

Advance Directive التوجيه المُسبق

Durable Power of Attorney for Healthcare التوكيل الدائم للرعاية الصحية (Patient Advocate Designation) (تعين مُناصر المريض)

Introduction

مقدمة

This document provides a way for you to create a Durable Power of Attorney for Healthcare (Patient Advocate Designation) and other documentation that will meet the basic requirements for this state. This Advance Directive (AD) allows you to appoint a person (and alternates) who shall take reasonable steps to follow the desires and instructions indicated within this document, or in other written or spoken treatment preferences. The person you appoint is called your **Patient Advocate**. This document gives your consent to allow your Patient Advocate to make decisions *only when two physicians, or a physician and a licensed psychologist, have determined you are unable to make your own decisions*. Every resident age 18 and over should appoint a Patient Advocate, as accidents can happen to anyone, at any time.

تقدم تلك الوثيقة طريقة لإنشاء توكيل دائم للرعاية الصحية (تعين مُناصر للمريض) وغير ذلك من الوثائق التي ستلبي المتطلبات الأساسية لهذه الولاية. يُنصح لك التوجيه المُسبق (Advanced Directive, AD) تعين شخص (وبدلاء) ليتولوا اتخاذ الخطوات المعقولة لاتباع الرغبات والتعليمات المُشار إليها ضمن هذه الوثيقة، أو في غيرها من تفضيلات العلاج المكتوبة أو المنطوقة. يُسمى ذلك الشخص الذي تُعيّنهُ مناصر المريض (Patient Advocate). تقدم هذه الوثيقة موافقتك على السماح لمناصر المريض باتخاذ القرارات فقط عندما يقرر طبيبان، أو طبيب وأخصائي نفسي مُرخص، أنك غير قادر على اتخاذ قراراتك بنفسك. وعلى كل مُقيم يبلغ من العمر 18 عامًا فأكثر أن يُعيّن مناصر مريض، تحسبًا لما قد يصيب الجميع من حوادث، في أي وقت .

Note: This AD does *not* give your Patient Advocate permission to make your *financial* or other *business* decisions.

هذا التوجيه المُسبق (AD) لا يُعطي لمناصر المريض الخاص بك الإذن باتخاذ قراراتك أو أي قرارات تُجرية

Before completing this document, take time to read it carefully. **It also is very important that you discuss your views, your values, and this document with your Patient Advocate(s).**

If you do not closely involve your Patient Advocate(s), and you do not make a clear plan together, your views and values may not be fully followed because they will not be understood.

تأثّر في قراءة هذه الوثيقة بعناية، قبل توقيعها. ومن المُهم جدًّا كذلك أن تُناقش وُجّهات نظرك وقيَمك وهذه الوثيقة مع مناصر(ي) المريض الخاص بك .

إن لم تُشرك عن كذب مُناصر(ي) المريض الخاص بك، ولم تضع خطة واضحة معًا، فقد لا تُتبع وُجّهات نظرك وقيَمك ككُلية □ □ لأنها

ستكون غير مفهومة.

This document was developed to meet the legal requirements of Michigan. It is not designed to replace the counsel of your attorney.

وُضعت هذه الوثيقة لتُلَبِّي المتطلبات القانونية لميتشيغان. وهي غير مُصممة لتحل محل استشارة محاميك .

This is an Advance Directive for *(print legibly):*

هذا توجيه مسبق (الليدكُتَب بحروف واضحة)

Name/الاسم: _____ Date of Birth/تاريخ الميلاد _____ Last 4 digits

of SSN: _____

آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي (Social Security number, SSI): _____

Telephone: Primary (Cell) _____ Secondary (Cell) _____

الهاتف: الأساسي (الخلوي) _____ الثانوي (الخلوي) _____

Address/العنوان: _____

City/State/Zip/الرمز البريدي/المدينة/الولاية/الرمز البريدي:

_____ Where I would like to receive hospital care

(whenever possible): _____ أين أود تلقي الرعاية في المستشفى (متى أمكن ذلك):

Advance Directive

التوجيه المُسبق

My Patient Advocate

مُناصر المريض الخاص بي

When either two physicians or a physician and licensed psychologist determine I am unable to make health care decisions, this document names the person(s) I have chosen to be my Patient Advocate(s). They shall take reasonable steps to carry out my treatment preferences. I understand that it is important to regularly talk with my Patient Advocate(s) about my health and treatment preferences. I hereby give my Patient Advocate(s) permission to share a copy of this document with other doctors, hospitals and health care providers that provide my medical care.

