



# الخطيـط المـسـيق للرـعاـية

النـظـرة العـامـة والتـوكـيل المـسـيق

Overview and Advance Directive - Arabic Translation



(يـسـتوـفـي هـذـا النـمـوذـج مـتـطلـبـات قـائـون وـلـاـية واـشـنـطن). This form meets the requirements of Washington state law

## ما المقصود بـ "التخطيط المُسبق للرعاية"؟

يُقصد بـ "التخطيط المُسبق للرعاية" التفكير بشأن احتياجات الرعاية الصحية التي قد تزيد الحصول عليها في المستقبل. ويتضمن هذا النوع من التخطيط التحدث بشأن أمور الرعاية الصحية المهمة بالنسبة لك، وتذوينها، ومشاركتها. يساعد هذا الآخرين في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك في حال لم تستطع اتخاذ قراراتك بنفسك. في هذه الحالة، سيتعين على أحد الأشخاص المقربين منك اتخاذ القرارات نيابةً عنك. يُطلق على هذا الشخص وكيل الرعاية الصحية، ويُعرف أيضًا بالوكيل الرسمي، أو البديل، أو مُتَّخذ القرار الطبي القانوني.

من المهم أن تقوم بإعداد وكيل الرعاية الصحية الخاص بك من خلال إطلاعه على الطريقة التي تريده أن يتبعها في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك.

## ما المقصود بـ "التوجيه المُسبق"؟

يُعد التوجيه المُسبق طريقةً قانونيةً لتذوين قراراتك الخاصة بالتخطيط المُسبق للرعاية. يجب عليك إطلاع الأشخاص المهمين بالنسبة لك، مثل وكيل الرعاية الصحية، وأحبابك، ومُقدمي خدمة الرعاية الصحية، والعِيادة، والمستشفى على التوجيه المُسبق الخاص بك. يجب تحديث التوجيه المُسبق بشكلٍ منتظم. يمكن لجميع البالغين الذين يبلغون من العمر 18 عامًا فأكثر ملء نموذج توجيه مُسبق. هناك نوعان من التوجيهات المُسبقة في ولاية واشنطن: 1) توكل رسمى مستمر للرعاية الصحية و2) توجيه للرعاية الصحية.

يُقصد بالتوسيع المُسبق المذكور في هذا الكتاب أنه Durable Power of Attorney for Health Care (DPOA-HC)، توكل رسمي مستمر للرعاية الصحية. يستند DPOA-HC إلى قانون ولاية واشنطن (الفصل 11.125 من Revised Code of Washington، قانون ولاية واشنطن المُنقح)).

يسمح لك هذا النموذج القانوني بتعيين وكيل الرعاية الصحية المعنى بك الذي يكون بمقدوره اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك في حال لم تستطع اتخاذ قراراتك بنفسك. يساعدك هذا النموذج أيضًا في إعداد وكيل الرعاية الصحية المعنى بك من خلال إطلاعه على أهدافك، وقيمك، وتفضيلاتك. تُظهر الأبحاث أن أفضل طريقة لضمان تحقيق رغباتك هي تعيين وإعداد وكيل للرعاية الصحية.

لا يُقصد بالتوسيع المُسبق المذكور في هذا الكتاب أنه توجيه للرعاية الصحية (الفصل 70.122 من قانون RCW). تُعرف توجيهات الرعاية الصحية أيضًا باسم وصايا الحياة. يمكنك التفكير أيضًا في ملء توجيهه في حالات مُحددة بموجب قانون ولاية واشنطن. للحصول على مزيد من المعلومات حول توجيهه الرعاية الصحية، تفضل زيارة الرابط [www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org) أو يمكنك التحدث إلى مُقدم خدمة الرعاية الصحية المعنى بك.

## ماذا يُقصد بـ "وكيل الرعاية الصحية"؟

يُقصد بـ "وكيل الرعاية الصحية" الشخص الذي تختاره ليكون بمقدوره اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك في حال لم تستطع اتخاذ تلك القرارات بنفسك. يجب عليك أن تخبر وكيل الرعاية الصحية المعنى بك بالأمور المهمة بالنسبة لك، مثل قيمك الشخصية وأهدافك من العلاج. يمكن أن تساعد هذه المعلومات في إرشاد وكيل الرعاية الصحية ومقومي خدمات الرعاية الصحية لاتخاذ أفضل القرارات الممكنة نيابةً عنك إذا لم تستطع اتخاذ قراراتك بنفسك. من خلال إكمال هذا التوجيه المُسبق (توكل رسمي مستمر للرعاية الصحية)، فإنك تسمح لهذا الشخص باتخاذ قرارات لدى مُقيّمي خدمات الرعاية الصحية بشأن رعايتك. لن يكون وكيل الرعاية الصحية مسؤولاً بصفة شخصية من الناحية المالية عن الرعاية التي يختارها لك بصفته وكيل الرعاية الصحية المعنى بك.

## ما المتطلبات التي تجعل وكيل الرعاية الصحية يؤدي دوره بشكلٍ جيد؟

### يجب على وكيل الرعاية الصحية المعنى بك:

- ✓ فهم الدور الذي يؤديه بصفته وكيل الرعاية الصحية وأن يكون على استعداد لتأدية هذا الدور.
- ✓ مشاركة أهدافك وقيمك وتفضيلاتك مع مُقيّمي خدمات الرعاية الصحية، وشرح ما يعنيه لك "العيش بصحة جيدة" أو "عيش حياة سعيدة".
- ✓ تنفيذ قراراتك، حتى إذا كان لا يوافق على هذه القرارات.
- ✓ القدرة على اتخاذ القرارات في الأوقات الصعبة أو العصبية.

