

# التوجيهات المسبقة

التخطيط لرعايتك الطبية  
المستقبلية

**MLTCOP**

MICHIGAN LONG TERM CARE  
OMBUDSMAN PROGRAM



هذا الكتيب مبني على كتيب "التوجيهات المسبقة" الذي ألفه برادلي جيلر في إطار عمله مع برنامج أمين المظالم للرعاية الطويلة في الولاية (State Long Term Care Ombudsman Program). توفر العديد من المواقع الإلكترونية الحكومية إصدارات متنوعة من هذا الدليل مجاًناً. هذه النسخة مستندة إلى جهود السيد جيلر، مع إضافة قسم جديد يتناول "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)"، والذي يعتبر نوعاً جديداً من التوجيهات المسبقة.

يود برنامج أمين المظالم للرعاية الطويلة في الولاية ( Michigan Long Term Care Ombudsman Program ) تقديم شكره وتقديره للسيد جيلر على مساهمته الأساسية في إعداد هذه النسخة.

## جدول المحتويات

|    |   |
|----|---|
| 3  | ..... التمهيد                                     |
| 4  | ..... أ. المقدمة                                  |
| 5  | ..... ب. الوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية |
| 14 | ..... ج. أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج            |
| 17 | ..... د. وصية الإرادة المعيشية                    |
| 19 | ..... هـ. أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش           |
| 21 | ..... و. معلومات عامة                             |

### النماذج

|    |  |
|----|--|
| 26 | ..... الوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية |
| 34 | ..... إقرار قبول الوكيل الصحي                  |
| 36 | ..... وصية الإرادة المعيشية                    |
| 38 | ..... أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش            |
| 42 | ..... أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش            |
| 44 | ..... إقرار بالتبرّع بالأعضاء                  |

## التمهيد

كلنا نقدر حقنا في اتخاذ القرارات بما يتعلق بحياتنا الخاصة. وسواء وضعنا ذلك تحت إطار الاستقلالية أو الحرية أو اللاتبعية، فإن اتخاذ القرارات جوهرياً في تصوّرنا للكرامة.

أحد المجالات الهامة التي نمارس فيها استقلالنا هو اختيار الرعاية الطبية التي نتلقاها. من الصعب إنكار حق الشخص البالغ الأهل في الموافقة على تلقي أو رفض علاجات أو خدمات طبية معينة.

للأسف، قد لا نكون قادرين دائماً على المشاركة في اتخاذ قرارات العلاج بسبب المرض أو الإصابة. وفي هذه الحالة، قد يكون ذلك العجز مؤقتاً أو دائماً.

لا أحد يرغب في التفكير بإمكانية عدم قدرته على اتخاذ القرارات. ويسهل على المرء تأجيل التفكير في تلك الظروف والعلاج الذي يود تلقيه إذا شاءت الأقدار ذلك.

ورغم أن مواجهة هذه المسائل قد تتسم ببعض الصعوبة، إلا أن مواجهتها في الحاضر يمكن أن تساعد في ضمان تلبية رغباتنا في المستقبل. التعبير عن رغباتنا الآن يمكنه مساعدة أحبائنا في الشعور بالثقة حيال الخيارات التي قد يضطرون لاتخاذها بالنيابة عنا.

بمجرد تحديد رغباتك، يمكن إتمام عملية التخطيط بسهولة وبتكلفة منخفضة أو حتى مجاناً. يقدم هذا الكتيب معلومات حول التوجيهات المسبقة لتوجيهك ومساعدتك. وتعتبر نماذج "املاً المساحات الفارغة" المتوفرة في نهاية الكتيب مجرد خيار من بين العديد من الخيارات التي يمكنك اعتمادها إذا قررت الشروع في هذه الخطوة.

## أسئلة وأجوبة حول التوجيهات المسبقة

### أ. المقدمة

ما هو التوجيه المسبق؟

التوجيه المسبق هو وثيقة مكتوبة يمكنك من خلالها تحديد نوع الرعاية الطبية التي ترغب في تلقيها في المستقبل، أو تحديد من تريد أن يتخذ القرارات نيابة عنك في حال فقدت القدرة على اتخاذ القرارات بنفسك.

لماذا نحتاج التوجيهات المسبقة؟

في الماضي، كان يتوفى معظم الأفراد في منازلهم. أما اليوم، أصبحت فرص الوفاة في المستشفى أو دار رعاية أكبر.

ومع التوسّع والتطوّر التكنولوجي أصبحت خيارات العلاج المتاحة أكثر بكثير، وتحسّنت الصحة العامة مما رفع متوسط عمر الإنسان. قد يكون علينا اتخاذ قرارات بخصوص رعايتنا في الوقت الذي لا يمكننا فيه التواصل والتعبير عن رغباتنا.

ما هي مزايا امتلاك توجيهها مسبقاً؟

لكل منا قيمه وأمنيته وأهدافه الخاصة. وامتلاك التوجيه المسبق يمنحك ضمناً بعض الشيء بأن رغباتك بخصوص العلاج الطبي والنفسي سيتم تلبيةها واحترامها في الوقت الذي لا تستطيع فيه التعبير عن هذه الرغبات. كما أن امتلاك توجيهها مسبقاً قد يحول دون الحاجة إلى تعيين وصي من قبل المحكمة الحسبية ويساعد في إرشاد أحبائك حول الخيارات التي ترغب أن يتخذوها نيابة عنك.

هل امتلاك توجيهها مسبقاً أمراً إلزامياً؟

لا. إن قرار امتلاك التوجيه المسبق اختياري تماماً. ولا يمكن لأي فرد من أفراد العائلة أو المستشفى أو شركة التأمين إجبارك على تحرير توجيهها مسبقاً أو إملاء محتويات الوثيقة عليك إذا قررت كتابتها. ولا يجوز للمستشفى أو دار الرعاية أو مؤسسات الرعاية التلطيفية رفض تقديم خدماتها لك بناءً على وجود أو عدم وجود توجيه مسبق.

هل توجد أنواع مختلفة من التوجيهات المسبقة؟

نعم. يوجد ثلاثة أنواع من التوجيهات المسبقة: الوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية ووصية الإرادة المعيشية وأمر الامتناع عن إجراء الإنعاش. كما قد يكون هناك خيار آخر متاح حسب المنطقة التي تقطن فيها يسمى "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج".

وهناك أيضاً إقرار التبرع بالأعضاء، الذي يسري عند وفاتك.

هل يمكنني امتلاك أكثر من نوع واحد من التوجيهات المسبقة؟

نعم. يمكنك اختيار تحرير أي عدد من التوجيهات المسبقة أو عدم تحرير أي منها. إذا كنت تمتلك أكثر من توجيه مسبق، يوصى بضممان توافقه لكي يتضح لمقدمي الرعاية ومن يتخذ القرارات ما ترغب به.

## ب. الوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية

ما هي الوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية؟

تعتبر الوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية، أو ما يُعرف أيضاً بالوكيل الصحي أو تفويض المدافع عن المريض، وثيقة تُمكنك من تعيين شخص آخر لاتخاذ القرارات الطبية والقرارات المتعلقة بالرعاية الشخصية بالنيابة عنك في حال فقدت القدرة على اتخاذ هذه القرارات بنفسك.

كما يمكنك أيضاً اختيار تمكين وكيلك من اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية النفسية التي قد تحتاج إليها في المستقبل.

بالإضافة إلى ذلك، يمكنك منح وكيلك السلطة للتبرع بأعضاء معينة أو بجسمك بأكمله عند وفاتك.

هل الوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية ملزمة قانونياً؟

نعم.

من يحق له الحصول على وكالة قانونية دائمة للرعاية الصحية؟

يجب أن يكون عمرك 18 عاماً على الأقل وتُدرك بشكل كامل أنك تمنح شخصاً آخر السلطة لاتخاذ قرارات محددة بالنيابة عنك في حال لم تكن قادراً على اتخاذها بنفسك.

هل يوجد نموذج محدد للوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية؟

لا، فيمكنك اختيار استخدام النموذج المُقدّم في هذا الكتيب، أو اختياراً نموذج آخر حيث أن هناك العديد من المنظمات التي تقدم نماذج مجانية متنوعة يمكنك الاختيار من بينها.

تأكد من أنك تكتب بوضوح عند ملء أي وثيقة.

هل استخدام نموذج "املاً المساحات الفارغة" أمر لازم؟

لا، يمكنك إعداد وثيقتك الخاصة أو الاستعانة بمحامٍ لصياغة وثيقة تلائم احتياجاتك الخاصة. يمكنك استخدام النموذج المُقدّم في هذا الكتيب إذا كنت ترغب في ذلك.

ماذا يُطلق على الشخص الذي أعطيه سلطة اتخاذ القرارات بالنيابة عني؟

يعرف هذا الشخص بالمُدافع عن المريض أو وكيل المريض.