عندما يقرر طبيبان أو طبيب وأخصائي نفسي مرخص أني غير قادر على اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتي الصحية، فإن هذه الوثيقة تُسَمَّى الشخص (الأشخاص) الذي اخترته ليكون مناصر (مناصر) المريض الخاص بي. وسيكون عليهم اتخاذ الخطوات المعقولة لتنفيذ تفضيلاتي للعلاج. وأدرك إنهم من المهم التحدث إلى مناصر(ي) المريض الخاص بي بانتظام بشأن صحتي وتفضيلاتي للعلاج. وأنا أعطي الإذن بموجب ذلك لمناصر(ي) المريض بمشاركة نسخة من هذه الوثيقة مع غيره من الأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية ممن يقدمون لي الرعاية الصحية.

Based on my expressed religious beliefs, I would prohibit having an examination for determination to participate in medical decision-making by a doctor, licensed psychologist or another medical professional. Instead, I request the determination for incapacity be made in the following manner:

بناءً على ما أبدته من مُعتقدات دينية، أود حظر الخضوع لأي فحص لحسم المشيكة في اتخاذ القرارات الطبية بواسطة طبيب أو أخصائي نفسي مرخص أو غير ذلك من الاختصاصيين الطبيين. وبدلاً من ذلك، أطلب حسم الأهلية بالطريقة التالية:

If I leave this section blank, I am leaving the evaluation decision to my Patient Advocate(s)

إن تركت هذا القسم خاوياً، فأنا أدع قرار التقييم لمناصر(ي) المريض الخاص بي

(NOTE: If your wishes change, you may revoke your Patient Advocate Designation at any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke. It is recommended that you complete a new Advance Directive and give it to everyone who has a previous copy).

(ملاحظة: إن تغيرت رغباتك، فيمكنك إلغاء تعيين مناصر المريض الخاص بك في أي وقت وبأي طريقة تكفي لنقل نيتك للإلغاء. ويوصى أن تستكمل توجيهها مسبقاً جديداً وتعطيه لكل من حصل على نسخة سابقة).

The person I choose as my Patient Advocate is

الشخص الذي أختاره ليكون مناصر المريض الخاص بي هو

Name/الاسم: _____ Relationship/الصلة: _____

Telephone: Primary (Cell) _____ Secondary (Cell) _____

الهاتف: الأساسي (الخلوي) _____ الثانوي (الخلوي) _____
العنوان _____

City/State/Zip Code/: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____

First Alternate (Successor) Patient Advocate (strongly advised)

البديل الأول لمناصر المريض (مناصر المريض اللاحق) (يُنْذَرُ بِذَلِكَ بِشَدَّة)

If Patient Advocate above is not capable or willing to make these choices for me, then I designate the following person to serve as my Patient Advocate.

إن كان مناصر المريض المذكور أعلاه غير قادر على اتخاذ تلك القرارات نيابةً عني أو غير راغب في ذلك، فأنا أعين الشخص التالي ليلعب دور مناصر المريض الخاص بي.

Name/الاسم: _____ Relationship/الصلة: _____

Telephone: Primary (Cell) _____ Secondary (Cell) _____

الهاتف: الأساسي (الخلوي) _____ الثانوي (الخلوي) _____

العنوان _____

City/State/Zip Code/: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____

Second Alternate (Successor) Patient Advocate (strongly advised)

البديل الثاني لمناصر المريض (مناصر المريض اللاحق) (يُنْذَرُ بِذَلِكَ بِشَدَّة)

If the Patient Advocates named above are not capable or willing to make these choices for me, then I designate the following person to serve as my Patient Advocate.

إن كان مناصرو المريض المذكورون أعلاه غير قادرين على اتخاذ تلك القرارات نيابةً عني أو غير راغب في ذلك، فأنا أعين الشخص التالي ليلعب دور مناصر المريض الخاص بي.

Name/الاسم: _____ Relationship/الصلة: _____

Telephone: Primary (Cell) _____ Secondary (Cell) _____

الهاتف: الأساسي (الخلوي) _____ الثانوي (الخلوي) _____

العنوان _____

City/State/Zip Code/: _____ المدينة/الولاية/الرمز البريدي _____

Advance Directive

التوجيه المُسبق

Signature Page

صفحة التوقيع

I give my Patient Advocate express permission to **make decisions to withhold or withdraw treatment which would allow me to die**, and I acknowledge **such decisions could or would allow my death**.

