

التوجيه المسبق للرعاية الصحية في ولاية أوريغون

يسمح لك نموذج التوجيه المسبق بما يلي:

- مشاركة قيمك ومعتقداتك وأهدافك ورغباتك في الرعاية الصحية إذا لم تكن قادرًا على التعبير عنها بنفسك.
 - تعيين شخص ما لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك بالنيابة عنك إذا لم تتمكن من اتخاذ قراراتك بنفسك. يُسمى هذا الشخص بممثل الرعاية الصحية الخاص بك ويجب أن يوافق على القيام بهذا الدور.
- تأكد من مناقشة هذا التوجيه المسبق وكذلك رغباتك مع ممثل الرعاية الصحية الخاص بك. سيسمح له ذلك باتخاذ القرارات التي تعكس رغباتك. يُوصى باستيفاء هذا النموذج بالكامل.

نموذج التوجيه المسبق للرعاية الصحية في ولاية أوريغون ودليلك إلى التوجيه المسبق في ولاية أوريغون متاحان على الموقع الإلكتروني لهيئة الصحة بولاية أوريغون.

- في الأقسام 1 و2 و5 و6 و7 تقوم بتعيين ممثل الرعاية الصحية الخاص بك.
- تقدم في القسمين 3 و4 تعليمات حول رعايتك.

يسمح لك نموذج التوجيه المسبق بالتعبير عن تفضيلاتك فيما يخص الرعاية الصحية. يختلف هذا النموذج عن الأوامر المحمولة للعلاج الداعم للحياة (POLST) على النحو المحدد في البند 127.663 من قوانين ولاية أوريغون المعدلة (ORS). يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول الأوامر المحمولة للعلاج الداعم للحياة في دليلك إلى التوجيه المسبق في ولاية أوريغون.

يمكن استخدام هذا النموذج في ولاية أوريغون لاختيار شخص معين لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك إذا ما أصبحت مريضًا للغاية بحيث لا يمكنك التعبير عن نفسك أو إذا ما كنت غير قادر على اتخاذ القرارات الطبية الخاصة بك بنفسك. يُسمى الشخص ممثل الرعاية الصحية. إذا لم يكن لديك تعيينًا ساريًا لممثل رعاية صحية وأصبحت مريضًا للغاية بحيث لا يمكنك التعبير عن نفسك، فسيتم تعيين ممثل رعاية صحية لك حسب ترتيب الأولوية المنصوص عليه في الفقرة (2) من البند 127.635 من قوانين ولاية أوريغون المعدلة، ويمكن لهذا الشخص أن يقرر فقط رفض أو وقف العلاجات الداعمة للحياة إذا استوفيت أحد الشروط المنصوص عليها في الفقرة (1) من البند 127.635 من قوانين ولاية أوريغون المعدلة.

يسمح لك هذا النموذج أيضًا بالتعبير عن قيمك ومعتقداتك فيما يتعلق بقرارات الرعاية وتفضيلاتك بالنسبة للرعاية الصحية التي تتلقاها.

إذا كنت قد استوفيت نموذج توجيه مسبق في الماضي، فسيحل هذا التوجيه المسبق الجديد محل أي توجيه أقدم.

يجب عليك التوقيع على هذا النموذج حتى يكون ساريًا. كما يجب أيضًا أن يتم الإشهاد عليه من قبل شاهدين أو كاتب عدل. لا يكون تعيينك لممثل الرعاية الصحية ساريًا حتى يقبل ممثل الرعاية الصحية ذلك التعيين.

إذا كان توجيهك المسبق يتضمن توجيهات بشأن وقف أجهزة دعم الحياة أو التغذية بالأنابيب، يمكنك إلغاء التوجيه المسبق الخاص بك في أي وقت وبأي طريقة تعبر عن رغبتك في إلغائه.

في جميع الحالات الأخرى، يمكنك إلغاء توجيهك المسبق في أي وقت وبأي طريقة طالما أنك قادر على اتخاذ القرارات الطبية.

نموذج التوجيه المسبق

1- معلومات عني		
تاريخ الميلاد:	الاسم (الأول، الأوسط، الأخير):	
الجوال	العمل	أرقام الهواتف: الصفحة الرئيسية
البريد الإلكتروني:	العنوان:	

2- ممثل الرعاية الصحية الخاص بي		
أختار الشخص التالي بصفته ممثل الرعاية الصحية الخاص بي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عني إذا كنت لا أستطيع التعبير عن نفسي.		
صلة القرابة:	الاسم (الأول، الأوسط، الأخير):	
الجوال	العمل	أرقام الهواتف: الصفحة الرئيسية
البريد الإلكتروني:	العنوان:	

أختار الأشخاص التالية أسماؤهم ليكونوا اختياراتي البديلة من الممثلين لي فيما يخص الرعاية الصحية إذا لم يكن خيارى الأول متاحًا لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عني، أو في حالة إذا ألغيت تعييني الأول لممثل الرعاية الصحية.