### لا يجوز لوكيل الرعاية الصحية المعنى بك أن يكون:

- 🚫 أصغر من 18 عامًا.
- 🚫 طبيبك أو موظفًا يعمل لدى طبيبك (ما لم يكن أحد الزوجين، أو شريك المنزل المُسجل في الولاية، أو أحد الوالدين، أو الطفل البالغ، أو الأخ البالغ).
- 🚫 مالكًا، أو مسؤولاً، أو موظفًا في منشأة للرعاية الصحية، أو منشأة رعاية طويلة الأجل تتلقى فيها الرعاية أو تعيش فيها (ما لم يكن أحد الزوجين، أو شريك المنزل المُسجل في الولاية، أو أحد الوالدين، أو الطفل البالغ، أو الأخ البالغ).





## ماذا يحدث إذا لم أقم بتعيين وكيل للرعاية الصحية؟

إذا لم يكن بمقدورك اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك بنفسك ولم يتم تعيين وكيل للرعاية الصحية، فسيلجم مقدمو خدمات الرعاية الصحية إلى تطبيق قانون ولاية واشنطن تحديد من يمكنه التصرف بصفته مُتَّخذ القرار الطبي الخاص بك. وهذا يعني أنهم سيطلبون من أفراد الأسرة أو الأصدقاء اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك. إذا تعرّضت لتحديد أفراد الأسرة أو الأصدقاء من القائمة الموضحة أدناه، فيجوز أن يطلب مُقْمِم خدمة الرعاية الصحية من المحكمة تعين وصي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك.

سيحصل مُقْمِم خدمة الرعاية الصحية بالأشخاص المعينين بالترتيب التالي حتى يتمكنوا من تحديد الشخص المناسب لأداء دور مُتَّخذ القرار الطبي نيابةً عنك (الفصل 7.70.065 من قانون RCW).

1. وصي تعينه المحكمة (إذا كان ذلك ينطبق)
2. وكيل (وكلاه) رعاية صحية معين (معينون)\*
3. أحد الزوجان أو شريك متزوج مُسجل في الولاية
4. الأبناء البالغون\*
5. الوالدان\*
6. الأشقاء البالغون\*
7. الأحفاد الكبار الذين هم على دراية بالمريض\*
8. أبناء أو بنات الأخ أو الأخت البالغين الذين هم على دراية بالمريض\*
9. العمات أو الخالات، والأعمام أو الأخوات البالغون الذين هم على دراية بالمريض\*
10. صديق بالغ مُقرّب يستوفي معايير معينة

\* بالنسبة إلى أي مجموعة تضم أكثر من شخص، يجب أن يوافق كل فرد في المجموعة على إجراءات الرعاية الصحية المتخذة.

## ما الذي يستطيع وكيل الرعاية الصحية فعله؟

إذا لم تتمكن من اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك بنفسك، فسيطلب من وكيل الرعاية الصحية اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك. يمكن لوكيل الرعاية الصحية استخدام المعلومات التي تذكرها في هذا التوجيه المُسْبِق وفي المحادثات للاسترشاد بها في أمور رعايتك الصحية.

تمشياً مع قانون الولاية، ومن خلال مراعاته وفهمه لأهدافك، وقيمك، وتفضيلاتك، يمكن لوكيل الرعاية الصحية المعنى بك:

- تحديد العلاجات والإجراءات الجراحية، بما في ذلك استخدام الإنعاش القلبي الرئوي (CPR)، وأجهزة التنفس الصناعي، وأنبوب التغذية، وغيرها من العلاجات.
- اتخاذ قرار بشأن إمكانية إيقاف العلاج الذي يساعد في الإبقاء على قيد الحياة والتركيز على رعاية تخفيف المعاناة.
- مراجعة السجلات الطبية وإصدارها من أجل رعايتك الصحية وأو التقدم بطلب للحصول على مخصصات التأمين الخاصة بالرعاية الصحية نيابةً عنك.
- اختيار مُقْمِمي الخدمات والمؤسسات المعنية بالرعاية الصحية لتوفير الرعاية الصحية الخاصة بك.

### ما المقصود بـ "الإنعاش القلبي الرئوي (CPR)"؟

يُعد الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) Cardiopulmonary resuscitation، الإنعاش القلبي الرئوي، إجراء يُستخدم عند توقف وظائف القلب والتنفس عن العمل. يعطي الإنعاش القلبي الرئوي أفضل إذا كان جسمك يتمتع بصحة جيدة، وإذا تم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي بعد توقف قلبك على الفور. وتقل احتمالات نجاح الإنعاش القلبي الرئوي إذا كنت ضعيفاً، أو مسناً، أو تعاني من مرض خطير.

إذا بقيت على قيد الحياة، فقد تحتاج إلى استخدام جهاز التنفس الصناعي بسبب ضعف عمل وظائف الرئتين. من المهم التحدث إلى مُقْمِمي خدمات الرعاية الصحية حول ما إذا كان الإنعاش القلبي الرئوي سيحقق أهدافك.