I have instructed my Patient Advocate(s) concerning my wishes and goals in the use of life-sustaining treatment, such as, but not limited to: ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), nutritional tube feedings, intravenous (IV) hydration, kidney dialysis, blood pressure or antibiotic medications — and hereby give my Patient Advocate(s) express permission to help me achieve my goals of care. This may include beginning, not starting, or stopping treatment(s). I understand that such decisions could or would allow my death. Medications and treatment intended to provide comfort or pain relief shall not be withheld or withdrawn.

_____ I **agree** with this statement _____ I **do not agree** with this statement

أعطي لمناصر المريض الخاص بي الإذن بالقرارات بوقف أو إلغاء علاج مما يمكن أن يسمح بوفاتي، مثل تلك القرارات يمكن
This Advance Directive includes the following sections: Spiritual/Religious Preferences; End of Life Care; Anatomical Gift(s) Organ/Tissue/Body Donation; Autopsy Preference; Mental Health Treatment, & Treatment Preferences (Goals of Care).

أصدرت تعليمات إلى مناصري (المريض الخاص بي فيما يتعلق برغباتي وأهدافي بشأن استخدام العلاج الصائت للحياة، ومن ذلك مثلًا: جهاز التهوية (جهاز التنفس الصناعي)، والإنعاش القلبي الرئوي (cardiopulmonary resuscitation, CPR)، والإطعام عبر أنبوب التغذية، والسوائل الوريدية (Intravenous, IV)، والغسيل الكلوي، وأدوية ضغط الدم أو المضادات الحيوية، وأعطى بموجب ذلك لمناصر (ي) المريض الخاص بي الإذن الصريح بمساعدتي على تحقيق أهدافي من الرعاية. وقد يتضمن ذلك بداية العلاج (العلاجات)، لا بدئها، أو إيقافها. أدرك إن مثل هذه القرارات يمكن أن تسمح بوفاتي أو يُحذَتمل أن تسمح بوفاتي.

الأدوية والعلاجات التي يقصد بها توفير الراحة أو تخفيف الألم لا ينبغي إيقافها أو التراجع عنها.

_____ أوافق على هذه العبارة _____ لا أوافق على هذه العبارة

يتضمن هذا التوجيه المسبق الأقسام التالية: التفضيلات الروحية/الدينية، ورعاية نهاية الحياة، والهبة (الهبات) التشريحية - التبرع بالأعضاء/بالأنسجة/بالجثمان، والتفضيل بشأن تشريح الجثمان، وعلاج الصحة العقلية، وتفضيلات العلاج (أهداف الرعاية).

Signature of the Individual in the Presence of the Following Witnesses

توقيع الفرد في وجود الشهود التالي ذكرهم

I am providing these instructions of my own free will. I have not been required to give them in order to receive care or have care withheld or withdrawn. I am at least eighteen (18) years old and of sound mind.

أقدم هذه التعليمات بكامل إرادتي الحرة. ولم يُطلب مني تقديمها لتلقي الرعاية أو لإيقاف الرعاية أو التراجع عنها. يبلغ عمري ثمانية عشر (18) عامًا وأنا في كامل قواي العقلية.

Signature/التوقيع: _____ Date/التاريخ: _____

Address/العنوان: _____

City/State/Zip _____ Code/الولاية/الرمز البريدي: _____

Signatures of Witnesses

توقيعات الشهود

I know this person to be the individual identified as the "Individual" signing this form. I believe him or her to be of sound mind and at least eighteen (18) years of age. I personally saw him or her sign this form, and I believe that he or she did so voluntarily and without duress, fraud, or undue influence. By signing this document as a witness, I certify that I am:

أعرف هذا الشخص باعتباره الفرد المشار إليه على أنه «الفرد» الموقع لهذا النموذج. أعتقد إنه في كامل قواه العقلية وعمره ثمانية عشر (18) عامًا على الأقل. وقد رأيته بنفسه يوقع هذا النموذج، وأعتقد إنه قام بذلك طوعًا ودون إرغام أو احتيال أو تأثير لا مسوغ له. وبالتوقيع على هذا النموذج كشاهد، أشهد أنني:

- At least 18 years of age.
- Not the Patient Advocate or alternate Patient Advocate appointed by the person signing this document.
- Not the patient's spouse, parent, child, grandchild, sibling or presumptive heir.
- Not listed to be a beneficiary of, or entitled to, any gift from the patient's estate.
- Not directly financially responsible for the patient's health care.
- Not a health care provider directly serving the patient at this time.
- Not an employee of a health care or insurance provider directly serving the patient at this time.