متى يمكن لوكيلي التصرف بالنيابة عني؟

يستطيع المُدافع عن المريض/الوكيل أن يقوم بدوره في أخذ القرارات بالنيابة عنك فقط عندما تكون غير قادر على المشاركة بنفسك في اتخاذ القرارات المتعلقة بالعلاج الطبي.

إذا قررت منح الوكيل السلطة لاتخاذ القرارات المتعلقة بالعلاج النفسي، فلن يستطيع القيام بدوره إلا إذا كنت غير قادر على إعطاء موافقة واعية ومستنيرة على العلاج النفسي.

كيف قد أصبح غير قادر على المشاركة في اتخاذ القرارات الطبية أو الصحية النفسية؟

في بعض الأحيان، قد تفقد القدرة على أخذ القرارات الطبية أو النفسية بشكل مؤقت أو توصيلها للمعنيين، مثل التعرّض لجلطة دماغية أو في حالة الإغماء بعد حادث. وقد قد تعاني من فقدان دائم للقدرة على أخذ القرارات، مثل في حالة الإصابة بالخرف.

وفي بعض الأحيان، قد تصبح غير قادر على اتخاذ قرارات الصحة النفسية إذا كانت حالتك النفسية أو عملية التفكير لديك تحت تأثير حالة مثل الاكتئاب الشديد أو الفصام.

من يقرر أنني فقدت القدرة على المشاركة في هذه القرارات؟

فيما يتعلق بالقرارات الطبية، يتم تحديد هذا من قِبَل الطبيب المسؤول عن رعايتك بالإضافة إلى طبيب آخر أو أخصائي نفسي قام بفحصك.

وبعد إجراء الفحص، يجب على الطبيب وأخصائي الصحة النفسية (سواء كان طبيباً، أو أخصائي نفسي، أو ممرض مسجل، أو أخصائي عمل اجتماعي حاصل على درجة الماجستير) القيام بتقدير هذه القدرة بالنسبة للعلاج الصحي النفسي. يمكنك في الوثائق التي تعدّها اختيار الطبيب وأخصائي الصحة النفسية الذي تفضله لاتخاذ هذا القرار.

### ماذا لو كانت معتقداتي الدينية تُحرّم الفحص الطبي؟

يجب عليك التأكيد في وكالتك القانونية الدائمة للرعاية الصحية أن معتقداتك الدينية تُحرّم الفحص الطبي، وأن توضح كيف ترغب في تقرير فقدانك القدرة على المشاركة في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية.

### ما هي الصلاحيات التي يمكنني منحها للوكيل؟

يمكنك منح وكيلك سلطة اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الشخصية التي تتخذها عادة لنفسك. على سبيل المثال، يمكنك منحه سلطة الموافقة على العلاج الطبي أو رفضه، ترتيب العلاج الصحي النفسي، الرعاية الصحية في المنزل أو الرعاية النهارية للبالغين، أو إدخالك المستشفى أو دار الرعاية أو دار رعاية المسنين أو منزل للمسنين.

يمكنك أيضاً تفويض وكيلك بالتبرّع بأعضائك أو جسدك عند وفاتك.

### هل سيكون لوكيلي صلاحية التعامل مع شؤوني المالية؟

يمكنك منح وكيلك سلطة ترتيب الخدمات الطبية وخدمات الرعاية الشخصية ودفع تكلفة هذه الخدمات باستخدام أموالك. ولن يكون للوكيل الصلاحية العامة والكاملة للتصرف في جميع ممتلكاتك وشؤونك المالية.

إذا كنت ترغب في أن يتصرف شخص آخر في جميع ممتلكاتك وشؤونك المالية في حالة عدم قدرتك على ذلك، يمكنك الاستعانة بمحام لصياغة وكالة قانونية دائمة للشؤون المالية أو غيرها من الوثائق القانونية.

### هل يمكنني منح وكيلي الحق في حجب أو سحب أحد العلاجات مما قد يتسبب في وفاتي؟

نعم، لكن يتطلب الأمر توضيحاً واضحاً وقاطعاً أن وكيلك مأذون له باتخاذ قرارات من هذا القبيل، ويجب عليك أن تقر بأن هذه القرارات قد تنتج عنها الوفاة.

هل يمكنني منح وكيلك الحق في حجب أو سحب تقديم الغذاء والماء عبر الأنابيب؟

نعم. إذا أردت منح وكيلك الصحي هذه الصلاحية، يمكنك توضيح الظروف المحددة التي يمكنه فيها اتخاذ هذا الإجراء ضمن الوثيقة. على سبيل المثال، يمكنك السماح لوكيلك الصحي بالامتناع عن تقديم الطعام أو الماء عبر أنبوب إذا كنت تعاني من مرض مزمن أو إذا أصبحت فاقد الوعي بشكل دائم.

هل يمكنني منح وكيلك سلطة التوقيع على أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش؟

نعم.

هل يحق لي التعبير عن رغبات أخرى في الوثيقة؟

نعم بالطبع. يحق لك، على سبيل المثال، التعبير عن رغباتك بشأن أنواع الرعاية الأخرى التي تود تلقيها في حال إصابتك بمرض مزمن. يمكنك أيضاً التعبير عن رغبتك في عدم الانتقال إلى دار رعاية ورغبتك في الوفاة في بيتك. وكيلك الصحي ملزم ببذل كل الجهد لتلبية رغباتك.

ما الخيارات المتاحة لي بشأن الرعاية الصحية النفسية؟

أولاً، أمامك الخيار بمنح وكيلك الصحي صلاحيات تتعلق بالرعاية الصحية النفسية أو عدم منحها له.

إذا قررت منح وكيلك الصحي صلاحيات تتعلق بالرعاية الصحية النفسية، يجب أن تحدد بوضوح الصلاحيات التي يمكنه ممارستها، ومنها على سبيل المثال تفويض العلاج الخارجي، والإقامة في المستشفى، وتناول الأدوية النفسية، والعلاج بالصدمات الكهربائية.

يمكنك أيضاً تقديم المزيد من التفاصيل، مثل المستشفى الذي تفضله والأدوية التي ترغب أو لا ترغب في تناولها.

**ما الخيارات المتاحة لي بشأن التبرع بالأعضاء بعد وفاتي؟**

يمكنك اختيار ما إذا كنت ترغب في منح وكيلك الصحي هذه الصلاحية أم لا.

إذا كنت ترغب في منح وكيلك الصحي هذه الصلاحية، فيمكنك تحديد الأعضاء التي ترغب في التبرع بها، أو ما إذا كنت ترغب في التبرع بجسدك بأكمله. يمكنك تحديد المكان أو الشخص الذي ترغب في التبرع به بأعضائك له.

**هل يوجد بديل لاستخدام وكالة قانونية دائمة للرعاية الصحية للتبرع بالأعضاء بعد وفاتي؟**

نعم. يمكنك استكمال النموذج المنفصل المُقدّم في هذا الكتيب تحت عنوان "إقرار التبرع بالأعضاء". إذا ذكرت رغباتك في كل من الوكالة القانونية الدائمة وفي إقرار التبرع بالأعضاء، تأكد من أن رغباتك متطابقة في كلا الوثيقتين.

**هل من المهم أن أعبّر عن رغباتي الخاصة في التوجيهات المسبقة؟**

إن الرغبات التي لا يعلم بها أحد لا يمكن تلبيةها. وقد يكون من الصعب على وكيلك الصحي أن يتخذ قراراً نيابة عنك دون توجيهات منك. لذا، إذا كانت لديك رغبات محددة، يجب أن تجعلها واضحة لوكيلك الصحي عند التحدث معه. كذلك، يجب النظر في تضمين هذه الرغبات في الوثيقة القانونية.

**ما هي واجبات وكيلك الصحي؟**

يتعين على وكيلك الصحي أن يبذل جهداً معقولاً لتنفيذ رغباتك وتعليماتك، سواء الشفهية أو الكتابية، التي أعربت عنها في الوقت الذي كنت قادراً فيه على تقديم رغباتك والتعبير عنها.

**هل هناك استثناءات؟**

يمكن لأخصائي الصحة النفسي رفض تلبية رغباتك بشأن علاج صحة نفسية أو موقع أو أخصائي محدد، إذا كانت هناك ظروف نفسية طارئة تهدد حياتك أو حياة الآخرين.

**ماذا لو لم أعبّر أبداً عن أي رغبات محددة بشأن العلاج الطبي؟**

يتعين على وكيلك الصحي أن يعمل بما يخدم مصلحتك العامة.

**هل سيسمح المستشفى أو دار الرعاية لوكيلك الصحي بالاطلاع على سجلاتي؟**

نعم. كل مريض يملك الحق في تفحص ونسخ سجلاته الخاصة التي تحتفظ بها المستشفى أو دار الرعاية. سيتمتع وكيلك الصحي بنفس الحقوق التي تمتلكها أنت، عندما تصبح غير قادر على المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالعلاج.

