

إبدأ المحادثة:
إجعل رغباتك للرعاية الصحية معروفة

التوجيه المسبق و
التوكيل الدائم
للرعاية الصحية

Advance Directives and
Durable Power of Attorney
for Health Care (Arabic)



MICHIGAN MEDICINE
UNIVERSITY OF MICHIGAN

أدوات التوجيه المسبق

تحتوي مجموعة الأدوات هذه على خمسة أجزاء. وهي تتيح لك:

قبل أن تبدأ: تعرّف على التوجيهات المسبقة. (صفحة 3)
يساعدك هذا القسم على التعرف على التخطيط للرعاية الصحية والنماذج التي تحتاج إلى إكمالها.



نموذج جزء أ: اجعل رغباتك للرعاية الصحية معروفة (صفحة 8)
يساعدك هذا النموذج على كتابة نوع الرعاية الصحية التي ترغب بها لإرشاد وكيلك عند المرض. وبهذه الطريقة، فلن يضطر أولئك الذين يعتنون بك إلى تخمين ما تريد إذا كنت مريضاً جداً لدرجة ليس باستطاعتك إخبارهم بنفسك.



نموذج جزء ب: اختر وكيل المريض . (صفحة 14)
وكيل المريض هو الشخص الذي يمكنه اتخاذ القرارات الطبية عوضاً عنك إذا كنت مريضاً جداً أو غير قادر على اتخاذها بنفسك.



نموذج جزء ج: قم بتوقيع النموذج. (صفحة 15)
يجب عليك توقيع النموذج قبل أن يتم استخدامه.



نموذج جزء د: اطلب من وكيلك التوقيع. (صفحة 17)
يتوجب على وكيلك ان يوقع الصفحة 17 للموافقة على أن يصبح وكيلك عند المرض.



املاً الأجزاء التي تريدها فقط.

- إذا كنت ترغب في إدراج رغباتك لرعايتك الصحية فقط، انتقل إلى الجزء أ (صفحة 8).
- إذا كنت ترغب في تعيين وكيل، اذهب إلى الجزء ب (صفحة 14).
- إذا أردت كلاهما، إملأ الجزء أ والجزء ب.

قم بتوقيع النموذج في الجزء ج بحضور شاهدين دائماً (صفحة 15).



قائمة المراجعة للتوجيهات المسبقة

استخدم قائمة المراجعة هذه كدليل مفيد عند النظر في تفضيلاتك واستكمال النماذج في هذا الكتيب.

- اقرأ هذه المجموعة من الأدوات من الغلاف إلى الغلاف
- اكتب جميع أسئلتك.
- ناقش أسئلتك مع أطباءك والعائلة والأصدقاء والمستشارين الروحيين.
- عيّن شخصاً للقيام بعمل الوكيل عند المرض (ووكيل بديل).
- تكلم مع هذا الشخص وتأكد من أنه يرغب في العمل كوكيلك عند المرض. أخبرهم برغباتك.
- أكمل الجزء أ (اجعل رغباتك للرعاية الصحية معروفة) والجزء ب (تعيين وكيل عند المرض) من مجموعة الأدوات هذه.
- عيّن شخصين إثنين من غير الوكلاء أو أفراد العائلة أو فريق الرعاية الصحية للعمل كشاهدين.
- قم بتوقيع النموذج أمام الشهود.
- دع الشهود يوقعون على النموذج.
- دع وكيلك يوقع على النموذج.
- قم بعمل أكثر من نسخة من النموذج الموقع.
- احتفظ بنسخة لنفسك. احفظها بـمكان آمن وسهل الوصول إليه.
- قم بإعطاء نسخ لوكيلك ولزوّد الرعاية الصحية والعائلة والأصدقاء.
- قم بمراجعة الوثيقة بشكل دوري.



قبل ان تبدأ

ما هي أهمية التخطيط للرعاية الصحية

لك الحق دائماً في أن تكون على بيّنة بأية قرارات تتعلق بالرعاية الصحية التي تتلقاها. ومع ذلك، لا أحد يعرف ما يحمله المستقبل، وقد يأتي وقت لا تتمكن فيه من اتخاذ قراراتك. من خلال مراجعة مجموعة الأدوات هذه وذكر رغباتك للرعاية الصحية، يمكنك التأكد من أن الأشخاص المقربين منك والأشخاص الذين يقدمون الرعاية الصحية لك يعرفون أنواع القرارات التي قد تتخذها لنفسك.

كيف أبدأ

كتابة تفضيلاتك هو وسيلة جيدة لبدء التخطيط لرعايتك الصحية. **التوجيه المسبق** عبارة عن بيان خطي عن رغباتك بخصوص العلاج الطبي. في ولاية ميتشيجان، فإن نموذج **التوكيل الدائم للرعاية الصحية (DPOA-HC)** هو التوجيه المسبق الأكثر استخداماً. وثيقة الـ **DPOA-HC** تسمح لك بتسمية وكيل عند المرض وهي وثيقة قانونية في ميتشيجان.