- عمري 18 عامًا على الأقل .
- لست مناصر المريض أو مناصر المريض البديل المعين من طرف الشخص القائم بتوقيع هذه الوثيقة .
- لست زوج المريض أو أحد والديه أو أحفاده أو أشقائه أو وريثه المفترض .
- لست مدرجًا باعتباري منتفعًا بأي هبة من تركة المريض، أو مستحقًا لذلك .
- لست مسؤولًا ماليًا مباشرًا عن الرعاية الصحية للمريض .
- لست مقدم رعاية صحية أقدم الخدمة للمريض مباشرة □ □ في الوقت الحالي .
- لست موظفًا أو مقدم رعاية صحية أو مقدم تأمين أقدم الخدمة للمريض مباشرة □ □ في الوقت الحالي .

Witness Number 1: I meet the witness requirements stated above

الشاهد رقم 1: ألبى متطلبات الشاهد المذكورة أعلاه

Signature/التوقيع: _____ Date/التاريخ: _____

Print Name/الاسم بحروف واضحة: _____

Address/العنوان: _____

City/State/Zip Code/الرمز البريدي/الولاية/المدينة: _____

Witness Number 2: I meet the witness requirements stated above

الشاهد رقم 2: ألبى متطلبات الشاهد المذكورة أعلاه

Signature/التوقيع: _____ Date/التاريخ: _____

Print Name/الاسم بحروف واضحة: _____

Address/العنوان: _____

City/State/Zip Code/الرمز البريدي/الولاية/المدينة: _____

Accepting the Role of Patient Advocate

قبول دور مناصر المريض

Acceptance

القبول

The person named above has asked you to serve as his or her Patient Advocate (or as an alternate Patient Advocate). Before agreeing to accept the Patient Advocate responsibility and signing this form, please:

طلب مني المذكور أعلاه أن أقوم بدور مناصر المريض له (أو دور مناصر المريض البديل). قبل الموافقة على قبول مسؤولية مناصر المريض وتوقيع هذا النموذج، يُرْجَى :

1. Carefully read the **Introduction (1A)**, "The Advance Care Planning Process" (separate document), and this completed **Patient Advocate Designation Form**, (including any optional **Preferences** listed on pages 6A-9A). Also, take note of any **Treatment Preferences** ([Goals of Care], pages 1B-2B) and/or Statement of Treatment Preferences that may be attached. These documents will provide important information that you will use in discussing the person's preferences and in potentially acting as this person's Patient Advocate.
2. Discuss, in detail, the person's values and wishes, so that you can gain the knowledge you need to allow you to make the medical treatment decisions he or she would make, if able.
3. If you are at least 18 years of age and are willing to accept the role of Patient Advocate, read, sign and date the following statement.

1. قراءة المقدمة (A1) بعناية، و«عملية التخطيط المسبق للرعاية» (وثيقة منفصلة)، ونموذج تعيين مناصر المريض، (بما في ذلك أي تفضيلات اختيارية ضمن الصفحات A-9A6). يُرْجَى ذلك ملاحظة أي تفضيلات للعلاج ([أهداف الرعاية]، في الصفحات B-2B1) و/أو بيان تفضيلات العلاج التي قد تكون مرفقة. ستوفر تلك الوثائق معلومات مهمة ستستخدمها لمناقشة تفضيلات الشخص ويمكن أن تستخدمها للتصرف كمناصر مريض لهذا الشخص.
2. ناقش، بالتفصيل، قِيَمَ الشخص ورغباته، حتى يمكنك الحصول على ما تحتاج من دراية باحتياجاته للسماع لك باتخاذ قرارات العلاج الطبي على النحو الذي كان سيتخذه، لو أمكنه ذلك.
3. إن كان عمرك 18 عامًا على الأقل وكنت راضياً في قبول دور مناصر المريض، فعليك قراءة البيان التالي وتوقيعه.