النموذج المرفق في هذا الكتيب يتيح لوكيلك الصحي الوصول إلى سجلاتك الطبية في أي وقت بعد تعيينه، حتى إذا كنت ما زلت قادرًا على اتخاذ القرارات بنفسك.

### من يمكنني تعيينه كوكيل صحي؟

أي شخص يزيد عمره عن 18 عامًا مؤهل لهذا الدور. يمكنك اختيار زوجك/زوجتك، أو أحد أطفالك البالغين، أو صديق، أو أي شخص آخر. عليك اختيار شخص تثق به وقادر على تحمل المسؤولية ومستعد للقيام بالدور.

من الأفضل التحدث مع الشخص الذي تنوي تعيينه كوكيلك الصحي قبل إكمال وتوقيع الوثيقة، للتأكد من استعداده للقيام بهذا الدور.

### هل يمكنني تعيين شخص آخر كوكيل صحي بديل في حالة عجز الشخص الأول عن القيام بهذا الدور؟

نعم، وهذا فكرة جيدة أيضًا.

لكن يجدر بالذكر أن القانون لا ينص على أنه يمكن لأكثر من شخص أن يعمل وكيلك الصحي في نفس الوقت.

### ما الذي يجب عليّ فعله حتى يكون لديّ وكالة قانونية دائمة صالحة للرعاية الصحية؟

عليك التعبير عن رغباتك في وثيقة كتابية والتوقيع عليها بشهادة شاهدين بالغين.

توجد بعض القيود حول من يمكنه أن يكون شاهدًا. الشاهدين يجب ألا يكونا من أفراد أسرتك، أو طبيبك، أو الوكيل الصحي المقترح، ولا يمكن أن يكونا موظفين في منشأة صحية أو برنامج صحي أنت مريض أو عميل لديه.

ما الذي يجب أن يفعله وكيلك الصحي قبل التصرف نيابة عنك؟

قبل أن يتمكن وكيلك الصحي من ممارسة صلاحيّاته، يجب عليه التوقيع على إقرار قبول يفيد بأنه مستعد للقيام بدور وكيلك، وذلك في وقت تحرير الوثيقة القانونية أو في وقت لاحق. الصيغة العامة لإقرار قبول مذكورة في القانون.

هل يمكنني تغيير رأيي بعد توقيعي على الوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية؟

نعم، بالطبع. مهما كانت حالتك البدنية أو العقلية، يمكنك إبطال أو إلغاء الوكالة القانونية الدائمة عبر التعبير بأي شكل من الأشكال (كتابي، شفهي، أو أي وسيلة تواصل أخرى) أن الوثيقة لم تعد تعكس رغباتك الحالية.

ماذا لو قرر طبيبان مختلفان أنني لم أعد قادرًا على المشاركة في قرارات العلاج؟

إن حقك في إلغاء عن الوثيقة القانونية لا يتأثر بتقييم الأطباء لقدرتك على القرار، حتى لو أكد طبيبان أن لم تعد قادرًا على المشاركة في القرارات العلاجية.

هل أستطيع تغيير رأيي بدون الحاجة إلغاء الوكالة القانونية؟

نعم. في أي وقت، يجب على وكيلك الصحي احترام أي رغبة تُعبّر عنها بالكلام في تلقي علاج محدد يهدف إلى تمديد الحياة، حتى لو كان هذا الطلب يتعارض مع التوجيهات الكتابية.

هل القواعد المتعلقة بإلغاء الوكالة القانونية تختلف في حالة العلاج النفسي؟

بالفعل، يمكنك في وكالتك القانونية اختيار التنازل عن حقك في إلغاء الوكالة الدائمة المتعلقة بالعلاج النفسي بشكل فوري.

في الوثيقة، يمكنك تحديد فترة تصل حتى 30 يوماً بعد التعبير عن رغبتك في الإلغاء، وخلال هذه الفترة، يظل بإمكان وكيلك الصحي اتخاذ القرارات نيابة عنك.

إذا قررت إبطال وكالتي القانونية الدائمة للرعاية الصحية، هل يمكنني التوقيع على وكالة جديدة؟

نعم، تستطيع ذلك، لكن بشرط أن تكون بكامل قواك العقلية.

قد ترغب في تعيين وكيل صحي مختلف أو تغيير طريقة تعبيرك عن رغباتك. إذا قمت بالتوقيع على وثيقة جديدة، تأكد من تدمير الوثيقة القديمة وجميع نسخها وتأكد من أن مقدمي الرعاية الصحية يعلمون أن

لديك وثيقة جديدة.

**هل يمكن لوكيلى الصحى أن يرفض تمثيلى؟**

نعم. يجوز للوكيل الصحى أن يسحب موافقته في أي وقت. وفي هذه الحالة، يصبح الشخص الذي عينته كوكيل صحى بديل، إن وُجد، هو الوكيل الأساسى.

**ماذا يحدث في حالة نشوب نزاع أثناء اتخاذ الوكيل الصحى للقرارات نيابة عني؟**

إذا كان هناك شخص معني يتشكك فيما إذا كان الوكيل الصحى يعمل بما يتوافق مع مصلحتك، أو لديه الصلاحية للتصرف نيابة عنك، فيمكن لذلك الشخص تقديم طلب إلى المحكمة الحسبية لحل النزاع.

**ماذا يحدث في حالة استعادتي للقدرة على المشاركة في قرارات الرعاية الصحية أو الصحة النفسية؟**

في أي وقت تتمكن فيه من المشاركة في اتخاذ القرارات، يتم تعليق صلاحيات الوكيل الصحى، ولن يكون له القدرة على اتخاذ تلك القرارات نيابة عنك إذا كنت قادرًا على اتخاذها بنفسك.

**من يقرر ما إذا كنت قد استعدت القدرة على المشاركة في اتخاذ القرارات الطبية؟**

القانون لا يوضح الجهة المعنية بهذه المسألة. ومع ذلك، من المرجح أن يكون تقييم الطبيب المعالج أو الأخصائى النفسى كافي لاتخاذ هذا القرار.

**هل يوجد سجل موحد على مستوى الولاية للوكالات القانونية الدائمة للرعاية الصحية؟**

نعم، يحق لك تسجيل وكالتك القانونية الدائمة للرعاية الصحية في سجل موحد على مستوى الولاية وذلك بصفة طوعية. وسيتمكن مقدمو الرعاية الصحية من الوصول الفورى لمعلوماتك.

**كيف يمكننى تسجيل وكالتى القانونية الدائمة؟**

بإمكانك إرسال وكالتك القانونية الدائمة إلكترونياً أو عبر البريد العادى. وفي حالة الإرسال عبر البريد العادى، سيتم إعادة النسخة الأصلية إليك.

**هل توجد أية رسوم؟**

لا. الدخول إلى السجل مجاني بالنسبة لك ولمقدمي الرعاية الصحية.

### من يدير السجل؟

تدير السجل منظمة "Gift of Life Michigan" بموجب عقد من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بميشيغان. للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [www.mipeaceofmind.org](http://www.mipeaceofmind.org) أو الاتصال على الرقم 1-800-482-4881.

### إذا يمكنني إلغاء وكالتي القانونية الدائمة إذا كانت مُسجلة؟

نعم. تحتفظ بالحق في إلغاء الوكالة في أي وقت عن طريق إبلاغ السجل.

### ماذا لو لم يكن لدي أي شخص لتعيينه كوكيل صحي؟

ما زال بإمكانك اختيار إتمام وصية الإرادة المعيشية أو أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش، أو كليهما. كما يمكنك أيضاً أنت وطبيبك إكمال نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج" إذا كان متاحاً في المنطقة التي تقطن فيها. وفي يلي، نتناول الوثائق الثلاث بمزيد من التفاصيل.

## ج. أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)

ما هو نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)"؟

نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" هو أحد أشكال التوجيهات المسبقة التي تقدم تعليمات للرعاية الصحية للمرضى الذين يعانون من أمراض شديدة. تتجاوز نماذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" في تفصيلها التوجيهات المسبقة وأوامر الامتناع عن إجراء الإنعاش خارج المستشفى (DNR)، إذ تتناول الإجراءات الطبية أو العلاجات مثل التنبيب (الذي يسمح للمريض بالتنفس عبر القصبة الهوائية)، والمضادات الحيوية، وتقويم نظم القلب (علاج لعدم انتظام ضربات القلب)، والتغذية عبر الأنابيب، والإقامة بالمستشفى.

تسري توجيهات المريض المقدمة في هذا النموذج حتى عندما يصبح المريض غير قادر على اتخاذ قراراته الطبية الخاصة.