تفضي إجراءات الرعاية الصحية القياسية في ولاية واشنطن بعمل إجراءات الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) للأشخاص في حال توقف وظائف القلب والتنفس عن العمل. يمكن أن يساعد ذكر رغباتك بشأن الإنعاش القلبي الرئوي في نموذج DPOA-HC في الاسترشاد بها فيما يتعلق بـ "code status" (حالة المريض) إذا كنت تلقى علاجك في المستشفى. يعني مصطلح "code status" (حالة المريض) نوع العلاج الطارئ الذي يمكن أن يتلقاه الشخص أو لا يتلقاه في المستشفى في حال توقف وظائف القلب أو التنفس عن العمل.

بعض الأشخاص الذين يختارون عدم تلقي الإنعاش القلبي الرئوي في المستشفى لا يرغبون أيضاً في إجراء الإنعاش القلبي الرئوي في أماكن أخرى. في هذه الحال، يجب أن تطلب من مُقْمِم خدمة الرعاية الصحية المعنى بك إكمال نموذج POLST Portable Orders for Life-Sustaining Treatment الأوامر القابلة للنقل والخاصة بالعلاج الذي يساعد في الإبقاء على قيد الحياة. يُعد POLST أمراً طيباً ينقل قرارات المريض المتعلقة بالرعاية الصحية إلى مسعفي الطوارئ وغيرهم من العاملين في المجال الطبي.

### ما المقصود بـ "العلاجات الداعمة للحياة"؟

يُقصد بالعلاجات الداعمة للحياة (المعروف أيضاً باسم العلاجات المساعدة في البقاء على قيد الحياة) العلاجات الطبية التي تبقى على قيد الحياة من خلال دعم وظائف الجسم المهمة أو استبدالها. لا تساعد هذه العلاجات على علاج الحالات الطبية، فهي تعمل على إيقائك على قيد الحياة حتى تتحسن صحتك أو يتم فصل أجهزة دعم الحياة عنك ويسمح لك بالموت بشكل طبيعي. من أمثلة علاجات دعم الحياة الإنعاش القلبي الرئوي، وأجهزة التنفس الصناعية، وأنابيب التغذية، وعمليات نقل الدم، وغسيل الكلي. من المهم أن تعرف أن تخفيف الألم وتوفير الراحة هما جزء من الرعاية الصحية الروتينية ولا يعتبران من العلاجات الداعمة للحياة.

## ماذا ينبغي على فعله بهذا التوجيه المسبق؟

بمجرد إكمال هذا التوجيه المسبق، يجب عليك التحدث عن رغباتك وإعطاء نسخ منه إلى الأشخاص المهمين بالنسبة لك، مثل وكيل الرعاية الصحية، وأحبابك، ومُقدمي خدمات الرعاية الصحية، والعِيادة، والمستشفى. وإذا كان ذلك ممكناً، ففكر في مشاركة النسخ مع دار رعاية المسنين أو منشأة الرعاية الدائمة أيضاً. من المهم أن تكون لدى الجميع نسخة من التوجيه المسبق.

## ماذا أفعل إذا غيرت رأيي؟

إذا غيرت رأيك بشأن القرارات الواردة في التوجيه المسبق، فأخبر الجميع من لديهم نسخة منه، بما في ذلك وكيل الرعاية الصحية، وأحبابك، ومُقدمي خدمات الرعاية الصحية، والعِيادة، والمستشفى. يمكنك إلغاء التوجيه المسبق الخاص بك أو إبطاله في أي وقت. سيعتبر عليك إبلاغ مقدم خدمة الرعاية الصحية أنك تريده الغاءه، إما عن طريق إرسال خطاب له (تأكد من توقيعه وتاريخه) أو عن طريق إخباره بذلك شفهيًّا. من المهم أن تقوم بامداد توجيه مُسبق جديد. تأكد من إعطاء نسخ من التوجيه المُسبق الجديد إلى الأشخاص المهمين بالنسبة لك، مثل وكيل الرعاية الصحية، وأحبابك، ومُقدمي خدمات الرعاية الصحية، والعِيادة، والمستشفى.

## ماذا عن التبرع بالأعضاء والأنسجة؟

إذا كنت تريده أن تكون متبرعاً، فيرجى إبلاغ وكيل الرعاية الصحية، والأسرة، ومُقدمي خدمات الرعاية الصحية بذلك. يمكنك أيضاً تسجيل رغباتك في التبرع بالأعضاء، والأنسجة، والعين على الموقع الإلكتروني:

[www.registerme.org](http://www.registerme.org)

## من الذي يقرر كيفية التعامل مع جسمي بعد وفاتي؟

لا يقدم هذا النموذج توجيهات بشأن كيفية التصرف في رفاته بعد موتك. يمكنك التفكير بشأن إكمال نموذج يوفر إرشادات خاصة حول كيفية التعامل مع جسمك بعد وفاته بما يتنق مع قانون الولاية (الفصل 68.50.160 من قانون RCW).

## ما الجهات التي يمكنني الاتصال بها إذا احتجت إلى مساعدة بشأن التخطيط المُسبق للرعاية؟

Honoring Choices PNW متوفرة دائمًا لمساعدتك. تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني: [www.honoringchoicespnw.org/locations](http://www.honoringchoicespnw.org/locations) أو [info@honoringchoicespnw.org](mailto:info@honoringchoicespnw.org). التواصل معنا عبر البريد الإلكتروني: [info@honoringchoicespnw.org](mailto:info@honoringchoicespnw.org) للحصول على المساعدة.