I accept the person's selection of me as Patient Advocate. I understand and agree to take reasonable steps to follow the desires and instructions of the person as indicated within this "Advance Directive: My Patient Advocate" document or in other written or spoken instructions from the person. I also understand and agree that, according to Michigan law:

أقبل اختيار هذا الشخص لي كمناصر للمريض. أدرك وأوافق أن عليّ اتخاذ خطوات معقولة لاتباع رغبات وتعليمات هذا الشخص على النحو المشار إليه ضمن وثيقة «التوجيه المسبق: مناصر المريض الخاص بي» أو في غير ذلك من التعليمات المكتوبة أو المنطوقة الصادرة عن ذلك الشخص. أدرك وأوافق كذلك أنه، حسب قانون ميتشيغان، فإن :

- a. This appointment shall not become effective unless the patient is unable to participate in medical or mental health treatment decisions, as applicable.
- b. I will not exercise powers concerning the patient's care, custody, medical or mental health treatment that the patient – if the patient were able to participate in the decision – could not have exercised on his or her own behalf.
- c. I cannot make a medical treatment decision to withhold or withdraw treatment from a patient who is pregnant, if that would result in the patient's death, even if these were the patient's wishes.

- d. I can make a decision to withhold or withdraw treatment which would allow the patient to die only if he or she has expressed clearly that I am permitted to make such a decision, and the patient understands that such a decision could or would allow his or her death.
- e. I may not receive payment for serving as Patient Advocate, but I can be reimbursed for actual and necessary expenses which I incur in fulfilling my responsibilities.
- f. I am required to act in accordance with the standards of care applicable to fiduciaries when acting for the patient and shall act consistent with the patient's best interests. The known desires of the patient expressed or evidenced while the patient is able to participate in medical or mental health treatment decisions are presumed to be in the patient's best interests.
The patient may revoke his or her appointment of me as Patient Advocate at any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke.
- g. The patient may waive the right to revoke a designation as to the power to exercise mental health treatment decisions, and if such waiver is made, the patient's ability to revoke as to certain treatment will be delayed for 30 days after the patient communicates his or her intent to revoke.
- h. I may revoke my acceptance of my role as Patient Advocate at any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke.
- i. A patient admitted to a health facility or agency has the rights enumerated in Section 20201 of the Michigan Public Health Code, (Exercise of Rights by Patient's Representative 1978 PA 368, MCL 333.20201).
- j.

- a. لن يصير التعيين ساريًا ما لم يكن المريض غير قادر على المشاركة في قرارات العلاج الطبي أو علاج الصحة العقلية الخاص به، حسب مقتضى الحال.
- b. لن أمارس صلاحيات بشأن رعاية المريض، والقوامة عليه، والعلاج الطبي أو علاج الصحة العقلية لم يكن المريض ليمارسها بنفسه، لو كان قادراً على المشاركة في القرار.
- c. لا يمكنني اتخاذ قرار للعلاج الطبي بإيقاف علاج أو التراجع عن علاج مريضة حامل، إن كان ذلك سيؤدي إلى وفاة المريضة، حتى لو كان ذلك بناءً على رغبات المريضة.
- d. يمكنني اتخاذ القرار بوقف العلاج أو التراجع عنه مما يسمح بوفاة المريض، فقط لو أنه أبدى بوضوح إذنه لي باتخاذ مثل هذا القرار، و فقط لو كان المريض يفهم مثل هذا القرار.
- e. لا يمكنني تلقي مدفوعات مقابل القيام بدور مناصر المريض، ولكن يمكن أن ألتقى تعويضًا عن النفقات الفعلية والضرورية التي أتحملها جراء الوفاء بمسؤولياتي.
- f. أنا مطالب بالتصرف بناءً على معايير الرعاية المطبقة للكلاء عند التصرف نيابة عن المريض و ينبغي أن أتصرف بما يتفق مع المصالح المثلى للمريض. يُفترض أن تكون الرغبات المعروفة التي أبدتها المريضة أو اتضحت أثناء فترة قدرة المريض على المشاركة في قرارات العلاج الطبي وعلاج الصحة العقلية تدخل ضمن المصالح المثلى للمريض.
- g. يمكن للمريض أن يلغي هذا التعيين لي كمناصر للمريض في أي وقت وبأي طريقة كافية لإبداء نيته في الإلغاء.
- h. يمكن للمريض أن يتنازل عن حقه في التكليف بشأن صلاحية اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة العقلية، وإن صدر عنه مثل هذا التنازل، فإن قدرة المريض على إلغاء مثل هذا العلاج المعين ستتأخر لمدة 30 يومًا بعد إبداء المريض نيته في الإلغاء.
- i. يمكنني أن ألغي هذا التعيين لي كمناصر للمريض في أي وقت وبأي طريقة كافية لإبداء نيته في الإلغاء.
- j. للمريض الذي أدخل أحد المرافق أو الوكالات الصحية الحقوق الموضحة في القسم 20201 من مدونة الصحة العامة بميتشيغان (Michigan Public Health Code) (ممارسة الحقوق كممثل للمريض 1978 PA 368, MCL 333.20201).