هل نماذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" ملزمة قانونياً؟

دخل القانون ولاية ميشيغان الذي أسس لنماذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" حيز التنفيذ في 6 فبراير 2018. غير أن الولاية ما زالت تعمل على إعداد نموذج موحد ليتم استخدامه على مستوى الولاية. وسيأخر استخدام نماذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" حتى يكتمل هذا العمل، وقد يستغرق ذلك عدة سنوات.

حاليًا، أصبحت نماذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" متوفرة في بعض المجتمعات في ميشيغان تحت برامج محلية. تشمل هذه المجتمعات مقاطعة جاكسون، ولانسينج، وجراند رابيدز، وهوتون، وماركيت. وتستخدم هذه النماذج بالفعل منذ عدة سنوات في بعض مناطق ميشيغان.

هل توقيع نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" أمر لازم؟

لا، شأنه في ذلك شأن جميع أشكال التوجيهات المسبقة الأخرى، حيث يعد التوقيع على نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" طوعياً تماماً.

هل يمكن لوكيل المريض التوقيع على نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" بدلاً مني؟  
إذا كان لوكيلك الصحيّ الصلاحية للقيام بذلك، فيمكنه التوقيع على النموذج بدلاً منك. وسيتعيّن على طبيبك الخاص التوقيع على النموذج أيضاً.

إذا كان لدي وصي، فهل يمكن له التوقيع على نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" نيابة عني؟  
يمكن للمحكمة منح الوصي صلاحية التوقيع على نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)".

هل يتعين على الوصي التحدث معي قبل التوقيع على نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)"؟  
نعم، إلا إذا كنت غير قادر على التعبير عن رغباتك.

هل يحق لي إلغاء نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)"؟  
نعم. سواء كنت أنت من وقعت عليه بنفسك، أو قام وكيلك الصحيّ أو الوصي بالتوقيع عليه، يحق لك دائماً إلغاء النموذج.

كيف يمكنني إلغاء نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)"؟  
يمكنك إلغاء نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" في أي وقت وبأي طريقة تستطيع من خلالها التعبير عن رغبتك بالإلغاء.

ما الفرق بين نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" والوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية؟

تتميز نماذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" بأنها يتم التوقيع عليها من قبل المريض وطبيبه المعالج. قبل أن يقوم الطبيب والمريض أو ممثل المريض بالتوقيع على "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)"، يُقدّم الطبيب للمريض أو ممثله معلومات شاملة ويوضح طبيعة ومضمون النموذج، وكيف ستتأثر الحالة الصحية للمريض بموجب العلاجات الطبية المُناقشة في النموذج.

هل يمكنني امتلاك نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" إلى جانب التوجيهات الطبية المسبقة الأخرى؟

نعم، بالطبع. ولكن يُفترض أن نماذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" تحل محل التوجيهات المسبقة السابقة لها. إذا تم تنفيذ نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" بعد توقيعك على أي توجيه مسبق يتضمن تعليمات كتابية بخصوص العلاج الطبي الخاص بك، فيُفترض أن نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" يُعبّر عن رغباتك الحالية. وهذا ينطبق أيضًا على أوامر الامتناع عن إجراء الإنعاش.

إذا كان لديك أكثر من وثيقة، تأكد من توافق الرغبات المعبر عنها في تلك الوثائق.

ما هي الحالات التي ينتهي فيها صلاحية نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" ويتوقف تأثيره؟

يتوقف تأثير نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" وتنتهي صلاحيته في أربع حالات، إلا إذا تمت مراجعة النموذج والتأشير عليه وتاريخه من قبل الطبيب والمريض أو الوكيل الصحي للمريض. وتشمل هذه الحالات:

1. مرور عام على توقيع نموذج "أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج (POST)" الأولي،
2. نقل المريض من مكان أو مستوى رعاية إلى آخر،
3. تغيير تفضيلات المريض بشأن العلاج،
4. تغيير طبيب المريض.

## د. وصية الإرادة المعيشية

ما هي وصية الإرادة المعيشية؟

وصية الإرادة المعيشية هي وثيقة كتابية تستخدمها لإبلاغ الأطباء وأفراد الأسرة والأشخاص الآخرين عن نوع الرعاية الطبية التي ترغب في تلقيها في حالة أصبحت مريضاً ميووساً من شفائه أو فقدت الوعي بشكل دائم.

متى تدخل وصية الإرادة المعيشية حيز النفاذ؟

لا تدخل وصية الإرادة المعيشية حيز النفاذ إلا بعد أن يشخص الطبيب حالتك بأنها مرض ميووس من شفائه أو فقدت الوعي بشكل دائم ويقرر أنك غير قادر على اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الخاصة بك أو توصيلها للمعنيين.

ما الفرق بين وصية الإرادة المعيشية والوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية؟

رغم وجود بعض التشابهات بينهما، فإن أوجه التركيز تختلف. ففي وكالة القوة القانونية الدائمة، يتعلق الأمر بتحديد الشخص الذي سيتخذ القرار، بينما في وصية الإرادة المعيشية، يتعلق الأمر بالقرار المطلوب اتخاذه.

وصية الإرادة المعيشية تنحصر ضمن نطاق الرعاية الطبية خلال مرحلة المرض الميووس من شفائه أو فقدان الوعي الدائم، بينما يمكن أن يمتد دور الوكيل الصحي ليشمل الإعاقة المؤقتة.

هل هناك مزايا لكل منهما؟

قد تكون الوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية أكثر مرونة لأن وكيلك الصحي يمكنه الاستجابة للظروف غير المتوقعة، ولكن يمكن تنفيذ وصية الإرادة المعيشية دون الحاجة لشخص ثالث لاتخاذ القرار الفعلي.

ما الذي قد تتضمنه وصية الإرادة المعيشية؟

قد تقرر أن تعبر عن رغباتك بطريقة عامة مثل "القيام بكل ما يلزم لتحقيق راحتي، ولكن لا شيء أكثر." أو "أنا أذن باتخاذ جميع التدابير اللازمة لتمديد حياتي."

أو بدلاً من ذلك، يمكنك تحديد ما إذا كنت ترغب في تلقي تدخلات طبية محددة، مثل استخدام جهاز

التنفس الاصطناعي، وإجراء الإنعاش القلبي الرئوي (CPR)، وإجراء عملية جراحية، وتناول الأدوية المضادة للبكتيريا، ونقل الدم. يمكنك تفويض العلاج التجريبي أو غير التقليدي. وبغض النظر عن النهج الذي تختاره، يجب أن تُعبّر عن رغباتك بشأن ما إذا كنت ترغب في تناول الطعام والماء عبر الأنابيب.

### هل وصية الإرادة المعيشية ملزمة قانونياً لمقدمي الرعاية الصحية؟

رغم من أن معظم الولايات لديها قوانين تمنح وصايا الإرادة المعيشية القوة القانونية، إلا أن ولاية ميشيغان لم تصدر قانوناً مشابهاً حتى الآن. لكن، بناءً على حكم صادر من محكمة ميشيغان، يمكن القول بوجود دعاوى تؤيد أن وصية الإرادة المعيشية قد تكون ملزمة في هذه الولاية. ولكن، لا يمكن لأحد تقديم ضمان مطلق بأنه سيتم تحقيق رغباتك.

### هل تحرير وصية الإرادة المعيشية أمر مفيد؟

نعم، في بعض الحالات. من المهم جداً تحرير وصية الإرادة المعيشية، خاصة إذا لم يكن لديك وكالة قانونية دائمة للرعاية الصحية. إن الرغبات التي لا يعلم بها أحد لا يمكن تليبيتها.

### هل يمكنني الحصول على وكالة قانونية دائمة للرعاية الصحية ووصية إرادة معيشية في الوقت نفسه؟

نعم، بالتأكيد. يمكن لوكيلك الصحي أن يعتبر وصية الإرادة المعيشية الخاصة بك كتعبير عن رغباتك. كما قد تكون وصية الإرادة المعيشية مفيدة أيضاً إذا كان وكيلك الصحي غير متواجد عند الحاجة لاتخاذ قرار. إذا كانت لديك كلا الوثيقتين، تأكد من توافق الرغبات المعبر عنها في تلك الوثائق.

### ما هي متطلبات وصية الإرادة المعيشية؟

بما أنه لا يوجد قانون مخصص لها في هذه الولاية، فلا توجد متطلبات رسمية. ولكن يوصى بشدة أن تحمل الوثيقة عنوان "وصية الإرادة المعيشية - Living Will"، وأن يتم توقيعها وتاريخها من قبلك، وأن يوقع عليها شاهدان ليسا من أفراد أسرتك.

## ٥. أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش

ما هو أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش؟

أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش (DNR) هو وثيقة مكتوبة تعبر فيها عن رغبتك في عدم محاولة إجراء الإنعاش في حال توقفك عن التنفس أو النبض.

هل أنا ملزم بالتوقيع على أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش؟

لا.