## ما هي بعض الحالات التي يمكن أن تطبق عليك؟

تعيين أحد الزوجين بصفته وكيل الرعاية الصحية

إذا اخترت تعيين زوجتك (زوجك) أو شريك المنزل المسجل في الولاية بصفته وكيل الرعاية الصحية المعنى بك في هذا النموذج، فسيتوقف عن أداء دور وكيل الرعاية الصحية المعين نيابةً عنك إذا رفع أي منكم دعوى يطالب فيها بفسخ الرابطة الزوجية، أو بطلان الزواج، أو الانفصال القانوني (الفصل 11.125.100 من قانون RCW). ومع ذلك، يسمح لك هذا النموذج باختيار استمرار زوجتك (زوجك) أو شريك المنزل المسجل في الولاية في أداء دوره كوكيل للرعاية الصحية، حتى بعد الطلاق.

إذا كانت هذه الحالة تتطبق عليك، فوق بالأحرف الأولى بجانب هذا البيان في الصفحة 2 من هذا النموذج: "إذا قمت بتعيين زوجي (زوجتي) أو شريك المنزل المسجل في الولاية بصفته وكيل الرعاية الصحية الخاص بي وقمنا لاحقاً برفع دعوى طلاق فيها بفسخ الرابطة الزوجية، أو بطلان الزواج، أو الانفصال القانوني؛ فإنني أريد استمراره (استمرارها) في أداء دور وكيل الرعاية الصحية المعنى بي".

## عدم تعيين وكيل للرعاية الصحية في هذا النموذج

على الرغم من أن الهدف الأساسي لهذا النموذج هو تعيين وكيل رعاية صحية، يمكنك اختيار عدم تعيين وكيل للرعاية الصحية. إذا لم يتم تعيين وكيل للرعاية الصحية، فسيأخذ مُقدمي خدمات الرعاية الصحية إلى تطبيق قانون ولاية واشنطن تحديد من يمكنه التصرف بصفته مُتخذ القرار الطبي الخاص بك (الفصل 70.065 من قانوني RCW).

إذا أكملت الأقسام الأخرى من هذا النموذج، فسيُعد بياناً بالقيم الشخصية وليس توجيهاً مُسبقاً. يمثل بيان القيم الشخصية ملخصاً بأهدافك، وقيمك، وفضيلاتك. يمكن أن يسترشد مُتخذ القرار الطبي الخاص بك بهذه المعلومات بشأن كيفية اتخاذ القرارات نيابةً عنك.

إذا كانت هذه الحالة تتطبق عليك، فوق بالأحرف الأولى بجانب هذا البيان في الصفحة 2 من هذا النموذج: "لا أعين وكيل للرعاية الصحية. ومن خلال ذكر أهدافي وقيمي الخاصة في هذا النموذج، فسيُعد ذلك بياناً بالقيم الشخصية وليس توجيهاً مُسبقاً".

في هذه الحالة، يمكنك التفكير أيضاً في ملء توجيه الرعاية الصحية، والذي يُعرف أيضاً بـ "وصية الحياة"، وهو توجيه لسحب أو إيقاف العلاج الذي يساعد في الإبقاء على قيد الحياة في حالات محددة بموجب قانون ولاية واشنطن. الحصول على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة الرابط [www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org) أو التحدث إلى مُقدم خدمة الرعاية الصحية المعنى بك.

## عناية مُقدمي خدمات الرعاية الصحية (ATTENTION HEALTH CARE PROVIDERS)

اسمي (MY NAME): \_\_\_\_\_

تاريخ ميلادي (MY DATE OF BIRTH): / /

مقدم خدمة الرعاية الصحية المعنى بي (MY HEALTH CARE PROVIDER): \_\_\_\_\_

هاتف مكتب مقدم خدمة الرعاية الصحية (PROVIDER OFFICE PHONE): ( ) \_\_\_\_\_

## يرجى تلبية رغباتي (PLEASE HONOR MY WISHES)

وكيل الرعاية الصحية (المعين والمذكور اسمه في (DPOA-HC):  
(MY HEALTH CARE AGENT) (named on DPOA-HC): \_\_\_\_\_

رقم الهاتف الذي يمكن الاتصال به في أي وقت (BEST PHONE): ( ) \_\_\_\_\_

يمكن العثور على  التوجيه المُسبق (POLST) في (MY  ADVANCE DIRECTIVE  POLST CAN BE FOUND AT): \_\_\_\_\_

## توجيه مُسبّق: توكيل رسمي مستمر للرعاية الصحية

**ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE**

يسنح لك هذا التوجيه المُسبّق، توكيل رسمي مستمر للرعاية الصحية، بتعيين وكيل الرعاية الصحية المعنى بك وإعداده. (يُسنح في هذا النموذج متطلبات قانون ولاية واشنطن.) This form meets the requirements of Washington state law. This advance directive, a durable power of attorney for health care, allows you to name and prepare your health care agent. This form meets the requirements of Washington state law.