من هو وكيل المريض

وكيل المريض هو الشخص الذي يمكن له أن يتخذ قرارات طبية عوضاً عنك إذا كنت مريضاً جداً أو غير قادر على اتخاذها بنفسك. تسمية وكيل المريض هو الوثيقة الـ **DPOA-HC**. يحق لوكيل المريض اتخاذ قراراتك الطبية فقط إذا أجمع طبيبان (2) على أنك غير قادر على اتخاذ قراراتك ويُدون ذلك في سجلك. سوف يتخذ وكيل المريض القرارات التي عادة تُسأل عنها وتتخذها بنفسك لو كنت قادراً على ذلك.

من يجب أن أختار ليكون وكيلي؟

أحد أفراد العائلة أو صديق الذي:

- يبلغ من العمر 18 سنة على الأقل.
- يعرفك جيداً.
- يمكنه أن يكون متواجداً في حال احتجته.
- تثق به بأن يفعل الأفضل لك ويتبع رغباتك، حتى وإن لم يتفق هو معك بشأن هذه الرغبات.
- باستطاعته إبلاغ الأطباء برغباتك للرعاية الصحية.

ماذا سوف يحدث لو لم أختار وكيلاً؟

- إذا كنت مريضاً جداً لدرجة عدم قدرتك على اتخاذ قراراتك، قد يسأل الأطباء أقرب شخص إليك من العائلة اتخاذها عنك.
- إن لم يتمكن أفراد العائلة من اتخاذ القرار أو الموافقة عليه، عندها يمكن لقاضي تعيين شخص لاتخاذ القرارات عنك.
- سوف تتلقى العناية حتى إن لم تختار وكيلاً.

ما نوع القرارات التي يمكن لوكيل المريض اتخاذها؟

استناداً لرغباتك، يمكن لوكيل المريض:

الموافقة على، رفض، تغيير، إيقاف، أو اختيار أي من التالي:

- الأطباء، الممرضون، الباحثون الاجتماعيون
- المستشفيات أو العيادات
- الأدوية، الفحوصات أو العلاجات
- تلقي أو عدم تلقي علاجات دعم الحياة.
- إجراء جراحة أو عدم إجرائها
- أخذك أو عدم أخذك للمستشفى أو دار التمريض.
- نوع الرعاية التلطيفية التي سوف تتلقاها بما في ذلك رعاية المحتضرين.

يمكن لوكيلك الاطلاع على سجلك الطبي ليساعده في اتخاذ تلك القرارات.

يَعرف القانون وكيلك الذي سميت في وثيقة DPOA-HC **بصانع القرار البديل**. وهذا يعني انهم سيتخذون قرارات طبية عنك. لذلك، من المهم مشاركة رغباتك مع وكيلك.

يجب أن تكون تفضلاتك التي تختارها على هذا النموذج بمثابة دليل لوكيلك والأطباء، ولكنها ليست ملزمة قانونياً.

الوثيقة DPOA-HC المعبأة بدقة هي وثيقة معترف بها قانونياً وتسمح لوكيلك اتخاذ قرارات طبية عنك عندما تكون غير قادر على ذلك.

ماذا أفعل بالنموذج بعد ملئه وتوقيع الجميع عليه؟

- أحضر نسخة من هذا النموذج إلى عيادة الطبيب أو المستشفى حتى يتم مسحها ضوئياً وتخزينها في ملفك الطبي.
- أعطي نسخة من هذا النموذج للأشخاص الآخرين الذين يهتمون لأمرك، مثل:
 - وكيلك
 - جميع أطباءك
 - الممرضات
 - الباحثون الاجتماعيون
 - الأهل والأصدقاء
- احتفظ بنسخة لنفسك ك في مكان آمن وسهل الوصول إليه.

تحدّث مع وكيلك عن اختياراتك.



هل يمكنني تغيير رأيي؟

- يمكنك تغيير رأيك في أي وقت.
- ينبغي على وكيل المريض احترام أية رغبات معبر عنها شفويًا من قبل المريض حول العلاج الطبي، حتى لو كانت مختلفة عما هو مدون في النموذج.
- إذا قمت بتغيير رأيك من الأفضل أن تقوم بتعبئة وتوقيع نموذج جديد.
 - قم بإخبار الأشخاص الذين يعتنون بك بالتغييرات.
 - قم بإعطاء النموذج الجديد لوكيلك والأطباء.

ماذا لو كان لدي أسئلة حول النموذج؟

- أحضر النموذج لأطباتك، الممرضات، الباحثين الاجتماعيين، وكيك، العائلة أو الأصدقاء ليقوموا بالإجابة على أسئلتك.

