

The Advance Care Planning Process

عملية التخطيط المسبق للرعاية

As an adult with the ability to *make your own medical decisions*, you can accept, refuse, or stop medical treatment. If you lose the ability to make your own medical decisions (for instance, because of an accident or sudden illness), someone else will have to make those decisions for you. You can choose the person you want to take reasonable steps to follow your preferences and instructions for care. This person is called your “Patient Advocate.”

كشخص بالغ فإن لديك القدرة على اتخاذ قراراتك الطبية بنفسك، ويمكنك قبول العلاج الطبي أو رفضه أو إيقافه. إن فقدت القدرة على اتخاذ قراراتك الطبية بنفسك (مثلًا بسبب حادث أو مرض مفاجئ)، فإن شخصًا آخر عليه اتخاذ تلك القرارات الطبية نيابةً عنك. يمكنك اختيار الشخص الذي ترغب في أن يقوم بالخطوات المعقولة لاتباع تفضيلاتك وتعليماتك بشأن الرعاية. يُسمى ذلك الشخص «مناصر المريض» (“Patient Advocate”).

You should thoughtfully identify your personal values, beliefs, wishes, and treatment goals regarding serious illness or end of life care. Your Patient Advocate needs to understand your treatment goals and values, and be willing to act on your behalf, if and when necessary.

ينبغي أن توضح بدقة قيمك ومعتقداتك ورغباتك الشخصية، وأهدافك من العلاج فيما يتعلق بالمرض الخطير أو رعاية نهاية الحياة. يحتاج مناصر المريض إلى أن يفهم أهدافك من العلاج وقيمك، وأن يكون راغبًا في التصرف نيابةً عنك، عند اللزوم.

In Michigan, two physicians – or your attending physician and a licensed psychologist – have to examine you and declare that you lack medical decision-making ability (also called decision-making capacity) before a Patient Advocate may act on your behalf.

في ميشيغان، يجب أن يقوم طبيبان - أو طبيب معالج وأخصائي نفسي مرخص - بفحصك وإعلان أنك تفتقر إلى القدرة على اتخاذ القرارات الطبية (يسمى ذلك أيضًا الأهلية لاتخاذ القرارات) قبل أن يتصرف مناصر المريض نيابةً عنك.

It is also important for you and your Patient Advocate to know that by Michigan law:

ومن المهم كذلك لك ولمناصر المريض الخاص بك أن تكونا على دراية أنه بناءً على قانون ميشيغان:

- Only one Patient Advocate may speak for you at any given time, in the order you listed in your Advance Directive document.
- Your Patient Advocate(s) must sign the form entitled “Accepting the Role of Patient Advocate” (or a similar form) before they have authority to speak on your behalf.
- Your Patient Advocate may make a decision to refuse or stop life-sustaining treatment only if you have clearly expressed ahead of time in your advance directive that your Advocate is permitted to do so.

- لا يحق سوى لمناصر مريض واحد أن ينوب عنك في أي وقت كان، وبالترتيب الذي أدرجته ضمن وثيقة التوجيه المسبق الخاصة بك.
- يجب على مناصر(ي) المريض الخاص بك توقيع نموذج عنوانه «قبول دور مناصر المريض» (أو نموذج مشابه) قبل أن يحوز أي سلطة للتحدث نيابةً عنك.
- يمكن لمناصر المريض الخاص بك اتخاذ القرار برفض العلاج الصائت للحياة أو إيقافه فقط إن كنت قد عبرت مسبقًا وبوضوح ضمن توجيهك المسبق أن مناصر المريض مسموح له بالقيام بذلك.

NOTE: You may change your mind about your Patient Advocate designation at any time and communicate it in any manner. A written, signed document is recommended, but not required.

ملحوظة: يمكن أن تغير رأيك بشأن تعيين مناصر المريض الخاص بك في أي وقت وأن تبدي ذلك بأي طريقة. يوصى بوثيقة مكتوبة وموقعة، ولكن ذلك ليس ضروريًا.

PLEASE NOTE: Your Patient Advocate(s)

- May be a spouse or relative, but it is not required. For some people, a friend, partner, clergy member or co-worker might be the right choice.
- Must be at least 18 years of age.
- Should be someone with whom you feel comfortable discussing your preferences, values, wishes and goals for future medical decision-making.
- Needs to be willing to follow those preferences even if that is difficult or stressful, and even if they disagree with your treatment choices. The decisions you would want made may be different from the ones they would make for their own medical care.
- Must be willing to accept the significant responsibility that comes with this role.
- Your Patient Advocate may resign their role at any time and in any manner.