لمن قد يكون هذا النوع من الوثائق مفيداً بشكل خاص؟

على سبيل المثال، قد يرغب المريض الذي اختار أن يقضي الوقت الأخير من حياته في منازلهم ليرحل بأكبر قدر من السلام التوقيع على أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش.

هل يلزم أن أكون في مرحلة متأخرة من المرض قبل التوقيع على أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش؟

كلا، قد تكون في حالة صحية جيدة ومع ذلك لا ترغب في أن يتم إعادة الإنعاش في حال توقف القلب والرئتين.

هل هذه الوثائق ملزمة من الناحية القانونية؟

نعم. يوجد قانون في ولاية ميشيغان ينص على أن هذه الوثائق صحيحة ولها سريان قانوني حتى خارج المستشفيات.

هل هناك نماذج معيارية لأمر الامتناع عن إجراء الإنعاش؟

نعم. هناك نموذج يتيح للطبيب التوقيع، ولك التوقيع، بالإضافة إلى مكان لتوقيع شاهدين.

وهناك نموذج بديل مخصص للأفراد الذين لديهم معتقدات دينية تحرم الاستعانة بالأطباء. وكلا هذين النموذجين موجودين في هذا الكتيب.

هل يمكن لوكيل المريض التوقيع على النموذج بدلاً مني؟

إذا كان لوكيلك الصحيّ الصلاحية للقيام بذلك، فيمكنه التوقيع على النموذج بدلاً منك. وسيتعين على طبيبك الخاص التوقيع على النموذج أيضاً.

إذا كان لدي وصي، فهل يمكن له التوقيع على نموذج "أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش" نيابة عني؟

يمكن للمحكمة منح الوصي صلاحية التوقيع على نموذج "أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش".

هل يتعين على الوصي التحدث معي قبل التوقيع على نموذج "أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش"؟

نعم، إلا إذا كنت غير قادر على التعبير عن رغباتك. وكل في حال من الأحوال، سيتعين على طبيبك أيضاً التوقيع على الوثيقة.

هل يحق لي إلغاء نموذج "أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش"؟

نعم. سواء كنت أنت من وقعت عليه بنفسك، أو قام وكيلك الصحيّ أو الوصي بالتوقيع عليه، يحق لك دائماً إلغاء النموذج.

كيف يمكنني إلغاء نموذج "أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش"؟

يمكنك توصيل رغباتك إلى مقدم الرعاية الصحية أو يمكنك تمزيق الوثيقة إذا كنت قد وقعت عليها.

هل يتعين عليّ تحرير أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش إذا كان لدي وكالة قانونية دائمة أو وصية إرادة معيشية؟

قد يكون الأمر كذلك. الوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية ووصية الإرادة المعيشية لا تدخلان حيز التنفيذ إلا عندما تصبح غير قادر على المشاركة في اتخاذ قرارات العلاج. إذا كنت قادراً على اتخاذ هذه القرارات حتى لحظة توقف قلبك وتنفسك، فإن هذه الوثائق لن تصبح سارية. يدخل الامتناع عن إجراء الإنعاش حيز التنفيذ فور صدوره ويكون سارياً طالما أنت قادر على اتخاذ القرارات.

ما الإجراءات الأخرى التي يمكن اتخاذها لتجنب إجراء الإنعاش غير المرغوب فيه؟

إذا كنت في المنزل، فاطلب من أقاربك مسبقًا عدم الاتصال بالطوارئ على رقم 9-1-1 أو الشرطة في حال توقفك عن التنفس. إذا كنت تحت رعاية ممرضة مسجلة، فهي لديها السلطة لإعلان الوفاة.

ماذا لو كنت مقيمًا في المستشفى؟

تستطيع هذه المؤسسات تحديد سياساتها الخاصة بالإنعاش. عند الدخول إلى المستشفى أو بعد دخولها، يجب عليك التعبير عن رغباتك بشأن هذا الموضوع وطلب تدوين هذه الرغبات في سجلك الطبي.

## و. معلومات عامة

بشكل عام، ما الخطوات التي يجب عليّ اتباعها قبل تعبئة وثيقة التوجيهات المسبقة؟

خذ الوقت اللازم؛ إذ تعتبر هذه القرارات صعبة وجوهرية. فكرر في العلاجات التي قد ترغب في تلقيها في ظل ظروف متباينة في المستقبل. قم بتقييم من قد تختاره كوكيل لك في مسائل الرعاية الصحية، وتأكد من استعداد هذا الشخص للقيام بهذا الدور.

ناقش الموضوع مع أفراد العائلة. تحدّث مع القائد الروحي لديك، سواء كان إمامًا، كاهنًا، راهبًا أو حاخامًا، إذا كنت تعتبر أن مشاركتهم ستكون مفيدة.

هل من الضروري أيضًا أن أستمير طبيبي؟

نعم، بالتأكيد! لا تتردد في طرح هذا الموضوع على طبيبك. قم بمناقشة الفوائد والأعباء المرتبطة بأنواع مختلفة من العلاج. أعرب عن رغباتك وتطلعاتك بشكل عام، وتأكد من أن الطبيب يتفهما ويؤيدها.

هل هناك جوانب يجب أن أوليها اهتمامًا خاصًا؟

نعم. الكثيرون لديهم مواقف قوية حول مسألة تقديم الغذاء والماء. إذا أصبحت غير قادر على البلع، يمكن إيصال المغذيات إليك عبر أنبوب يمر عبر حلقك، أو أنبوب يتم زرعه جراحيًا في معدتك، أو عن طريق الوريد. يجدر بك التفكير في الظروف التي قد تود فيها أو قد لا تود فيها خضوعك لهذه الإجراءات. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تفكر في حالة تناولك الطعام والماء بوحدة من هذه الطرق، هل قد تأتي لحظة قد ترغب فيها في التوقف عن تلقي الطعام والماء.

ما هي الخطوات التي يجب عليّ اتخاذها بعد توقيعى للتوجيهات المسبقة؟

قم بتسليم النسخة الأصلية من الوكالة الدائمة للرعاية الصحية لوكيلك الصحي (أو على الأقل، تأكد من أنه على علم بمكانها). قدم نسخة لطبيبك واحتفظ بنسخة لك. أخبر الأشخاص عن اختارته ليكون وكيلك الصحي.

قرر ما إذا كنت ترغب في تسجيل الوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية في سجل الولاية. إذا قررت ذلك، فيمكنك التواصل معهم كما هو موضح سابقاً في هذا الكتيب.

ماذا سيفعل الطبيب بنسخة الوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية؟

سيقوم الطبيب بتضمين الوثيقة في سجلك الطبي.

ماذا يجب أن أفعل بوصية الإرادة المعيشية الخاصة بي؟

احتفظ بالنسخة الأصلية من بوصية الإرادة المعيشية الخاصة بك معك. تأكد من إعطاء نسخ لأفراد العائلة المقربون منك، وصديقك المقرب، وطبيبك. أيضاً، احتفظ بقائمة بهؤلاء الأشخاص.

ماذا يجب أن أفعل بأمر الامتناع عن الإنعاش؟

احفظ بالأمر معك دائماً وفي مكان يمكن للجميع رؤيته وأنت في المنزل.

أعط نسخة لأفراد العائلة الذين قد يكونون معك في لحظة وفاتك.

يمكنك أيضاً ارتداء سوار الامتناع عن إجراء الإنعاش.

هل يجب أن أحضر نسخة من توجيهاتي المسبقة معي إذا دخلت المستشفى أو دار التمريض؟

نعم.

بعد توقيعى على أحد نماذج التوجيهات المسبقة أو أكثر، هل يجب أن أستمر في مناقشة مسألة رعايتي؟

نعم. اجلس وتحدّث مع الشخص الذي اختارته كوكيل صحي لك، فكلما اتضحت الصورة لديه بشأن رغباتك، كلما كان ذلك أفضل. إذا مر وقت منذ توقيعك على الوثيقة، ناقش المسألة مرة أخرى.

من الأفضل دائماً أن تُطلع أقاربك وأصدقائك على رغباتك.

### متى ينبغي أن أقوم بمراجعة التوجيهات المسبقة؟

نظراً للتطور السريع والمستمر في التكنولوجيا الطبية والتغيرات المحتملة في توجهاتك الشخصية، يُنصح بمراجعة التوجيهات المسبقة الخاصة بك مرة واحدة في السنة. عند المراجعة، يمكنك الاحتفاظ بالوثيقة الحالية كما هي، أو تحرير واحدة جديدة، أو حتى إلغاء وثيقة التوجيهات المسبقة.

إذا قررت الاحتفاظ بالتوجيهات المسبقة كما هي، يمكنك وضع توقيعك والتاريخ في الجزء السفلي من الوثيقة.