### معلوماتي: :My Information

الضمير المُضمن (اختياري): (مثل، هو/هي/هم) (i.e., he/she/they)	:PRONOUNS (OPTIONAL)	الاسم بالكامل: / /
		تاريخ الميلاد: (يوم/شهر/سنة) (yyyy/mm/dd)
		:DATE OF BIRTH

### تعيين وكيل للرعاية الصحية NAMING A HEALTH CARE AGENT

#### الشخص الذي أعينه بصفته وكيلًا للرعاية الصحية نيابةً عنِّي هو: :The person I designate as my health care agent is

الضمير المُضمن (اختياري): ( )	:PRONOUNS (optional)	الاسم بالكامل: :FULL NAME
رقم الهاتف الذي يمكن الاتصال به في أي وقت: ( )	:ALTERNATE PHONE	الصلة: :RELATIONSHIP
		العنوان، المدينة، الولاية، الرمز البريدي: :ADDRESS, CITY, STATE, ZIP

#### الأشخاص الذين أعينهم بصفتهم وكلاء بديلين للرعاية الصحية نيابةً عنِّي هم: :The people I designate as my alternate agents are

إذا كان الشخص المذكور أعلاه غير قادر أو غير مستعد لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي، فإنني أعين الشخصين المذكورين أدناه بصفتهمما الوكيل البديل الأول للرعاية الصحية والوكيل البديل الثاني للرعاية الصحية.

If the person listed above is unable or unwilling to make my health care decisions, then I designate the people listed below as my first and second alternate health care agents.

### الوكيل البديل الأول First Alternate

الضمير المُضمن (اختياري): ( )	:PRONOUNS (optional)	الاسم بالكامل: :FULL NAME
رقم الهاتف الذي يمكن الاتصال به في أي وقت: ( )	:ALTERNATE PHONE	الصلة: :RELATIONSHIP
		العنوان، المدينة، الولاية، الرمز البريدي: :ADDRESS, CITY, STATE, ZIP

### الوكيل البديل الثاني Second Alternate

الضمير المُضمن (اختياري): ( )	:PRONOUNS (optional)	الاسم بالكامل: :FULL NAME
رقم الهاتف الذي يمكن الاتصال به في أي وقت: ( )	:ALTERNATE PHONE	الصلة: :RELATIONSHIP
		العنوان، المدينة، الولاية، الرمز البريدي: :ADDRESS, CITY, STATE, ZIP

الاسم:  
:NAME  
تاريخ الميلاد:  
:DATE OF BIRTH  
(يوم/شهر/سنة)  
(yyyy/mm/dd)

## تعيين وكيل للرعاية الصحية NAMING A HEALTH CARE AGENT

### الحالات التي يمكن أن تتطبق عليك:

:Situations that may apply

وتقع بالأحرف الأولى بجانب البيانات المذكورة أدناه الخاصة بالحالات التي لا تتطبق عليك. يمكنك طمس البيانات التي لا تتطبق عليك. للحصول على مزيد من المعلومات، يمكنك الاطلاع على "نظرة عامة على التخطيط المستقبلي للرعاية"، أو التفضل بزيارة الرابط [www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org)، أو التحدث إلى مقدم خدمة الرعاية الصحية المعنى بك.

*Initial next to the statements below that apply to you. You may draw a line through statements that do not apply to you. For more information: see the ACP Overview, visit [www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org), or talk with your health care provider.*

\_\_\_\_\_ إذا قمت بتعيين زوجي (زوجتي) أو شريك المنزلي المُسجل في الولاية بصفته وكيل الرعاية الصحية الخاص بي وقمنا لاحقاً برفع دعوى نطالب فيها بفسخ الرابطة الزوجية، أو بطلان الزواج، أو الانفصال القانوني؛ فإنني أريد استمراره (استمرارها) في أداء دور وكيل الرعاية الصحية الخاص بي.  
If I name my spouse or registered domestic partner as my health care agent and we later file for a dissolution, annulment, or legal separation; I want them to continue as my health care agent.

\_\_\_\_\_ لا أعين وكيلًا للرعاية الصحية. ومن خلال ذكر أهدافي وقيمي الخاصة في هذا النموذج، فسيُعد ذلك بياناً بالقيم الشخصية وليس توجيهًا مسبقاً.  
I am not naming a health care agent. By sharing my goals and values in this form, it will be considered a personal values statement and not an advance directive.

## إعداد وكيل الرعاية الصحية PREPARING A HEALTH CARE AGENT

### ما الأشياء الأكثر أهمية بالنسبة لي؟

What matters most to me?

يساعدك هذا القسم في التفكير بشأن الأشياء الأكثر أهمية بالنسبة لك. يمكن أن يسترشد الأشخاص المهمين بالنسبة لك، مثل وكيل الرعاية الصحية وأحبابك بهذه المعلومات لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك إذا كنت لا تستطيع اتخاذها بنفسك.  
فكير بشأن مشاركة المعلومات التي تستفسر عنها الأسئلة الواردة أدناه:

This section helps you think about what matters most to you. This information can guide the people who matter to you — like your health care agent and loved ones — to make health care decisions for you if you cannot make them yourself.  
:Consider sharing

• ما الذي تحب أن تفعله عقلياً وجسدياً؟

What do you love to do, mentally and physically?

• ما مدى أهمية أن تعرف نفسك جيداً وأن تعرف جيداً الشخص الذي تحب أن تكون معه؟

How important is it for you to know who you are and who you are with?

• ما مدى أهمية التواصل مع الأسرة والأصدقاء بالنسبة لك؟

How important is communicating with family and friends to you?