ماذا لو أردت كتابة رغبات رعاية صحية غير مذكورة في هذا النموذج؟

- اكتب رغباتك على ورقة، قم بتوقيع وتاريخ الورقة.
- احتفظ بالورقة مع هذا النموذج.
- قم بمشاركة رغباتك مع الذين يعتنون بك.

أين يمكنني أن أتعلم المزيد؟

تحدّث مع مزوّد الرعاية الصحية، مثل طبيبك أو الباحثين الاجتماعيين في العيادة. إذا رغبت في التحدّث مع باحث اجتماعي، الرجاء الاتصال ببرنامج مساعدة الضيف على 800-888-9825 و سوف يقوموا بمساعدتك.

ويمكنك أيضاً زيارة صفحة التخطيط المسبق للرعاية على صفحة جامعة ميتشيجان لمؤسسة تثقيف المريض على

<http://careguides.med.umich.edu/advance-directives>.

في الموقع، يمكنك إيجاد معلومات أكثر عن التخطيط المسبق للرعاية والتوجيهات المسبقة، بما في ذلك:

- أسئلة متكررة حول تخطيط الرعاية المسبق والتوجيهات المسبقة.
- وثائق إضافية للتوجيه المسبق، بما في ذلك وثيقة عدم الانعاش (DNR) نموذج التصريحات، التوكيل الدائم (DPOA – HC) لخيار الرعاية الصحية العقلية و نموذج تعيين ممثل الجنازة
- مصادر إضافية لكتابة رغباتك بما في ذلك نماذج وصية الحياة و أدوات المحادثة.





جعل رغباتك معروفة

و

تسمية وكيلك (DPOA-HC)

Making Your Wishes Known

and

Naming Your Patient Advocate (DPOA-HC)



الجزء أ: اجعل رغباتك للرعاية الصحية معروفة

استخدم هذا القسم لذكر تفضيلاتك للرعاية الصحية. هذا القسم غير ملزم قانونياً في ولاية ميتشيجان، ولكن يمكن أن يكون بمثابة دليل مفيد لأطبائك ووكيلك. يمكنك الإجابة على أو تخطي أي سؤال من الأسئلة في الجزء أ.

أفكارك حول الحياة

Your Thoughts on Life

عندما تفكر في الأشياء التي تجعل الحياة تستحق العيش، أي مما يلي ينطبق عليك: (اختر واحداً)
When you think about the things that make life worth living, which of the following apply to you: (pick one)

حياتي دائماً تستحق العيش مهما كانت شدة مرضي.

My life is always worth living, no matter how sick I am

حياتي تستحق العيش فقط إذا كنت أستطيع أن أفعل بعض الأشياء التي لها معنى بالنسبة لي.

My life is worth living only if I can do some of the things that are meaningful to me.

لست متأكداً.

I am not sure.

إذا اخترت الخيار الثاني، ضع علامة (X) بجوار كل من العبارات التي توافق عليها أكثر:

If you chose the second option, put an (X) next to all the sentences you most agree with:

حياتي تستحق العيش فقط إذا استطعت:

My life is only worth living if I can:

التحدث مع العائلة أو الأصدقاء.

Talk to family or friends.

الصحيان من غيبوبة.

Wake up from a coma

التغذية، والاستحمام، أو الاعتناء بنفسي.

Feed, bathe, or take care of myself.

أن أكون خالياً من الألم.

Be free from pain.

أن أعيش دون أن أكون متصلاً بالأجهزة.

Live without being hooked up to machines.

أن أعيش في المنزل (بدلاً من دار ترميض).

Live at home (as opposed to a nursing home).

أخرى: _____

Other

لست متأكدًا.

I am not sure.

إذا كنت أحتضر، أفضل أن أموت: (اختر واحدة)

If I am dying, I prefer to die: (pick one)

في البيت.

At home

في منشأة (مستشفى أو دار رعاية المحتضرين أو دار ترميض)

At a facility (hospital, hospice, or nursing home).

لست متأكدًا.

I am not sure

هل الدين أو الروحية مهم بالنسبة لك؟

Is religion or spirituality important to you?

لا

نعم

Yes No

إذا كنت تنتمي لديانة معينة، فما هي؟ _____

If you have one, what is your religion?

ماذا يجب أن يعرف أطباؤك عن ديانتك أو ممارساتك الروحية؟

What should your doctors know about your religion or spirituality?

لست متأكدًا.

I am not sure.

هل لديك أية آماني للجنائزة أو الحفل التابيني؟ يمكنك شمل معلومات عن الموسيقى أو قراءات معينة أو أية طلبات أخرى قد تكون لديك.

Do you have any hopes for your funeral or memorial service? You can include information on music, readings, or any other requests that you may have.

لست متأكدًا.

I am not sure.