### ماذا ينبغي أن أفعل إذا حررت توجيهها مسبقاً جديداً؟

سواء قررت اختيار شخص مختلف ليكون وكيلك الصحي أو تغيير رغباتك بشأن الرعاية، حاول استعادة نسخ الوثيقة القديمة وتدميرها. اتصل بسجل الولاية إذا كنت قد سجلت الوثيقة.

قم بتوزيع نسخاً من الوثيقة الجديدة.

### ما هي مسؤوليات منشآت أو وكالات الرعاية الصحية؟

تتوجب على المستشفيات ودور الرعاية ومؤسسات الرعاية التلطيفية التي تتلقى تمويلات فدرالية إبلاغ المرضى الجدد والعملاء والسكان بحقوقهم في الموافقة على العلاج أو رفضه، بما في ذلك الحق في امتلاك توجيهات مسبقة.

لا يمكن لمنشأة أو وكالة الرعاية الصحية أن تجبرك على التوقيع على توجيه مسبق، أو ترفض العناية بك إذا كنت قد وقعت على توجيهها مسبقاً.

### هل ستلتزم المستشفى أو دار الرعاية بالتوجيهات المسبقة الخاصة بي؟

عند تقديم توجيهها مسبقاً، يتوجب على المستشفى أو مؤسسة الرعاية أن تضمنه ضمن سجلك الطبي.

إذا لم يكن للمنشأة أي سبب للشك في صحة الوثيقة وفي حالة وجود دلائل تفيد بعجزك عن المشاركة في اتخاذ قرارات العلاج، وفي حال توافق تصرفات الوكيل الطبي مع توجيهاتك، فإن المؤسسة ملزمة بالامتثال لهذه التوجيهات.

مع ذلك، يجب أن تكون على علم بأنه بالرغم من وجود توجيهات مسبقة، للأسف، لا يمكن التأكد بشكل قاطع من احترام توجيهاتك. ولكن كلما عبّرت أكثر عن توجيهاتك مع الآخرين، كلما زادت احتمالية

احترامها.

### ماذا لو قررت عدم كتابة توجيهات مسبقة؟

في حالة عجزك عن اتخاذ القرارات بشأن رعايتك الصحية ففي الأخير يجب على أحد ما اتخاذها. في بعض الأحيان، قد يقبل الطبيب أو المستشفى الزوج/الزوجة أو الابن/الابنة كمتخذ قرارات غير رسمي. وفي بعض الأحيان، قد يكون لأحد أفراد العائلة دوراً بموجب القانون. وفي أوقات أخرى، قد يتعين بدء إجراءات الوصاية في المحكمة الحسبية لمنح شخص آخر السلطة القانونية للتصرف بالنيابة عنك.



## الوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية

أقر أنا، \_\_\_\_\_ ، وأنا في كامل  
(اكتب أو اطبع اسمك الكامل)

قواي العقلية بتحرير هذه الوكالة طوعية وبارادة صحيحة ومبرأة من كل عيب.

### تعيين المدافع عن المريض/الوكيل الصحي

قررت أنا تعيين \_\_\_\_\_ ، وهو/هي  
(اكتب اسم الوكيل الصحي) (زوج/ة، أو ابن/ة، أو صديق/ة ...)

والمقيم في \_\_\_\_\_  
(اكتب عنوان ورقم هاتف الوكيل الصحي)

ليكون وكيلني الصحي. وفي حالة عدم قدرة اختياري الأول على الخدمة كوكيلي الصحي، فأعین

\_\_\_\_\_ ، وهو/هي  
(اكتب اسم الوكيل الصحي البديل) (زوج/ة، أو ابن/ة، أو صديق/ة ...)

والمقيم في \_\_\_\_\_  
(اكتب عنوان ورقم هاتف الوكيل الصحي البديل)

ليكون وكيلني الصحي البديل.

على الوكيل الصحي أو الوكيل الصحي البديل توقيع إقرار قبول قبل أن يتسنى له تنفيذ واجباته. وأقرر بأنني قد  
ناقشت هذه الوكالة بالفعل مع من عينه كوكيلي الصحي وكذلك وكيلني الصحي البديل.

## الصلاحيات العامة

يُمنح وكيلي الصحي أو وكيلي البدل صلاحية اتخاذ قرارات الرعاية والعناية والعلاج الطبي بالنيابة عني في حال توصل طبيبي المعالج وطبيب آخر أو أخصائي نفسي معتمد إلى استنتاج بأنني أصبحت غير قادر على المشاركة في اتخاذ قرارات العلاج الطبي.

عند اتخاذ القرارات، يلتزم وكيلي الصحي بمراعاة رغباتي التي أعربت عنها مسبقًا، سواء كانت ملفوظة أو وصية الإرادة المعيشية أو ضمن هذه الوكالة.

لدى وكيلي الصحي صلاحية الموافقة على العلاج أو رفضه نيابة عني، وتنظيم توفير الخدمات الطبية والشخصية لي، بما في ذلك قبولي في مستشفى أو دار رعاية، وسداد تكاليف هذه الخدمات من أموال.

يحق لوكيلي الصحي الوصول إلى سجلاتي الطبية التي يحق لي الاطلاع عليها فور توقيعه على إقرار القبول. ويعتبر هذا البند تفويضًا مني له بذلك وفق أحكام قانون نقل التأمين الصحي والمحاسبة.

فور توقيع وكيلي الصحي على إقرار القبول، يُمنح الوكيل الصحي حق الوصول إلى شهادة ميلادي والوثائق القانونية الأخرى اللازمة للتقدم للحصول على برامج التأمين الصحي الحكومي (Medicare) والتأمين الصحي لمنخفضي الدخل (Medicaid) والبرامج الحكومية الأخرى.

## الصلاحيه المتعلقه بعلاج إدامه الحياه (اختياري)

أفوض وكيلي الصحي صراحه باتخاذ قرارات بحجب أو سحب العلاج الذي قد يؤدي إلى وفاتي، وأقر بأن هذه القرارات قد تسمح أو تؤدي إلى وفاتي. يحق لوكيلي الصحي التوقيع على إقرار الامتناع عن إجراء الإنعاش عدم الإنعاش نيابة عني. كما يحق لوكيلي الصحي رفض تقديم الطعام والماء لي عبر الأنايب

---

(وقع هنا باسمك إذا كنت ترغب في منح وكيلك الصحي هذه الصلاحيه)

## الصلاحية المتعلقة بعلاج الصحي النفسي

(اختياري)

أفوض وكيلي الصحي صراحةً باتخاذ قرارات تتعلق بالعلاجات الآتية إذا قرر طبيب وأخصائي صحة نفسية أنني غير قادر على إعطاء موافقة واعية مستنيرة للرعاية الصحية النفسية:

(قم بالتأشير على واحد أو أكثر من الخيارات التي تتوافق مع رغباتك)

|| العلاج الخارجي.

|| إدخال المستشفى كمريض طوعي رسمي لتلقي الخدمات الصحية النفسية الداخلية. لدي الحق في إعطاء إشعار مسبق بثلاثة أيام بنيتي في مغادرة المستشفى.

|| إدخال المستشفى لتلقي الخدمات الصحية النفسية الداخلية.

|| الأدوية النفسية

|| العلاج بالصدمات الكهربائية (ECT)

|| أتنازل عن حقي في أن يكون الإلغاء فعالاً فوراً. في حالة تعيين الوكيل، سيصبح الإلغاء نافذاً بعد انقضاء 30 يوماً من تاريخ إبلاغي عن نيتي بالإلغاء. حتى وإن اخترت هذا الخيار، ما زال لدي الحق في تقديم إشعار مسبق بثلاثة أيام للتعبير عن نيتي بالمغادرة في حال كنت مريضاً طوعياً رسمياً

---

(وقع هنا باسمك إذا كنت ترغب في منح وكيلك الصحي هذه الصلاحية)

## الصلاحيّة المتعلّقة بالتبرّع بالأعضاء

(اختياري)

أفوض وكيلي الصحي صراحةً بالتبرّع بأعضائي التالية:

(قم بالتأشير على الخيارات التي تتوافق مع رغباتك)

|| أي من الأعضاء أو أجزاء الجسم اللازمة لأغراض زراعة الأعضاء، العلاج، البحوث الطبية أو التعليمية.

|| أي من الأعضاء أو أجزاء الجسم المذكورة أدناه اللازمة لأغراض زراعة الأعضاء، العلاج، البحوث الطبية أو التعليمية:

---

|| جسدي بأكمله للدراسات التشريحية.

|| (اختياري) أرغب التبرّع بأعضائي إلى:

---

(اكتب اسم الطبيب، أو المستشفى، أو المدرسة، أو بنك الأعضاء، أو الشخص)

يصبح التبرّع نافذاً عند وفاتي. بخلاف الصلاحيات الأخرى التي أمنحها لوكيلي الصحي، تظل هذه الصلاحيّة سارية حتى بعد وفاتي.