• كيف تبدو مصطلحات، مثل "العيش بصحة جيدة" أو "عيش حياة سعيدة" بالنسبة لك؟

What does "living well" or "a good day" look like to you?

• ما أكثر شيء تقدره في حياتك؟

What do you value most in your life?

فيما يلي الأشياء الأكثر أهمية بالنسبة لي: (كن محدداً. أضف مزيداً من الصفحات إذا لزم الأمر).

The following is what matters most to me: (Be specific. Add pages if needed.)

الاسم:	_____
:NAME	_____
تاريخ الميلاد:	_____
:DATE OF BIRTH	_____
(يوم/شهر/سنة) (yyyy/mm/dd)	_____



## إعداد وكيل الرعاية الصحية

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

### ما هي معتقداتي، وفضائلتي، وممارساتي المفضلة؟

What are my beliefs, preferences, and practices?

من المهم للأشخاص المهمين بالنسبة لك، مثل وكيل الرعاية الصحية، وأحبابك، وفريق الرعاية الصحية أن يكونوا على دراية بمعتقداتك، وفضائلاتك، وممارساتك المفضلة.  
فكّر بشأن مشاركة المعلومات التي تستفسر عنها الأسئلة الواردة أدناه:

It is important for the people who matter to you—like your health care agent and loved ones—and your health care team to know about your beliefs, preferences, and practices.  
:Consider sharing

- ما الذي يوفر لك الدعم، والراحة، والقوة في الأوقات الصعبة؟  
What provides you support, comfort, and strength during difficult times?

- ما العلاجات الطبية التي تريده أو لا تريده الحصول عليها (على سبيل المثال، نقل الدم، ومعالجة الآلام، والتغذية الاصطناعية)?  
What medical treatments would you want or not want (e.g., blood transfusion, pain management, artificial feeding)?

- كيف يتم اتخاذ قرارات الرعاية الصحية في مجتمعك، أو ثقافتك، أو أسرتك؟  
How are health care decisions made in your community, culture, or family?

**تُعد المعتقدات، وفضائلات، والممارسات التالية مهمةً بالنسبة لي:** (كن محدّداً. أضف مزيداً من الصفحات إذا لزم الأمر).  
**The following beliefs, preferences, and practices are important to me:** (Be specific. Add pages if needed.)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**أرغب في أن يتم الاتصال بالشخص (الأشخاص) المذكور(ين) أدناه لدعم معتقداتي، وفضائلتي، وممارساتي المفضلة:** (لن تكون لديهم صلاحية اتخاذ قرارات الرعاية الصحية).  
**I would want the following person(s) contacted to support my beliefs, preferences, and practices:** (They will not have power to make health care decisions.)

الدور الذي يقوم به:	:ROLE	الاسم:
المؤسسة:	:ORGANIZATION	:NAME ( ) الهاتف: ( ) :PHONE

الاسم:
:NAME
تاريخ الميلاد:
:DATE OF BIRTH
اليوم/شهر/سنة (yyyy/mm/dd)



## إعداد وكيل الرعاية الصحية

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

من خلال الإجابة عن الأسئلة التالية، فإنني بذلك أذكر تفضيلاتي فيما يتعلق بالرعاية الصحية. إذا لم أتمكن من اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسي، فإنني أريد من وكيل الرعاية الصحية المعنى بي أن يستخدم هذه المعلومات للاسترشاد بها عند اتخاذ القرارات. أدرك أنه يمكن الاسترشاد بهذه المعلومات فيما يتعلق برعايتي الصحية، ولكن قد لا يكون من الممكن الالتزام باتباع رغباتي بالضبط في كل حالة.

In answering the following questions, I am sharing my health care preferences. If I cannot make health care decisions for myself, I want my health care agent to use this information to guide their decisions. I understand that this information can guide my care, but it might not be possible to follow my wishes exactly in every situation.

الإنعاش القلبي الرئوي (CPR): ما هي رغباتي؟  
CPR: What are my wishes?

تفضلي إجراءات الرعاية الصحية التقليدية في ولاية واشنطن يعمل إجراءات الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) للأشخاص في حال توقف وظائف القلب والتنفس عن العمل. يمكن أن يسترشد وكيل الرعاية الصحية ويفهم خدمات الرعاية الصحية بالمعلومات الواردة في هذا القسم بشأن ما إذا كان يجب إجراء الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) إذا كنت تتلقى العلاج في المستشفى وتوقفت وظائف القلب والتنفس لديك عن العمل (يُعرف أيضًا بـ "code status" (حالة المريض)).

Standard care in Washington state is to provide cardiopulmonary resuscitation (CPR) to people if their heart and breathing stop. This section can guide your health care agent and health care providers on whether to perform CPR if you are hospitalized and your heart and breathing stop (also known as "code status").

إذا كنت تتلقى العلاج في المستشفى وتوقفت وظائف القلب والتنفس لدى عن العمل، فإنني:  
If I am hospitalized and my heart and breathing stop

أريد أن يتم محاولة إجراء الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) لي.

أريد أن يتم محاولة إجراء الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) لي، ما لم يكن هناك تغيير في حالي الصحية، ولدي:

• فرصة ضئيلة لعيش حياة تتوافق مع الأهداف والقيم التي ذكرتها في هذا النموذج وأنا ناقشتها مع وكيل الرعاية الصحية المعنى بي؛ أو  
Little chance of living a life that aligns with the goals and values I have stated in this form and/or discussed with my health care agent; or

• مرض أو إصابة لا يمكن علاجها، ومن المحتتم أن أموت قريباً، أو  
A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or

• فرصة ضئيلة للبقاء على قيد الحياة حتى لو عاد قلبي للعمل مرة أخرى.  
Little chance of survival even if my heart is started again.

