسخة إلى طبيبك المفضل بمستشفى بروفيدانس سانت جوزيف هيلث أو الى المستشفى في زيارتك القادمة.
2. قم بأعادتها عن طريق الفاكس إلى مستشفى بروفيدانس سانت جوزيف هيلث (Providence St. Joseph Health hospital) الخاص بك. يرجى الاتصال بالمستشفى للحصول على رقم الفاكس الصحيح لإدارة المعلومات الصحية.

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 . للأطلاع 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