يرجى الانتباه: مُناصر(و) المريض الخاص بي

- يمكن أن يكون زوجًا/زوجة أو قريبًا، ولكن ذلك ليس ضروريًا. لدى بعض الأشخاص، فإن أحد الأصدقاء أو الشركاء أو رجال الدين أو زملاء العمل يمكن أن يكون الخيار الصحيح.
- يجب أن يكون عمره 18 عامًا على الأقل.
- ينبغي أن يكون شخصًا تشعر بالارتياح لمناقشة تفضيلاتك وقيمك ورغباتك وأهدافك من اتخاذ القرارات الطبية المستقبلية معه.
- ينبغي أن يكون راغبًا في اتباع تلك التفضيلات حتى إن كان ذلك صعبًا أو حافلاً بالتوتر، وحتى إن كان يعترض على خياراتك بشأن العلاج. ما قد تتخذه من قرارات يمكن أن يختلف عن تلك التي قد يتخذها غيرك فيما يتعلق برعايته الصحية.
- يجب أن يكون راغبًا في قبول المسؤولية الكبيرة التي تصاحب قيامه بهذا الدور.
- يمكن لمناصر المريض الخاص بك الاستقالة من دوره في أي وقت وبأي طريقة.

In summary, a good Patient Advocate must be able to serve as your voice and honor your wishes.

وإجمالاً، فإن مناصر المريض المناسب يجب أن يكون قادرًا على التعبير عنك وتكريم رغباتك.

Instructing Your Patient Advocate(s)

توجيه التعليمات إلى مناصر(ي) المريض الخاص بك

In order to serve you well, and to be able to follow the medical decisions you would want made, your Patient Advocate needs to know a great deal about you. The discussions between you and the person you choose to be your Patient Advocate will be unique, just as your preferences, values, wishes, goals, medical history and personal experiences are unique.

ليخدمك جيداً، وليستطيع اتباع القرارات الطبية التي يمكن أن تريد اتخاذها، فإن مناصر المريض في حاجة إلى أن يكون على دراية كبيرة بك. المناقشات بينك وبين الشخص الذي تختاره مناصرًا للمريض لك ستكون فريدة من نوعها، بنفس فرادة تفضيلاتك وقيمك ورغباتك وأهدافك وتاريخك الطبي وتجاربك الشخصية.

It is important for you to educate and inform your Patient Advocate(s) about your preferences, values, wishes, and goals. Your advance directive can include general instructions, specific instructions, or a combination of both.

يجب أن تثقف مناصر(ي) المريض الخاص بك وتخطره بتفضيلاتك وقيمك ورغباتك وأهدافك. يمكن لتوجيهك المسبق أن يتضمن تعليمات عامة، أو تعليمات خاصة، أو مزيج من هذا وذاك.

It is also important for your Patient Advocate(s) to know any particular concerns you have about medical treatment, especially any treatment you would refuse or want stopped. It is important to understand that under Michigan law, *your Patient Advocate can only make a decision to refuse or stop life-sustaining treatment if you have clearly given him or her specific permission in your Advance Directive to make that decision (see: Specific Instructions to My Patient Advocate).*

يجب كذلك أن يعرف مناصر(و) المريض الخاص بك أي مخاوف محددة لديك بشأن العلاج الطبي، وخاصةً أي علاج يمكن أن ترفضه أو ترغب في إيقافه. يجب أن تفهم إنه بموجب قانون ميتشيغان، فإن مناصر المريض الخاص بك لا يستطيع سوى اتخاذ القرارات المتعلقة برفض العلاج الصائغ للحياة أو إيقافه فقط إن كنت قد أعطيت بوضوح إذنك بذلك في توجيهك المسبق باتخاذ ذلك القرار (انظر: التعليمات المحددة إلى مناصر المريض الخاص بي).

Among the topics you might want to discuss with your Patient Advocate(s) are:

ومن بين الموضوعات التي يستحسن أن تناقشها مع مناصر(ي) المريض الخاص بك:

- Experiences you have had in the past with family or loved ones who were ill;
- Spiritual and religious beliefs, especially those that concern illness and dying, and quantity versus quality of life;
- Fears or concerns you have about illness, disability or death;
- What gives your life meaning or sustains you when you face serious challenges.

- ما مررت به من تجارب من قبل مع أسرتك أو أحبائك أثناء مرضهم;
- المعتقدات الروحية والدينية، وخاصةً ما يخص المرض والوفاة، وكم الحياة مقابل نوعية الحياة;
- ما لديك من توجسات أو مخاوف بشأن المرض أو الإعاقة أو الموت;
- ما يُضفي على الحياة معنى في نظرك أو يُثبِّتكَ في وجه التحديات الخطيرة.