---

(وقع هنا باسمك إذا كنت ترغب في منح وكيلك الصحي هذه الصلاحيّة)

## بيان الرغبات

لوكيلي الصحي لديه صلاحية اتخاذ القرارات في حالات وظروف عديدة ومتنوعة. وفي هذه الوثيقة، يمكنني التعبير عن رغباتي العامة بشأن رغباتي في الحالات مثل المرض المستعصي، فقدان الوعي الدائم، أو أي نوع آخر من الإعاقة؛ كما يمكنني توضيح أنواع محددة من العلاجات التي أفضّلها أو أرفضها في مثل هذه الحالات؛ أو أيضاً، قد أختار عدم التعبير عن أي رغبات على الإطلاق. وإذا اخترت منح وكيلك الصحي صلاحيات بشأن العلاج النفسي، يمكنك أيضاً تضمين رغبات محددة حول العلاج النفسي مثل اختيارك المفضّل لأخصائي الصحة النفسية أو المستشفى أو الدواء. (يُرجى اختيار أحد الخيارين "أ" أو "ب").

أ. رغباتي هي كما يلي (بإمكانك إرفاق المزيد من الصفحات إذا اقتضى الأمر):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## أو

ب. أختار عدم التعبير عن أي رغبات في هذه الوثيقة. لا يجوز تفسير هذا الاختيار على أنه يقيد صلاحية وكيلي الصحي في اتخاذ أي قرار معين في أي ظرف معين.

يمكنني تغيير رأيي في أي وقت عن طريق التعبير بأي وسيلة تفيد أن هذا التعيين لم يعد يعبر عن رغباتي، أو أنني لم أرغب في منح وكيلي الصحي الصلاحية لاتخاذ القرارات نيابة عني.

أقر بأنه لا يتحمل أي من المشاركين في رعايتي أي مسؤولية قانونية جراء تنفيذ رغباتي كما هو معبر عنها في هذه الوكالة أو لاتباعهم توجيهات وكيلي الصحي.

يُعتدُّ بنسخ هذه الوثيقة وتُعامل معاملة الأصلية.

## التوقيع

وإشهادًا لما تقدّم، أوقع على هذه الوثيقة بإرادتي الحرة وأنا مدرك تمامًا للغرض منها.

التاريخ: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_  
(توقيعك)

\_\_\_\_\_ (عنوانك ورقم هاتفك)

## بيان بخصوص الشهود

لقد اخترت شاهدين بالغين غير مذكورين في وصيتي؛ ولا يعتبران زوجًا أو والدًا أو طفلًا أو حفيدًا أو أخًا أو أختًا لي؛ كما أنهما ليسا طبيبي أو وكيلي الصحي، ولا يعملان في شركة التأمين على الحياة أو التأمين الصحي، أو في دار المسنين حيث أقيم، أو في برنامج الصحة النفسية المجتمعية الذي يقدم لي الخدمات، أو في المنشأة الصحية التي أتلقى فيها الرعاية الصحية حاليًا.

### تصريح وتوقيع الشهود

نحن، الشاهدان المُوقَّعان أدناه، نشهد أننا حضرنا توقيع هذا الإقرار. واتضح لنا أن المُقر بما فيه أنه في كامل قواه العقلية وفي حالة ذهنية سليمة وأنه حرر هذه الوكالة بشكل طوعي، دون إكراه أو احتيال أو تأثير غير مشروع.

---

(الاسم المطبوع) (توقيع الشاهد)

---

(العنوان)

---

(الاسم المطبوع) (توقيع الشاهد)

---

(العنوان)

## إقرار قبول الوكيل الصحي

(1) لن تدخل هذه الوكالة حيز التنفيذ إلا في حال عجز المريض عن المشاركة في اتخاذ القرارات بخصوص الرعاية الطبية أو الصحة النفسية، حسب الحالة. وإذا اشتملت هذه الوكالة على صلاحية التبرع بالأعضاء على النحو الموضح في القسم 5506، فإن هذه الصلاحية تظل سارية حتى بعد وفاة المريض.

(2) لا يحق للوكيل الصحي ممارسة أي صلاحيات تتعلق بالرعاية والعناية والعلاج الطبي أو النفسي التي يتلقاها المريض، التي لا يمكن للمريض، لو كان قادراً على المشاركة في القرار، أن يمارسها بنفسه.

(3) لا يجوز استعمال هذه الوكالة في اتخاذ قرار طبي من شأنه حجب أو سحب العلاج من مريضة حامل والذي قد يؤدي إلى وفاتها.

(4) يجوز للوكيل الصحي اتخاذ قرار بحجب أو سحب العلاج الذي قد يسمح بوفاة المريض فقط إذا أبدى المريض بشكل واضح وقاطع أن الوكيل الصحي مُكلف باتخاذ قرار من هذا القبيل، وأن المريض يتفهم أن مثل هذا القرار قد يسمح أو يؤدي إلى وفاته.

(5) لا يجوز للوكيل الصحي الحصول على تعويض مالي عن ممارسة صلاحياته وحقوقه ومسؤولياته، ولكن يجوز تعويضه عن المصروفات الفعلية والضرورية التي تكبدها أثناء ممارسته لهذه الصلاحيات والحقوق والمسؤوليات.

(6) يلتزم الوكيل الصحي بالعمل بما يتوافق مع معايير الرعاية المطبقة على الأوصياء القانونيين عندما يتصرف نيابة عن المريض، ويلتزم بالتصرف بما يتوافق مع أفضل مصلحة للمريض. يُفترض أن الرغبات المعلنة للمريض التي أعرب عنها أو أظهرها بينما كان قادراً على المشاركة في قرارات العلاج الطبي أو النفسي تحقق مصلحته الفضلى.

(7) يحق للمريض إلغاء الوكالة في أي وقت أو بأي طريقة كافية للتعبير عن نيته في الإلغاء.

(8) يحق للمريض التنازل عن حقه في إلغاء تعيين الوكيل الصحي فيما يتعلق بصلاحية اتخاذ قرارات العلاج النفسي، وإذا تم التنازل عن هذا الحق، فإن قدرة المريض على الإلغاء بالنسبة للعلاج المحدد ستتأخر لمدة 30 يوماً بعد أن يبدي المريض نيته في الإلغاء.

(9) يحق للوكيل الصحي إلغاء قبوله للتعيين في أي وقت وبأي طريقة كافية للتعبير عن نيته في الإلغاء.

(10) للمريض الذي يتم قبوله في منشأة أو وكالة صحية الحقوق المذكورة في القسم 20201 من قانون الصحة

العامة، القانون رقم 368 من القوانين العامة لعام 1978، وهو القسم 333.20201 من القوانين المجمعَة لولاية ميشيغان.

أقر أنا، \_\_\_\_\_، أنني أفهم الشروط المذكورة أعلاه  
(اسم الوكيل الصحي)

وأقبل التعيين كوكيل صحي أو وكيل صحي بديل لـ \_\_\_\_\_  
(اسم المريض)

الذي وقع على الوكالة القانونية الدائمة للرعاية الصحية في التاريخ التالي: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_  
(توقيع الوكيل الصحي)

\_\_\_\_\_ (توقيع الوكيل الصحي البديل)

## وصية الإرادة المعيشية

أقر أنا، \_\_\_\_\_، وأنا في كامل  
(اكتب أو اطبع اسمك الكامل)

قواي العقلية بتقديم هذا الإقرار طواعية وإرادة صحيحة ومبرأة من كل عيب.

إذا أصبحت مريضاً ميؤوساً من شفائه أو فاقداً للوعي بشكل دائم بعد تقرير طبيي المعالج وطبيب آخر على الأقل ذلك، وإذا كنت أصبحت غير قادر على المشاركة في اتخاذ قرارات بخصوص الرعاية الطبية الخاصة بي، فإنني أعتزم أن يتم اعتبار هذا الإقرار كتعبير عن حقي القانوني في تفويض أو رفض العلاج الطبي.

رغباتي بخصوص العلاج الطبي هي كالتالي:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(بإمكانك إرفاق المزيد من الصفحات إذا اقتضى الأمر)

أقر بأنه لا يتحمل أي من أسرتي أو المرفق الطبي أو أي من الأطباء أو الممرضين أو غيرهم من العاملين المشاركين في رعايتي أي مسؤولية جنائية أو مدنية جراء تنفيذ رغباتي كما هو معبر عنها في هذا الإقرار.

يمكنني تغيير رأبي في أي وقت عن طريق التعبير بأي وسيلة تفيد أن هذا الإقرار لم يعد يعبر عن رغباتي.

يُعدت بنسخ هذه الوثيقة، بعد توقيعها أمام الشهود، وتُعامل معاملة الأصلية ويكون لها نفس القوة القانونية كالوثيقة الأصلية.

وإشهادًا لما تقدّم، أوقع على هذه الوثيقة بعد تفكير عميق وأنا مدرك تمامًا لمعناها وأقبل تبعاتها.