هل لديك أية رغبات أو أفكار أخرى حول الحياة ترغب في الإفصاح عنها؟ يمكنك أن تشمل معلومات عن الطريقة التي ترغب أن نعاملك بها أو نمحك الراحة أو أية طلبات أخرى قد تكون لديك.

Do you have any other wishes or thoughts on life that you would like to share? You can include information on how you would like to be treated, made comfortable, or any other requests that you may have.

لست متأكدًا..

I am not sure

رغباتك حول التبرع بالأعضاء

Your Wishes About Organ Donation

قد يسألك أطباؤك عن مسألة التبرع بالأعضاء بعد وفاتك. التبرع (إعطاء) بأعضائك يمكن أن يساعد في إنقاذ الأرواح. من فضلك أخبرنا برغباتك.

إذا لم يكن وكيلك من الأقرباء المقربين، ورغبت أن يقرر وكيلك نيابة عنك بعد وفاتك، يرجى إكمال نموذج تعيين ممثل الجنائزة.

ضع علامة (X) بجوار الخيار الوحيد الذي تتفق معه أكثر.

Put an (X) next to the one choice you most agree with.

أريد التبرع بجميع أعضائي.

I want to donate all my organs.

أريد التبرع بهذه الأعضاء فقط:

I want to donate only these organs:

لا أريد التبرع بأعضائي.

I do not want to donate my organs.

أريد من وكيلي أن يقرر. إذا تركت وكيك يقرر، يمكنه اتخاذ هذا القرار بعد وفاتك.

I want my **Patient Advocate** to decide. If you let your Patient Advocate decide, they can make that choice after you die.

لست متأكدًا.

I am not sure.

هل لديك أية أفكار إضافية عن التبرع بأعضائك؟

إن وجد، يرجى كتابتها هنا.

Do you have any additional thoughts on donating your organs? If you do, please write them here.

جعل رغباتكم حول وسائل دعم الحياة معروفة

إذا لم تتمكن من التحدث عن نفسك، سوف يتخذ عنك وكيك قرارات دعم الحياة. علاجات دعم الحياة هي الرعاية الطبية التي تهدف لمساعدتك على العيش لفترة أطول.

تحدث مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك، وأفراد عائلتك، ووكيلك عن نوع العلاج الذي تريده ولا تريده.



يمكن ان تجرب معظم العلاجات الطبية ومن ثم توقّف إذا لم تجدي نفعاً. من المهم ان تتحدث مع مقدمي الرعاية الصحية حول هذه الخيارات.

إذا كنت مريضاً، سوف يحاول الأطباء والمرضون المحافظة على راحتك وتقليل الألم. وسوف يحاولون عمل ما هو أفضل لك.

الرجاء قراءة جميع الخيارات أدناه قبل أن تحدد اختيارك. اختر خياراً واحداً إذا كنت مريضاً جداً لحد الموت:

Please read all options below before you make your choice. Select one option. If I am so sick that I am dying:

اريد من الأطباء محاولة جميع العلاجات التي يعتقدون أنها ستساعدني. بما في ذلك وسائل دعم الحياة حتى وإن كانت قد لا تساعدني على التحسن.

I want doctors to try **all treatments** that they think might help, including life support even if it may not help me get better.

أريد من الأطباء أن يفعلوا كل ما يعتقدون أنه قد يساعدني، ولكن إذا كنت مريضاً جداً وألمي ضعيف في التحسن، فأنا لا أريد البقاء على أجهزة دعم الحياة.

I want doctors to do everything they think might help me, but, if I am very sick and have little hope of getting better, I do **not** want to stay on life support.

أريد أن أموت موتاً طبيعياً. لا أريد علاجات دعم الحياة.

I want to die a natural death. I want no life support treatments.

أريد من وكيلتي أن يقرر عني بمساعدة المعلومات من أطبائي وأفكاري عن الحياة.

I want my Patient Advocate to decide for me with the help of information from my doctors and my thoughts on life.

لست متأكداً.

I am not sure.

إذا كانت لديك تفضيلات محددة للعلاجات، يرجى كتابتها هنا:

If you have any specific preferences for treatments, please write them here:

في حال كنت تحتضر، يمكن لوكيلك:

In the event you are dying, your Patient Advocate can:

- استدعاء رجل دين..
 - تسجيلك في دار رعاية المحتضرين..
 - أن يقرر بقاءك في المنزل لحين وفاتك، إذا كان في الإمكان، أو البقاء في المستشفى لحين الوفاة.
 - ضمان راحتك والسيطرة على الألم.
- Call in a spiritual leader
- Enroll you in hospice care
- Decide if you die at home, if possible, or in the hospital.
- Ensure your comfort and pain control.

رغباتي الأخرى لرعايتي الصحية:

My other wishes for my health care:

تعليماتك إلى وكيلك

إذا كنت ترغب في السماح لوكيلك باتخاذ القرارات التي قد تسمح بوفاتك عندما تكون مريضاً جداً، يرجى التوقيع تحت العبارة أدناه.