If your Patient Advocate does not know what you would want in a given circumstance, it is his or her duty to decide, in consultation with your medical team, what is in your best interest.

إن لم يكن مناصر المريض الخاص بك يعرف ما قد ترغب في ملابسات معينة، فمن واجبه أن يقرر، مع استشارة فريقك الطبي، ماهية مصلحتك المثلى.

Your Patient Advocate will have your permission to:

سيكون لدى مناصر المريض الخاص بك الإذن بالقيام بما يلي:

- Make choices for you about your *medical care or services*, such as testing, medications, surgery, and hospitalization. If treatment has been started, he or she can keep it going or have it stopped depending upon your specific instructions;
- Interpret any instructions you have given in your Advance Directive (or in other discussions) according to his or her understanding of your wishes and values;
- Review and release your medical records, mental health records, and personal files as needed for your medical care;
- Arrange for your medical care/treatment in whatever setting is most appropriate in Michigan or any other state, as they think is appropriate or necessary to follow the instructions and directives you have given for your care.

- القيام بالخيارات نيابةً عنك فيما يتعلق برعايتك الطبية أو الخدمات الطبية، مثل الفحوص والأدوية والعمليات الجراحية والإقامة في المستشفى. وإن بدأ العلاج، ففي إمكانه الإبقاء عليه مستمرًا أو إيقافه، ويتوقف ذلك على تعليماتك المحددة;
- تفسير أي تعليمات صدرت منك في توجيهك المسبق (أو في غيره من التعليمات) حسب فهمه لرغباتك وقيمتك;
- مراجعة سجلاتك الطبية وسجلات صحتك العقلية وملفاتك الشخصية، حسبما تتطلب رعايتك الطبية، وإذاعتها;
- الترتيب لرعايتك الطبية/علاجك الطبي في البيئة الأكثر ملاءمة لك في ميتشيغان أو في أي ولاية أخرى، حسبما يرى ذلك ملائمًا أو ضروريًا لاتباع التعليمات والتوجيهات التي صدرت عنك بشأن رعايتك.

What Now?

ماذا بعد؟

Now that you have completed your Advance Directive, you should also take the following steps:

الآن، وقد استكملت توجيهك المُسبق، فعليك كذلك القيام بالخطوات التالية:

- Share and discuss your Advance Directive with those you named as your Patient Advocate(s), if you haven't already done so. Make sure they feel able to perform this important job for you in the future. Have your Patient Advocate(s) sign the Patient Advocate form **as soon as possible!**
- Talk to the rest of your family and/or close friends who might be involved if you have a serious illness or injury. Share your values and wishes to help them understand your wishes and give them guidance on your expectations for care. Make sure they know the names of your Patient Advocate(s).
- Talk to your doctor and healthcare providers about your Advance Directive and any specific instructions you have indicated on it. Help them to understand your wishes and give them guidance on your expectations for care.
- Keep a copy of your Advance Directive where it can be easily found (do NOT place it in a safe deposit box or locked safe at home).
- Take a copy of your Advance Directive with you to any doctor appointment, hospital or care setting and ask that it be placed in your medical record.
- Consider registering your Advance Directive with the Michigan Health Information Network (MiHIN) secure electronic storage and retrieval system.

• مشاركة توجيهك المسبق ومناقشته مع من أسميتهم مناصري المريض خاصتك، إن لم تكن قد قمت بذلك بالفعل. التأكد من أنهم يشعرون إن في إمكانهم القيام بتلك المهمة ذات الأهمية لك في المستقبل. اطلب من مناصر(ي) المريض التوقيع على نموذج مناصر المريض في أقرب فرصة ممكنة!

• تحدث إلى بقية أفراد العائلة و/أو الأصدقاء المقربين ممن قد يعينهم الأمر إن أصابك مرض خطير أو إصابة خطيرة. شاركهم قيمك ورغباتك لمساعدتهم على فهم رغباتك وقدم لهم التوجيهات بشأن توقعاتك للرعاية. تأكد من أنهم يعلمون أسماء مناصر(ي) المريض الخاص بك.

• تحدث إلى الطبيب ومقدمي الرعاية الصحية بشأن توجيهك المسبق وأي تعليمات محددة أشرت إليها ضمنه. ساعدهم على فهم رغباتك وقدم لهم التوجيهات بشأن توقعاتك للرعاية.

• احتفظ بنسخة من توجيهك المسبق في مكان يسهل الوصول إليه (لا تضعه في صندوق أمانات أو في خزانة مغلقة في المنزل).