التاريخ: \_\_\_\_\_  
التوقيع: \_\_\_\_\_  
(توقيعك)

\_\_\_\_\_ (عنوانك)

### تصريح وتوقيع الشهود

نحن، الشاهدان المُوقَّعان أدناه، نشهد أننا حضرنا توقيع هذا الإقرار. واتضح لنا أن المُقر بما فيه أنه في كامل قواه العقلية وفي حالة ذهنية سليمة وأنه حرر هذا الإقرار بشكل طوعي، دون إكراه أو احتيال أو تأثير غير مشروع.

\_\_\_\_\_ (الاسم المطبوع)  
\_\_\_\_\_ (توقيع الشاهد)

\_\_\_\_\_ (العنوان)

\_\_\_\_\_ (الاسم المطبوع)  
\_\_\_\_\_ (توقيع الشاهد)

\_\_\_\_\_ (العنوان)

## أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش

تم إصدار هذا الأمر بالامتناع عن إجراء الإنعاش من قبل \_\_\_\_\_  
(اكتب أو اطبع اسم الطبيب)

بصفته الطبيب المعالج لـ \_\_\_\_\_  
(اكتب أو اطبع اسم المُقر بما فيه أو الموصى عليه)

يُرجى استخدام قسم الموافقة المناسب أدناه، "أ" أو "ب" أو "ج".

### أ. موافقة المُقر بما فيه

أقر أنني قد ناقشت حالتني الصحية مع الطبيب المذكور أعلاه، وأطلب أنه في حال توقي عن التنفس أو النبض، ألا يحاول أي شخص إعادة إنعاشي.

يظل هذا الأمر ساري حتى يتم إلغاؤه وفقاً لما هو مقرر بالقانون.

وإشهاداً لما تقدم وأنا بكامل قواي العقلية، حررت هذا الأمر طواعية وأنا مدرك تماماً لتأثيراته الكاملة.

\_\_\_\_\_ (توقيع المُقر بما فيه)  
\_\_\_\_\_ (التاريخ)

\_\_\_\_\_ (توقيع الشخص الموقع نيابة عن المُقر بما فيه، إن وُجد)  
\_\_\_\_\_ (التاريخ)

\_\_\_\_\_ (اكتب أو اطبع الاسم الكامل)

## ب. موافقة المدافع عن المريض/الوكيل الصحي

أوافق على أنه في حال توقف المُقر بما فيه عن التنفس والنبض، ألا يحاول أي شخص إعادة إنعاشه. أقر بأنني مدرك تماماً للتأثيرات الكاملة لهذا الأمر وأتحمل مسؤولية تنفيذه.

يظل هذا الأمر ساري حتى يتم إلغاؤه وفقاً لما هو مقرر بالقانون.

\_\_\_\_\_ (التاريخ)

\_\_\_\_\_ (توقيع الوكيل الصحي)

\_\_\_\_\_ (اكتب أو اطبع اسم الوكيل الصحي)

## ج. موافقة الوصي

أوافق على أنه في حال توقف الموصى عليه عن التنفس والنبض، ألا يحاول أي شخص إعادة إنعاشه. أقر بأنني مدرك تماماً للتأثيرات الكاملة لهذا الأمر وأتحمل مسؤولية تنفيذه.

يظل هذا الأمر ساري حتى يتم إلغاؤه وفقاً لما هو مقرر بالقانون.

\_\_\_\_\_ (التاريخ)

\_\_\_\_\_ (توقيع الوصي)

\_\_\_\_\_ (اكتب أو اطبع اسم الوصي)

## توقيع الطبيب

|           |                           |
|-----------|---------------------------|
| _____     | _____                     |
| (التاريخ) | (توقيع الطبيب)            |
| _____     | _____                     |
|           | (اكتب أو اطبع اسم الطبيب) |

## تصريح وتوقيع الشهود

نشهد أن الشخص الذي حرر هذا الأمر قد قام بذلك وهو في كامل قواه العقلية وفي حالة ذهنية سليمة وأنه حرر هذه بشكل طوعي، دون إكراه أو احتيال أو تأثير غير مشروع. عند تحرير هذا الأمر، حصل (لم يحصل) الشخص على سوار هوية.

|           |                           |
|-----------|---------------------------|
| _____     | _____                     |
| (التاريخ) | (توقيع الشاهد)            |
| _____     | _____                     |
|           | (اكتب أو اطبع اسم الشاهد) |

|           |                           |
|-----------|---------------------------|
| _____     | _____                     |
| (التاريخ) | (توقيع الشاهد)            |
| _____     | _____                     |
|           | (اكتب أو اطبع اسم الشاهد) |

تم إعداد هذا النموذج وفقاً لقانون إجراءات الامتناع عن إجراء الإنعاش المعمول به في ولاية ميشيغان وامتثالاً له



## أمر الامتناع عن إجراء الإنعاش

يُرجى استخدام قسم الموافقة المناسب أدناه، "أ" أو "ب".

### أ. موافقة المُقر بما فيه

أطلب أنه في حال توقفي عن التنفس أو النبض، ألا يحاول أي شخص إعادة إنعاشي.

يظل هذا الأمر ساري حتى يتم إلغاؤه وفقاً لما هو مقرر بالقانون.

وإشهاداً لما تقدّم وأنا بكامل قواي العقلية، حررت هذا الأمر طواعية وأنا مدرك تماماً لتأثيراته الكاملة.

\_\_\_\_\_ (توقيع المُقر بما فيه)

\_\_\_\_\_ (التاريخ)

\_\_\_\_\_ (توقيع الشخص الموقع نيابة عن المُقر بما فيه، إن وُجد)

\_\_\_\_\_ (التاريخ)

\_\_\_\_\_ (اكتب أو اطبع الاسم الكامل)

### ب. موافقة المدافع عن المريض/الوكيل الصحي

أوافق على أنه في حال توقف المُقر بما فيه عن التنفس والنبض، ألا يحاول أي شخص إعادة إنعاشه. أقر بأنني مدرك تماماً للتأثيرات الكاملة لهذا الأمر وأتحمل مسؤولية تنفيذه.

يظل هذا الأمر ساري حتى يتم إلغاؤه وفقاً لما هو مقرر بالقانون.

(توقيع الوكيل الصحي)

(التاريخ)

(اكتب أو اطبع اسم الوكيل الصحي)

### تصريح وتوقيع الشهود

نشهد أن الشخص الذي حرر هذا الأمر قد قام بذلك وهو في كامل قواه العقلية وفي حالة ذهنية سليمة وأنه حرر هذه بشكل طوعي، دون إكراه أو احتيال أو تأثير غير مشروع. عند تحرير هذا الأمر، حصل (لم يحصل) الشخص على سوار هوية.

(توقيع الشاهد)

(التاريخ)

(اكتب أو اطبع اسم الشاهد)

(توقيع الشاهد)

(التاريخ)

(اكتب أو اطبع اسم الشاهد)

تم إعداد هذا النموذج وفقاً لقانون إجراءات الامتناع عن إجراء الإنعاش المعمول به في ولاية ميشيغان وامتثالاً له

## إقرار بالتبرع بالأعضاء

أقر أنا، \_\_\_\_\_ ، وأنا في كامل قواي العقلية بتقديم هذا الإقرار طوعية وبارادة صحيحة ومبرأة من كل عيب. وبقصد مساعدة الآخرين، قررت التبرع بالأعضاء التالية عقب وفاتي: (يُمكنك التأشير إلى أحد الخيارات أو كلا الخيارين "أ" و "ب")

|| أ. أي من الأعضاء أو أجزاء الجسم اللازمة لأغراض زراعة الأعضاء، العلاج، البحوث الطبية أو التعليمية.

|| ب. أي من الأعضاء أو أجزاء الجسم المذكورة أدناه اللازمة لأغراض زراعة الأعضاء، العلاج، البحوث الطبية أو التعليمية:

\_\_\_\_\_ ، \_\_\_\_\_ ، \_\_\_\_\_

|| ج. جسدي بأكمله للدراسات التشريحية.

التاريخ: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_  
(توقيعك)

\_\_\_\_\_ (عنوانك)

### اختياري

أرغب التبرع بأعضائي إلى: \_\_\_\_\_  
(اكتب اسم الطبيب، أو المستشفى، أو المدرسة، أو بنك الأعضاء، أو الشخص)

أثناء جنازتي، أرغب في أن يكون جثمانى موجودًا أثناء الجنازة: \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

## تصريح وتوقيع الشهود

نحن، الشاهدان المُوقعان أدناه، نشهد أنه تم التوقيع على هذا الإقرار بحضورنا من قبل المُقر بما فيه أو بتوجيه منه. وعليه نوقع بصفتنا شاهدان بحضور المُقر بما فيه.

---

(الاسم المطبوع) (توقيع الشاهد)

---

(العنوان)

---

(الاسم المطبوع) (توقيع الشاهد)

---

(العنوان)