يسمح قانون ميتشيجان لوكيلك برفض أو إيقاف علاجات دعم الحياة أو الإنعاش القلبي الرئوي فقط إذا خوّلت وكيلك هذه السلطة.

إذا كنت ترغب في إعطاء وكيلك هذه السلطة، وقّع أدناه. إذا كنت تفضل عدم إعطاء وكيلك هذه السلطة، يمكنك تخطي هذا القسم.

أريد من وكيلي اتخاذ قرارات حول وسائل دعم الحياة والعلاجات التي من شأنها السماح لي بالموت عندما أكون مريضاً جداً. عند اتخاذ هذه القرارات، أريد من وكيلي اتباع الإرشادات التي قدمتها.



I want my Patient Advocate to make decisions about life support and treatments that would allow me to die when I am very sick. When making these decisions, I want my Patient Advocate to follow the guidelines I have provided.

قم بتوقيع اسمك هنا لإعطاء هذه الصلاحية لوكيلك

Sign your name here to give this power to your Patient Advocate

قم بعرض هذا النموذج على وكيلك.
اخبرهم بطبيعة الرعاية الطبية التي تريدها.



DURABLE DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)

الجزء ب: تعيين وكيل عند المرض



Date of Birth تاريخ ميلادك

Your Name اسمك

وكيلك هو الشخص الذي يمكن أن يتخذ القرارات الطبية لك إذا كنت مريضاً جداً أو غير قادر على اتخاذها بنفسك. إذا كنت مريضاً جداً ويقرر طبيبان بأنه لا يمكنك اتخاذ قراراتك الطبية بنفسك، فسوف يطلبون أن يقوم وكيلك باتخاذها عنك. حدد شخصاً تثق به لاتخاذ القرارات التي تريدها. يمكنك أيضاً تسمية شخص أو أكثر لاتخاذ القرارات إذا لم يستطع خيارك الأول اتخاذها. سيكون هؤلاء الأشخاص الإضافيين خلفاؤك أو وكلاء ثانويين.

أريد أن يكون هذا الشخص وكيلي إذا لم يعد بإمكانني اتخاذ قراراتي الطبية بنفسي.

I want this person to be my Patient Advocate if I can no longer make my medical decisions for myself.

Last name اسم العائلة

First Name الاسم الأول

Zip الرمز البريدي

State الولاية

City المدينة

Street Address عنوان الشارع

Cell phone رقم الهاتف الجوال

Work phone رقم هاتف العمل

Home phone رقم هاتف المنزل

إذا كان الشخص الأول لا يمكنه القيام بذلك، أريد من هذا الشخص اتخاذ قراراتي الطبية عندما لا أستطيع وأن يكون وكيلي التالي.

If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions when I cannot and be my successor Patient Advocate.

Last Name اسم العائلة

First Name الاسم الأول

Zip الرمز البريدي

State الولاية

City المدينة

Street Address عنوان الشارع

Cell phone رقم الهاتف الجوال

Work phone رقم هاتف العمل

Home phone رقم هاتف المنزل

DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)

الجزء ج: التوقيع



قبل استخدام هذا التوجيه المسبق، يجب عليك:

- توقيع هذا النموذج صفحة 16.
- إحضار شاهدان يوقعان على الاستمارة صفحة 16.

يجب على شهودك أن:

- لا تقل أعمارهم عن 18 عاماً.
- أن يرونك توقع النموذج ويوقعون عليه في نفس اليوم.

لا يمكن للشاهد أن:

- يكون وكيلك عند المرض.
- يكون مقدم الرعاية الصحية لك.
- يعمل لصالح مقدم رعايتك الصحية.
- العمل في المكان الذي تعيش فيه (إذا كنت تعيش في دار ترميض أو منزل جماعي).
- يكون زوجك أو أحد والديك أو طفلك أو حفيدك أو أختك أو أختك.
- مستفيد مالياً (الحصول على أي أموال أو ممتلكات) بعد وفاتك.
- يعمل لصالح شركة تأمينك.

لا يحتاج الشاهدان إلى قراءة هذا التوجيه المسبق.

يجب عليهم مشاهدة توقيعك على النموذج والتوقيع عليه بأنفسهم في نفس اليوم.

يتعهدون بتوقيعهم هذا بأنك وعند توقيعك على النموذج تبدو بأنك بكامل وعيك ولم تكن مجبراً على التوقيع عليه. بعض الأمثلة على من يمكن أن يكون شاهداك تشمل الجيران، أعضاء الكنيسة، أو الأصدقاء.

لا تحتاج إلى كاتب عدل أو محامياً لإكمال هذا النموذج.

DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)

Your Signature

1. توقيعك



Date التاريخ		Sign your name وقع اسمك	
Print your Last Name اطبع اسم العائلة		Print Your First Name اطبع اسمك الأول	
Zip الرمز البريدي	State الولاية	City المدينة	Street Address عنوان الشارع
Date of Birth (Month/Day/Year) تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)			

Witnesses' Signatures

2. توقيع الشهود



بتوقيعي هنا، اتعهد بأنني قد شاهدت _____ يوقع على هذا النموذج
(اسم المريض)
يظهر بأنهم بكامل وعيهم ولم يجبروا على التوقيع عليه.
By signing, I promise that _____ signed this form while I watched.
(patient name)
They appeared to be thinking clearly and were not forced to sign it.

Witness #1

الشاهد # 1

Date التاريخ		Sign your name وقع اسمك	
Print your Last Name اطبع اسم العائلة		Print Your First Name اطبع اسمك الأول	
Zip الرمز البريدي	State الولاية	City المدينة	Street Address عنوان الشارع

Witness #2

الشاهد # 2

Date التاريخ		Sign your name وقع اسمك	
Print your Last Name اطبع اسم العائلة		Print Your First Name اطبع اسمك الأول	
Zip الرمز البريدي	State الولاية	City المدينة	Street Address عنوان الشارع

DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)



الجزء د: قبول وكيل المريض
يجب على وكيل المريض قراءة هذا النموذج والتوقيع عليه.

بصفتك وكيل المريض:

- يجب أن تتصرف دائماً بما فيه مصلحة المريض وليس مصالحك الشخصية.
- سوف تبدأ باتخاذ القرارات للمريض بعد ان يصادق طبيبان (2) على أن المريض مريض جداً لدرجة لا تمكنه من اتخاذ قراراته الخاصة.
- لن تكون قادراً على اتخاذ القرارات التي لا يتمكن المريض عادة من اتخاذها.
- ليس لديك الصلاحية لإيقاف علاج المرأة الحامل إذا كان ذلك سيتسبب في موتها.
- يمكنك اتخاذ قرار لوقف أو عدم بدء العلاجات والسماح للمريض أن يموت بشكل طبيعي إذا وضح المريض أنه بإمكانك اتخاذ مثل هذا القرار.
- لا يمكنك أن تتلقى أجراً للقيام بمهام وكيل المريض ولكن يمكن ان تتقاضى مقابل النفقات الطبية التي صرفتها على المريض.
- ينبغي عليك أن تقوم بحماية حقوق المريض كما هو موضح في القانون.
- لا يمكنك اتخاذ القرارات التي تتعارض مع رغبات المريض بشأن التبرع بالأعضاء.
- يمكن للمريض إلغاء وكالتك له - وقتما يشاء.
- يمكنك التنحي عن وكالتك للمريض وقتما تشاء.

من خلال التوقيع هنا، أصرّح أنني أفهم ما تقوله هذه الوثيقة وأتني سأكون وكيل المريض
_____ (اسم المريض).

By signing, I am saying that I understand what this document says and that I
will be the Patient Advocate for _____ (name of patient).

التاريخ Date

توقيع وكيل المريض Patient Advocate's Signature

التاريخ Date

توقيع الوكيل الثاني للمريض 2nd Patient Advocate's Signature

قائمة المراجعة النهائية للتوجيهات المسبقة



استخدم قائمة المراجعة هذه كدليل مفيد للتأكد من أنك:

- اخترت شخصاً موثقاً به ليكون وكيلك.
- قمت بتحديد شخصين (2) ليسوا وكلاء عند المرض أو أفراد عائلة أو جزءاً من فريق الرعاية الصحية ليكونوا شهوداً.
- وقعت على النموذج أمام الشهود.
- جعلت الشهود يوقعون على النموذج.
- جعلت وكيلك يوقع على النموذج.

ماذا أفعل لاحقاً؟

- اعمل نسخاً من النموذج.
- أعطي نسخة إلى مقدّم الرعاية الصحية.
- اطلب من مقدّم الرعاية الصحية إرفاق النموذج في سجلك الطبي.
- أعطي نسخة إلي وكيلك.
- أعطي نسخة إلي عائلتك وأصدقائك.
- احتفظ بنسختك في مكان آمن وسهل الوصول إليه.
- قم بمراجعة النموذج مرة بالسنة أو عند الحاجة.

Review the form once a year or as needed.