لا أريد أن يتم محاولة إجراء الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) لي. أريد أن يُسمح لي بالموت بشكل طبيعي. تحدث إلى مقدم خدمة الرعاية الصحية بشأن إكمال نموذج الأوصان (POLST) Portable Orders for Life-Sustaining Treatment I do not want CPR attempted. I want to be allowed to die naturally. (Talk to your health care provider about a POLST form.)

العلاجات الداعمة للحياة: ما هي رغباتي؟  
Life Support: What are my wishes?

الهدف من الرد الذي سنتذكره أدناه هو تقديم لوكيل الرعاية الصحية المعنى بك للاسترشاد به عند اتخاذ القرارات: الإجابة عن هذا السؤال لا تعني أن هذا النموذج يصبح توجيهات للرعاية الصحية، وهو توجيه لسحب العلاج الذي يساعد في الإبقاء على قيد الحياة أو إيقافه في حالات محددة بموجب قانون ولاية واشنطن. للحصول على مزيد من المعلومات، تفضل زيارة الرابط [www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org) أو التحدث إلى مقدم خدمة الرعاية الصحية المعنى بك.

Your response below is intended to guide your health care agent. Answering this question does not make this form a health care directive, which is a directive to withdraw or withhold life-sustaining treatment in specific situations under Washington state law. For more information, visit [www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org) or talk with your health care provider.

إذا كنت مريضاً مرضياً شديداً، أو مصاباً بدرجة أنه من المحتمل أن أموت قريباً، أو كنت في غيبوبة ومن غير المرجح أن أتعافي منها،  
I want my health care agent to

استخدام جميع علاجات دعم الحياة لإبقائي على قيد الحياة حتى إذا كانت هناك فرصة ضئيلة للشفاء. أريد أن أبقى متصلًا بأجهزة دعم الحياة.  
Use all life-support treatments to keep me alive even if there is little chance of recovery. I want to stay on life support.

محاولة استخدام جميع علاجات دعم الحياة التي يعتقد مقدمو خدمات الرعاية الصحية أنها قد تساعدنى على التعافي والشفاء. إذا لم تنجح العلاجات وكانت هناك فرصة ضئيلة لعيش حياة تتوافق مع أهدافي وقيمي، فلا أريد البقاء متصلًا بأجهزة دعم الحياة. عند هذه المرحلة، أسمح لي أن أموت بشكل طبيعي.  
Try all life-support treatments that my health care providers think might help me recover. If the treatments do not work and there is little chance of living a life that aligns with my goals and values, I do not want to stay on life support. At that point, allow me to die naturally.

السماح لي بأن أموت بشكل طبيعي. لا أريد أن أبقى متصلًا بأجهزة دعم الحياة. إذا كان قد تم الشروع في استخدام العلاجات الداعمة لحياة، فإنني أريد أن يتم إيقافها.  
Allow me to die naturally. I do not want to be on life support. If life-support treatments have been started, I want them to be stopped.

أريد أن يقوم وكيل الرعاية الصحية باتخاذ القرارات نيابةً عنِّي.  
I want my health care agent to decide for me.

الاسم:	
:NAME	
تاريخ الميلاد:	
(يوم/شهر/سنة) (yyyy/mm/dd)	:DATE OF BIRTH



## إعداد وكيل الرعاية الصحية PREPARING A HEALTH CARE AGENT

### توجيهات إضافية Additional Directions

إذا كنت أختضر وكانت الرعاية الطبية، وأجهزة دعم الحياة، والموارد المتاحة تسمح بذلك، فإنني أفضل أن أموت:  
:If I am dying and my medical care, support system, and resources allow, my preference would be to die

(في منزل أو في منزل أحد أحبابي (في مأوى رعاية المُختَرِين إذا رغبت في ذلك)).

At my home or the home of a loved one (with hospice if desired).

في منشأة طيبة.

In a medical facility.

ليس لدي مكان مفضل بعينه.

I do not have a preference.

غير ذلك (يرجى التوضيح):

:Other (please describe)

إذا كنت حاملاً ولا أستطيع اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسي، فإنني أود أن يأخذ وكيل الرعاية الصحية ومقامو خدمات الرعاية الصحية ما يلي في الاعتبار عند اتخاذهم قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنِي:

If I am pregnant and cannot make health care decisions for myself, I would like my health care agent and health care providers to take the following into consideration as :they make health care decisions on my behalf

اكتب أي معلومات إضافية تزيد أن يعرفها وكيل الرعاية الصحية، أو مقامو خدمات الرعاية الصحية، أو غيرهم بشأن رغباتك في الرعاية الصحية. يرجى ملاحظة أنه يجب توثيق رغباتك بشأن التبرع بالأعضاء وخططك بشأن التصرف في رفات جسدك بشكل منفصل.

Write any additional information you want your health care agent, health care providers, or others to know about your health care wishes. Please note that your wishes for organ donation and plans for your remains should be documented separately.