أول اختيار لممثل الرعاية الصحية الخاص بي		
صلة القرابة:	الاسم (الأول، الأوسط، الأخير):	
الجوال	العمل	أرقام الهواتف: الصفحة الرئيسية
البريد الإلكتروني:	العنوان:	

ثاني اختيار لممثل الرعاية الصحية الخاص بي		
صلة القرابة:	الاسم (الأول، الأوسط، الأخير):	
الجوال	العمل	أرقام الهواتف: الصفحة الرئيسية
البريد الإلكتروني:	العنوان:	

3- تعليماتي فيما يخص الرعاية الصحية

هذا القسم هو المكان المناسب لك للتعبير عن رغباتك وقيمك وأهدافك من الرعاية. تقدم تعليماتك إرشادات توجيهية لممثل الرعاية الصحية الخاص بك وكذلك لمقدمي الرعاية الصحية.

يمكنك تقديم إرشادات توجيهية حول رعايتك من خلال الخيارات التي تحددها أدناه. هذا هو الحال حتى لو لم تختار ممثل الرعاية الصحية أو إذا لم يكن بالإمكان الوصول إليه.

-أ قراراتي فيما يخص الرعاية الصحية

هناك ثلاث حالات أدناه يمكنك بها التعبير عن رغباتك. سوف تساعدك على التفكير في أنواع القرارات الداعمة للحياة التي يمكن أن يواجهها ممثل الرعاية الصحية الخاص بك. في كل من الحالات الثلاث، اختر الخيار الأكثر ملاءمة لرغباتك.

-أ حالة الإنهاء

هذا ما أريده إذا:

- كنت أعاني من مرض لا يمكن علاجه أو عكس مساره

و

- يعتقد مقدمو الرعاية الصحية أن ذلك سيؤدي إلى وفاتي في غضون ستة أشهر، بغض النظر عن أي علاج.

حدد خيارًا واحدًا فقط	
_____	أرغب في تجربة جميع العلاجات المتاحة للحفاظ على حياتي، مثل التغذية الاصطناعية وإدخال الماء باستخدام أنابيب التغذية والسوائل التي تُحقن بالوريد وغسيل الكلى وأجهزة التنفس.
_____	أريد محاولة الحفاظ على حياتي بالتغذية الاصطناعية وإدخال الماء باستخدام أنابيب التغذية والسوائل التي تُحقن بالوريد. لا أريد علاجات أخرى للحفاظ على حياتي، مثل غسيل الكلى وأجهزة التنفس.
_____	لا أريد علاجات للحفاظ على حياتي، مثل التغذية الاصطناعية وإدخال الماء باستخدام أنابيب التغذية والسوائل التي تُحقن بالوريد وغسيل الكلى أو أجهزة التنفس. أريد أن أظل مرتاحًا وأن يُسمح لي بالموت في هدوء.
_____	أريد من ممثل الرعاية الصحية الخاص بي أن يقرر نيابة عني، بعد التحدث مع مقدمي الرعاية الصحية المعالجين لي ومراعاة الأمور التي تهمني. لقد عبرت عن الأمور التي تهمني في القسم "ب" أدناه.

-ب مرض متفاقم تدريجي

هذا ما أريده إذا:

- كنت أعاني من مرض في مرحلة متقدمة.

و

- يعتقد مقدمو الرعاية الصحية أن الأمر لن يتحسن ومن المحتمل للغاية أن يزداد سوءًا بمرور الوقت ويؤدي إلى الوفاة.

و

- يعتقد مقدمو الرعاية الصحية أنني لن أكون قادرًا مطلقًا على:

« التواصل

« ابتلاع الطعام والماء بأمان

« الاعتناء بنفسني

« التعرف على أسرتي والأشخاص الآخرين

حدد خيارًا واحدًا فقط	
أرغب في تجربة جميع العلاجات المتاحة للحفاظ على حياتي، مثل التغذية الاصطناعية وإدخال الماء باستخدام أنابيب التغذية والسوائل التي تُحقن بالوريد وغسيل الكلى وأجهزة التنفس.	_____
أريد محاولة الحفاظ على حياتي بالتغذية الاصطناعية وإدخال الماء باستخدام أنابيب التغذية والسوائل التي تُحقن بالوريد. لا أريد علاجات أخرى للحفاظ على حياتي، مثل غسيل الكلى وأجهزة التنفس.	_____
لا أريد علاجات للحفاظ على حياتي، مثل التغذية الاصطناعية وإدخال الماء باستخدام أنابيب التغذية والسوائل التي تُحقن بالوريد وغسيل الكلى أو أجهزة التنفس. أريد أن أظل مرتاحًا وأن يُسمح لي بالموت في هدوء.	_____
أريد من ممثل الرعاية الصحية الخاص بي أن يقرر نيابة عني، بعد التحدث مع مقدمي الرعاية الصحية المعالجين لي ومراعاة الأمور التي تهمني. لقد عبرت عن الأمور التي تهمني في القسم "ب" أدناه.	_____