إذا لم توافق على المعلومات الموجودة في نموذجك، قم بتعبئة نموذج جديد. إذا وافقت، فيمكنك إعادة تأكيد النموذج في المساحة المتوفرة أدناه:

○ التاريخ _____ التوقيع بالحروف الأولى _____ التاريخ _____ التوقيع بالحروف
Date Initial Date Initial
○ التاريخ _____ التوقيع بالحروف الأولى _____ التاريخ _____ التوقيع بالحروف
Date Initial Date Initial

□ إذا رغبت في ذلك، أكمل البطاقة أدناه واحتفظ بها في محفظتك:

أطبع اسمك	التوقيع	التاريخ
□ لدي توكيل دائم للرعاية الصحية		
لقد ناقشت رعايتي مع وكيلتي، والأسرة، والطبيب. إذا كنت غير قادر على التحدث عن نفسي، يرجى الاتصال بـ:		
اسم الوكيل	رقم الهاتف	

Date	Signature	Print your name
I have a Durable Power of Attorney for Health Care □		
I have discussed my care with my patient advocate, family, and doctor. If I am unable to speak for myself, please contact:		
Telephone Number	Advocate Name	

هيئة جامعة ميشيغان (2017) c) **التوجيهات المسبقة:** لديك رأيٌ حول كيفية معاملتك في حال أصبحت مريضاً جداً، يتوفر الآن تحت رخصة التشارك الإبداعي غير التجاري 4.0.

مقتبس من:

- [التوجيه المسبق للرعاية الصحية في كاليفورنيا](#), (c) 2015 Rebecca Sudore, MD). متوفر تحت رخصة التشارك الإبداعي غير التجاري 2.0.
- [التوجيهات المسبقة و التوكيل الدائم للرعاية الصحية من قبل النظام الصحي لـ Henry Ford](#). (عمل مشتق من ما سبق أعلاه). متوفر رخصة التشارك الإبداعي غير التجاري.

(c) 2017 Regents of the University of Michigan. *Advance Directives: Have a say about how you want to be treated if you get very sick* is made available under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License](#).

Adapted from:

- [California Advance Health Care Directive](#), (c) 2015 Rebecca Sudore, MD. Available under the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.0 License](#).
- [Advance Directives and Durable Power of Attorney for Health Care by Henry Ford Health System](#). (Derivative work of the above). Available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License.



MICHIGAN MEDICINE
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Discrimination is Against the Law!

Michigan Medicine complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

Michigan Medicine does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

Michigan Medicine provides free aids and services to people with disabilities to help communicate effectively while receiving care, such as:

- Qualified sign language interpreters; and
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats and other formats).

Michigan Medicine provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified language interpreters; and
- Information written in other languages.

If you need these services while at Michigan Medicine, contact Interpreter Services at 734-936-7021.

If you believe that Michigan Medicine has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

Patient Civil Rights Coordinator
Michigan Medicine
2901 Hubbard
Ann Arbor, Michigan 48109-2435
Phone - (734) 936-6439
Fax - (734) 347-0696
Email - MichMed_patients_rights@med.umich.edu

You can file a grievance in person, by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Patient Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. This can be done electronically, through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7607 (TDD)

Complaint forms are available at:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call our Interpreter Services office at **734-936-7021** and identify your language. If you would like information regarding your rights and responsibilities as a patient, please ask your Michigan Medicine care provider.

Si usted habla **español** tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **877-810-4719** y pida que le conecten con la oficina de los Servicios de Interpretación al 734-936-7021. Si desea usted obtener información con respecto a sus derechos y responsabilidades como paciente consulte, por favor, con su proveedor de atención médica de *Michigan Medicine*.

إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فخدمات المساعدة اللغوية متوفرة مجاناً لك. اتصل على **855-800-9252** واطلب التواصل مع مكتب خدمات الترجمة الشفوية على الرقم **734-936-7021**. إذا كنت ترغب في معلومات متعلقة بحقوقك ومسؤولياتك كمرضى، يرجى أن تطلب من مقدمي رعايتك في "طب ميشيغان".

如果您说中文，您可以获得语言协助的免费服务。请拨打 **877-810-4720**，请求连接到翻译服务办公室（734-936-7021）。如果您想获得关于病人权利和责任的资料，请向您的密西根医学部的提供者咨询。

Nếu bạn nói tiếng **Việt**, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi đến số **844-590-8944**, và yêu cầu được kết nối với văn phòng Dịch Vụ Thông Dịch theo số 734-936-7021. Nếu bạn muốn thông tin về quyền và trách nhiệm của mình với tư cách là bệnh nhân, vui lòng hỏi bác sĩ chăm sóc Michigan Medicine của bạn.

Nëse ju flisni **shqip**, atëherë ju ofrohen shërbime gjuhësore, pa pagesë. Thirrni numrin **844-562-3982** dhe kërkoni që t'ju lidhin me zyrën e përkthyesve në numrin 734-936-7021 dhe tregoni se cilën gjuhë e flisni. Nëse dëshironi informacion në lidhje me të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja si pacient, ju lutemi kontaktoni dhe pyesni ofruesin e kujdesit shëndetësorë të Michigan Medicine.