• اصطحب نسخة من توجيهك المسبق معك إلى أي موعد للطبيب أو أي مستشفى أو بيئة رعاية واطلب أن يُدرج ضمن سجلك الطبي.

• فكر في تسجيل توجيهك المسبق لدى نظام الحفظ والاستعادة الإلكتروني الآمن بشبكة المعلومات الصحية بميتشيغان (Michigan Health Information Network, MiHIN).

Review your Advance Directive every time you have an annual physical exam or whenever one of the “Five D’s” occur:

راجع توجيهك المسبق في كل مرة تخضع فيها للفحص البدني السنوي أو في أي مرة يقع فيها أحد الأحداث الكبرى التالية «يُشار إليها بالإنجليزية بمصطلح 5Ds»:

Decade – when you start each new decade of your life.

Death – whenever you experience the death of a loved one.

Divorce – if you (or your Patient Advocate) experience a divorce or other major family change.

Diagnosis – if you are diagnosed with a serious health condition.

Decline – if you experience a significant decline or deterioration of an existing health condition, especially when you are unable to live on your own.

مرور عقد (Decade) – عندما تبدأ عقداً جديداً من حياتك.

الوفاة (Death) – عندما تمر بوفاة أحد المقربين منك.

الطلاق (Divorce) – إن مررت أنت (أو مناصر المريض الخاص بك) بالطلاق أو بأي تغيير عائلي كبير.

التشخيص (Diagnosis) – إن شُخصت إصابتك بحالة صحية خطيرة.

التدهور (Decline) – إن مررت بتدهور أو انحطاط كبير بحالتك الصحية الحالية، وخاصةً إن صرت عاجزاً عن العيش وحدك.

Upon your request, a copy will also be sent to any other physician or healthcare facility providing care to you. *Photocopies of an Advance Directive may be treated as originals.*

بناءً على طلبك، سترسل نسخة كذلك إلى أي طبيب أو مرفق للرعاية الصحية يقدم لك الرعاية. يمكن التعامل مع النسخ الضوئية للتوجيه المسبق كأصولها.

Burial/Cremation Preference

تفضيل الدفن / حرق الجثمان

Burial/Cremation Preference

تفضيل الدفن / حرق الجثمان

My burial or cremation preference is: *(initial only one)*

Burial Cremation Green Burial (Environmentally friendly)

Burial or Cremation, at the discretion of my next-of-kin

I have appointed a Funeral Representative (requires a separate legal document)

تفضيلي للدفن أو حرق الجثمان هو: (دوّن الحروف الأولية من اسمك عند خيار واحد فقط)

الدفن حرق الجثمان الدفن الطبيعي (الصديق للبيئة)

الدفن أو حرق الجثمان، ويتحمل مسؤولية القرار أقرب الأقرباء

عينت ممثلاً للجنازة (يتطلب ذلك وثيقة قانونية منفصلة)

I choose not to complete this section.

أختار عدم استكمال هذا القسم.

Who holds a copy of this Advance Directive? من يحتفظ بنسخة من هذا التوجيه المسبق؟

Healthcare Providers:

مقدمو الرعاية الصحية:

Contact Name/اسم جهة الاتصال: _____ Phone/الهاتف: _____

Address/العنوان: _____

Contact Name/اسم جهة الاتصال: _____ Phone/الهاتف: _____

Address/العنوان: _____

Hospital System Medical Records Department:

إدارة السجلات الطبية بنظام المستشفى:

Name/الاسم: _____

Others (e.g.: family members, friends, clergy, attorney):

غير ذلك (كأفراد العائلة والأصدقاء ورجال الدين والمحامي):

Contact Name/اسم جهة الاتصال: _____ Phone/الهاتف: _____

Address/العنوان: _____

Contact Name/اسم جهة الاتصال: _____ Phone/الهاتف: _____

Address/العنوان: _____

Contact Name/اسم جهة الاتصال: _____ Phone/الهاتف: _____

Address/العنوان: _____

Contact Name/اسم جهة الاتصال: _____ Phone/الهاتف: _____

Address/العنوان: _____

Contact Name/اسم جهة الاتصال: _____ Phone/الهاتف: _____

Address/العنوان: _____

____ My Advance Directive is electronically stored and is securely accessible to hospitals statewide via Michigan Health Information Network www.mihin.org/advance-care-planning.

____ Other: _____

____ يجري حفظ توجيهي المسبق إلكترونيًا ويتاح بشكل آمن للمستشفيات في أنحاء الولاية عن طريق شبكة المعلومات الصحية بميتشيغان (www.mihin.org/advance-care-planning (Michigan Health Information Network))

____ غير ذلك: _____