ج- فقدان الوعي الدائم

هذا ما أريده إذا:

- لم أكن واعياً.
- و
- إذا اعتقد مقدمو الرعاية الصحية المعالجين لي أنه من غير المرجح أن أعود للوعي مرة أخرى.

حدد خيارًا واحدًا فقط	
أرغب في تجربة جميع العلاجات المتاحة للحفاظ على حياتي، مثل التغذية الاصطناعية وإدخال الماء باستخدام أنابيب التغذية والسوائل التي تُحقن بالوريد وغسيل الكلى وأجهزة التنفس.	_____
أريد محاولة الحفاظ على حياتي بالتغذية الاصطناعية وإدخال الماء باستخدام أنابيب التغذية والسوائل التي تُحقن بالوريد. لا أريد علاجات أخرى للحفاظ على حياتي، مثل غسيل الكلى وأجهزة التنفس.	_____
لا أريد علاجات للحفاظ على حياتي، مثل التغذية الاصطناعية وإدخال الماء باستخدام أنابيب التغذية والسوائل التي تُحقن بالوريد وغسيل الكلى أو أجهزة التنفس. أريد أن أظل مرتاحًا وأن يُسمح لي بالموت في هدوء.	_____
أريد من ممثل الرعاية الصحية الخاص بي أن يقرر نيابة عني، بعد التحدث مع مقدمي الرعاية الصحية المعالجين لي ومراعاة الأمور التي تهمني. لقد عبرت عن الأمور التي تهمني في القسم "ب" أدناه.	_____

يمكنك الكتابة في المساحة الموجودة أدناه أو إرفاق صفحات تشرح المزيد حول نوع الرعاية التي تريدها أو لا تريدها.

-ب أكثر ما يهمني ويكون في صالحني

ينطبق هذا القسم فقط عندما تكون في حالة طارئة أو تعاني من مرض متفاقم تدريجي أو تكون فاقداً للوعي بشكل دائم. إذا كنت ترغب في استخدام هذا القسم، يمكنك ذكر الأمور التي تهتمك حقاً وتكون في صالحك. هذا سوف يساعد ممثل الرعاية الصحية الخاص بك.

هذا ما يجب أن تعرفه حول ما يمثل أهمية بالنسبة لي في حياتي:

هذا أكثر ما أقدره في حياتي:

هذا ما يمثل لي أهمية بالنسبة لحياتي:

لا أريد الإجراءات الداعمة للحياة إذا لم يكن بالإمكان دعمي وأكون قادرًا على المشاركة بالطرق التالية:

حدد جميع ما ينطبق

_____ التعبير عن احتياجاتي

_____ التخلص من الألم والمعاناة الشديدة على المدى الطويل

_____ معرفة من أنا ومن يكون معي

_____ العيش دون توصيل أجهزة دعم الحياة الميكانيكية

_____ المشاركة في الأنشطة التي لها معنى بالنسبة لي، ومنها مثلًا:

إذا كنت تريد شرح المزيد لمساعدة ممثل الرعاية الصحية الخاص بك على فهم الأمور الأكثر أهمية بالنسبة لك، اكتب هنا.
(على سبيل المثال: لا أريد الرعاية إذا كان ذلك سينتج عنه ...)

ج- معتقداتي الروحية

هل لديك معتقدات روحية أو دينية تريد أن يعرفها ممثل الرعاية الصحية الخاص بك ومن يعتنون بك؟ يمكن أن يكون ذلك طقوساً، وقرابين الأسرار المقدسة، ومنع عمليات نقل منتجات الدم وغير ذلك.

يمكنك الكتابة في المساحة الموجودة أدناه أو إرفاق صفحات تشرح المزيد حول معتقداتك الروحية أو الدينية.

4- مزيد من المعلومات

يُرجى استخدام هذا القسم إذا كنت تريد من ممثل الرعاية الصحية الخاص بك وكذا مقدمي الرعاية الصحية الحصول على مزيد من المعلومات عنك.