한국어를 하시는 분들께 통역 서비스가 무료로 제공됩니다. **855-938-0571** 로 전화하셔서, 통역 서비스 사무실 전화 번호인 **734-936-7021** 로 연결해 주도록 요청하십시오. 환자로써의 권리와 책임에 관한 정보를 원하시면, 미시간 메디신 (Michigan Medicine) 의 의료진에게 문의하십시오.

আপনি **বাংলায়** কথা বললে, বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা পাবেন। **734-936-7021** নম্বরে আমাদের দোভাষী পরিষেবার অফিসে ফোন করে আপনার ভাষার (Bengali) নাম বলুন। অংশগ্রহণকারী হিসাবে আপনার অধিকার ও কর্তব্যের সম্পর্কে জানতে চাইলে আমাদের মিশিগান মেডিসিন কেয়ার প্রোভাইডারের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

Jeśli mówisz **po polsku**, możesz skorzystać z bezpłatnych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod nr **844-562-3986** i poproś o połączenie z biurem usług tłumaczeniowych pod nr 734-936-7021. W przypadku chęci uzyskania informacji dotyczących praw i obowiązków pacjenta zwróć się do dostawcy usług medycznych Michigan Medicine.

Wenn Sie **Deutsch** sprechen, stehen für Sie kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufen Sie **844-562-3984** an und lassen Sie sich mit dem Dolmetscherdienst unter der Rufnummer 734-936-7021 verbinden. Informationen über Ihre Rechte und Pflichten als Patient erhalten Sie über Ihren Gesundheitsdienstleister bei Michigan Medicine.

Si parla **italiano**, avrà gratuitamente a disposizione servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero **844-562-3985** e chiedi di essere messo in contatto con l'ufficio per i servizi di interpretariato (Interpreter Services) al numero 734-936-7021. Se desidera informazioni sui suoi diritti e responsabilità come paziente, consulti il suo referente sanitario Michigan Medicine.

日本語をお話になる方は、無料で言語支援サービスをご利用になれます。855-322-5032 に電話をかけ、通訳サービス課 734-936-7021 につなぐようお願いください。患者としての権利と責任に関する情報をお望みの場合は、ミシガン・メディシンの医療提供者にお問い合わせください。

Если Вы говорите **по-русски**, услуги переводчиков будут предоставлены Вам бесплатно. Звоните по телефону **855-938-0572** и попросите, чтобы Вас соединили со службой переводчиков по телефону 734-936-7021. Если Вы хотите получить информацию о правах и обязанностях пациента, попросите об этом Вашего врача из системы Мичиганской Медицины.

Ako govorite **hrvatski/srpski**, dostupna Vam je besplatna podrška na Vašem jeziku. Kontaktirajte našu prevoditeljsku službu na broj **734-936-7021** i recite kojim jezikom govorite (Serbo-Croatian). Ako se želite informirati o svojim pravima i obvezama kao pacijenta, molimo Vas da se obratite pružatelju skrbi u sklopu Sveučilišta Michigan.

Kung nagsasalita ka ng **Tagalog**, may mga magagamit kang libreng serbisyo sa tulong sa wika. Magtanong sa tanggapan ng aming Mga Serbisyo ng Interpreter sa **734-936-7021** at tukuyin ang iyong wika (Tagalog). Kung gusto mong makakuha ng impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan at responsibilidad bilang isang pasyente, mangyaring tumawag sa iyong provider ng pangangalaga sa Michigan Medicine.

Si vous parlez **français**, les services d'aide pour les langues sont à votre disposition et sont gratuits. Appelez le **855-800-9253** et demandez à être mis en relation avec le bureau du Service des interprètes au 734-936-7021. Si vous souhaitez des informations concernant vos droits et responsabilités en tant que patient, veuillez les demander à votre professionnel de santé de Michigan Medicine.

اگر شما به زبانی غیر از انگلیسی صحبت میکنید. سرویس ترجمه ی رایگان با شمار **844-562-3983** ه در دسترس سان میباشد. بعد از اینکه با این شماره تماس گرفتید. بلافاصله با شماری ه دفتر ترجمه ی ما با **734-936-7021** تماس بگیرید و زبانی که صحبت میکنید را با ما در میان بگذارید. اگر میخواهید اطلاعات مربوط به حقوق و تکالیف خود را به عنوان یک بیمار دریافت کنید. لطفاً از کسی که شما را معالجه میکند در Michigan Medicine آنها رقته اضا کنید.

अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएँ आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध होंगी। **734-936-7021** पर हमारे व्याख्याकार सेवा अधिकारी को कॉल करें और अपनी भाषा (Hindi) की पहचान करें। अगर मरीज़ के रूप में आपको अपने अधिकारों और ज़िम्मेदारियों के बारे में जानकारी चाहिए, तो कृपया अपने मिशिगन चिकित्सा देखभाल प्रदाता से पूछें।