الاسم:

:NAME

تاريخ الميلاد:

/ /  
(يوم/شهر/سنة)  
(yyyy/mm/dd)

:DATE OF BIRTH

## تفويض وكيل الرعاية الصحية AUTHORIZING A HEALTH CARE AGENT

**بيان بالتفويض والصلاحيات العامة المخولة لوكيل الرعاية الصحية المعنى بي:** أفوض وكيل الرعاية الصحية المعنى بي لمنح الموافقة على العلاجات الطبية عندما لا أستطيع اتخاذ قراراتي بنفسني. أفوض وكيل الرعاية الصحية المعنى بي لتنفيذ رغباتي فيما يتعلق بعلاجات دعم الحياة، مثل الإنعاش القلبي الرئوي (CPR)، وأجهزة التنفس الصناعي، وأذابيب التغذية، و عمليات نقل الدم، وغسيل الكلى. يتضمن ذلك الموافقة على بدء العلاج الطبي، أو استمراره، أو إيقافه.

**Statement of General Authority and Powers of My Health Care Agent:** I authorize my health care agent to give consent for medical treatments when I cannot make my own decisions. I authorize my health care agent to carry out my wishes regarding life-support treatments such as a CPR, breathing machines, feeding tubes, blood transfusions, and kidney dialysis. This includes consent to start, continue, or stop medical treatment,

**أقرّ بصحة ما يلى:** أدرك أهمية ومغزى هذا التوكيل الرسمي المستمر للرعاية الصحية (DPOA-HC). يعبر هذا النموذج عن اختياري المتعلقة بوكيل الرعاية الصحية، ويعبر عن أهدافي وقيمي وتفضيلاتي. لقد قمت بإكمال هذا النموذج بمحض اختياري. إنني أفكّر جيداً وبوضوح. أدرك أنه يمكنني تغيير رأيي في أي وقت. أدرك أنه يمكنني إلغاء هذا النموذج واستبداله في أي وقت. ألغى أي توكيلاً رسمي مستمر سابق للرعاية الصحية. أريد أن يصبح DPOA-HC هذا ساري المفعول إذا قرر الطبيب أو الأخذاني النفسي المعتمد أنه ليس لدي القدرة على اتخاذ قرارات الرعاية الخاصة بي بنفسه. سيستمر هذا التوجيه سارياً المفعول طالما استمرت عدم قدرتي على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسه.

**I attest to the following:** I understand the importance and meaning of this durable power of attorney for health care (DPOA-HC). This form reflects my health care agent choices and my goals, values, and preferences. I have filled out this form willingly. I am thinking clearly. I understand that I can change my mind at any time. I understand I can revoke and replace this form at any time. I revoke any prior durable power of attorney for health care. I want this DPOA-HC to become effective if a physician or licensed psychologist determines I do not have the capacity to make my own health care decisions. This directive will continue as long as my incapacity lasts.

التاريخ:

:DATE

توقيع:

:MY SIGNATURE

العنوان، المدينة، الولاية، الرمز البريدي:

:ADDRESS, CITY, STATE, ZIP

**قواعد الشهود:****:Rules for Witnesses**

يجب إلا يقل عمره عن 18 عاماً وأن يكون كامل الأهلية القانونية.

Must be at least 18 years of age and competent.

يجب إلا يكون مرتبطة بك أو وكيل الرعاية الصحية المعنى بك بصلة قرابة عن طريق الدم، أو الزواج، أو الشراكة المنزلية المُسجّلة لدى الولاية.

Cannot be related to you or your health care agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.

يجب إلا يكون مُقيم خدمة الرعاية المنزلية أو مُقيم خدمة الرعاية في منزل عائلي للبالغين أو إنشاء رعاية طويلة الأجل تعيش فيها.

Cannot be your home care provider or a care provider at an adult family home or long-term care facility where you live.

يجب إلا يكون وكيل الرعاية الصحية المعين لك.

Cannot be your designated health care agent.

**متطلبات الشهود أو كاتب العدل**  
**Witnesses or Notary Requirement**

يجب أن يشهد شخصان على توقيعك أو أن يقر بصحته كاتب العدل.

You must have your signature either witnessed by two people or acknowledged by a notary public.

**ال الخيار الأول – شاهدان****OPTION 1 - TWO WITNESSES**

**إقرار الشاهد:** أقر بأنني مستوفٍ لقواعد الشهود بكوفي شاهداً.

**Witness Attestation:** I declare I meet the rules for being a witness.

الشاهد رقم 1 التوقيع:

:WITNESS #1 SIGNATURE

الاسم مكتوب بأحرف واضحة:

:NAME PRINTED

الشاهد رقم 2 التوقيع:

:WITNESS #2 SIGNATURE

الاسم مكتوب بأحرف واضحة:

:NAME PRINTED

**ال الخيار الثاني – كاتب العدل**  
**OPTION 2 - NOTARY**STATE OF WASHINGTON  
ولاية واشنطن

)

)

COUNTY OF  
مقاطعة

)

This record was acknowledged before me on this

day of,

تم الإقرار أمامي بصحة هذه البيانات المنسوبة

في يوم

by (name of individual):

(بيان اسم الشخص)

Signature:

(التوقيع)

Title:

المسمي الوظيفي

Exp:

تاريخ انتهاء الصلاحية

الاسم:

:NAME

تاريخ الميلاد:

:DATE OF BIRTH

(يوم/شهر/سنة)  
(yyyy/mm/dd)