أ- الحياة والقيم

يمكنك في الجزء أدناه مشاركة معلومات عن حياتك وقيمك. يمكن أن يساعد ذلك ممثل الرعاية الصحية الخاص بك وكذا مقدمي الرعاية الصحية في اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية. قد يشمل ذلك تاريخ الأسرة وتجارب ما مررت به من الرعاية الصحية والخلفية الثقافية والوظيفة ونظام الدعم الاجتماعي وغير ذلك الكثير.
يمكنك الكتابة في المساحة الموجودة أدناه أو إرفاق صفحات تشرح المزيد حول حياتك ومعتقداتك وقيمك.

ب- مكان تلقي الرعاية

إذا كان هناك خيار بشأن المكان الذي تتلقى فيه الرعاية، فما الذي تفضله؟ هل هناك أماكن تريدها أو لا تريدها لتلقي الرعاية؟ (على سبيل المثال، مستشفى، دار لرعاية المسنين، أو مرفق للصحة العقلية، أو دار لرعاية الكبار، أو منشأة رعاية دائمة، أو منزلك.)
يمكنك الكتابة في المساحة الموجودة أدناه أو إرفاق صفحات تشرح المزيد حول المكان الذي تفضل أو لا تفضل فيه تلقي الرعاية.

ج أخرى

يمكنك إرفاق وثائق أخرى بهذا النموذج مما تعتقد أنها ستكون مفيدة لممثل الرعاية الصحية الخاص بك وكذا مقدمي الرعاية الصحية. ما ترفقه سيكون جزءاً من التوجيه المسبق الخاص بك. يمكنك سرد المستندات التي أرفقتها في الجزء الفارغ أدناه.

د- إبلاغ الآخرين

يمكنك السماح لممثل الرعاية الصحية الخاص بك بتفويض مقدمي الرعاية الصحية المعالجين لك إلى الحد الذي تسمح به قوانين الخصوصية الفيدرالية وقوانين الولاية لمناقشة حالتك ورعايتك الصحية مع الأشخاص الذين تُدرج أسماءهم أدناه. يمكن لممثل الرعاية الصحية الخاص بك فقط اتخاذ قرارات بشأن رعايتك.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير):	صلة القرابة:	
أرقام الهواتف: الصفحة الرئيسية	العمل	الجوال
العنوان:	البريد الإلكتروني:	

5- توقيع

توقيع

التاريخ

6- الشاهد

يُرجى استيفاء إما الجزء "أ" أو الجزء "ب" عند التوقيع

أ. كاتب العدل

ولاية

مقاطعة

الا

سم

وقع أو صادق عليه أمامنا بتاريخ

التاريخ

كاتب العدل ولاية أوريغون

ب. إقرار الشاهد

الشخص الذي يستوفي هذا النموذج - والذي قد تم تحديد شخصيته أو قدم إثباتاً للهوية - قد وقع أمامنا أو أقر بتوقيع الشخص على المستند في حضوره ويبدو أنه ليس تحت الإكراه ويفهم الغرض من هذا النموذج وأثره القانوني. علاوة على ذلك، أنا لست ممثل الرعاية الصحية للشخص أو اختياره البديل من ممثليه فيما يخص الرعاية الصحية، ولست مقدم الرعاية الصحية المعالج لهذا الشخص.

اسم الشاهد (مطبوعاً)

التاريخ

التوقيع

اسم الشاهد (مطبوعاً)

التاريخ

التوقيع

7- قبول ممثل الرعاية الصحية الخاص بي

أقبل هذا التعيين وأوافق على التصرف بصفة ممثل للرعاية الصحية.

ممثل الرعاية الصحية:

الاسم مطبوعاً

التاريخ

التوقيع أو أي إثبات آخر للقبول

أول اختيار لممثل الرعاية الصحية:

الاسم مطبوعاً

التاريخ

التوقيع أو أي إثبات آخر للقبول

ثاني اختيار لممثل الرعاية الصحية:

الاسم مطبوعاً

التاريخ

التوقيع أو أي إثبات آخر للقبول

التنسيقات البديلة للمستند: بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة أو الأفراد الذين يتحدثون لغة أخرى غير الإنجليزية، يمكن لهيئة الصحة بولاية أوريغون (OHA) توفير المعلومات بتنسيقات بديلة مثل الترجمات، أو الطباعة بأحرف كبيرة، أو طريقة برايل. اتصل بهيئة الصحة في ولاية أوريغون على الرقم 1-971-673-2411، أو خدمة الهاتف النصي على الرقم 711 أو التواصل عبر البريد الإلكتروني [.COVID19.LanguageAccess@dhs.oh.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhs.oh.state.or.us)