Accepting the Role of Patient Advocate (continued)

قبول دور مناصر المريض (يُتَّبَع)

Patient Advocate Signature and Contact Information

توقيع مناصر المريض ومعلومات الاتصال به

I, _____, am assigning the Patient Advocate(s) listed below:
Print your name above and your Date of Birth here: _____

أنا، _____، أعيّن مناصر(ي) المريض المذكور أدناه :
دوّن اسمك أعلاه وتاريخ ميلادك هنا: _____

My Patient Advocate(s) will serve in the order listed below:

سيقوم مناصر(و) المريض خاصتي بدورهم بالترتيب المبين أدناه:

مناصر المريض/Patient Advocate

I, _____ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above.
(PRINT)

أنا، _____ وافقت على دور مناصر المريض للشخص المذكور أعلاه.
(بحروف واضحة)

Signature/التوقيع: _____ Date/التاريخ: _____

Address/العنوان: _____

City/State/Zip/المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____

Telephone: Primary (Cell) الخلوي الأساسي: _____

Secondary (Cell) الهاتف الأساسي: _____

First Alternate (Successor) Patient Advocate (Optional)

البديل الأول لمناصر المريض (مناصر المريض اللاحق) (اختياري)

I, _____ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above.
(PRINT)

أنا، _____ وافقت على دور مناصر المريض للشخص المذكور أعلاه.
(بحروف واضحة)

Signature/التوقيع: _____ Date/التاريخ: _____

Address/العنوان: _____

City/State/Zip/المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____

Telephone: Primary (Cell) الخلوي الأساسي: _____

Secondary (Cell) الهاتف الأساسي: _____

Second Alternate (Successor) Patient Advocate (Optional)

البديل الثاني لمناصر المريض (مناصر المريض اللاحق) (اختياري)

I, _____ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above.

(PRINT)

أنا، _____ وافقت على دور مناصر المريض للشخص المذكور أعلاه.
(بحروف واضحة)

Signature/التوقيع: _____ Date/التاريخ: _____

Address/العنوان: _____

City/State/Zip/الرمز البريدي/الولاية/المدينة:

Telephone: Primary (Cell) _____ Secondary (Cell) _____

الهاتف: الأساسي (الخلوي) _____ الثانوي (الخلوي) _____

Making Changes

إجراء تغييرات

If only the contact information for your advocate(s) changes, it may be revised on the original and on the photocopies without replacing the entire form.

فقط إن تغيرت معلومات الاتصال بمناصرك(بمناصريك)، فقد تجري مراجعة ذلك في الأصل والنسخ الضوئية

دون استبدال النموذج كله. النسخ الضوئية لهذا النموذج مقبولة كأصولها.

Photocopies of this form are acceptable as originals.

Preferences for Spiritual/Religious & End of Life Care

التفضيلات الروحانية والدينية ورعاية نهاية الحياة

(This section is optional, but recommended)

(هذا القسم اختياري، ولكن يُوصى به)

Spiritual/Religious Preferences

التفضيلات الروحانية/الدينية

I am of the _____ faith/belief.

I am affiliated with the following faith/belief group/congregation:

_____.

Please attempt to notify my personal clergy or spiritual support person(s) at:

_____.

I want my health care providers to know these things about my religion or spirituality that may affect my physical, emotional or spiritual care: (e.g., spiritual/religious rituals or sacraments, etc.)

_____.

_____.

_____.

أنا مؤمن ب/أعتقد في جماعة/رعية الإيمان/المعتقد: أنا أنتمي إلى _____.

يرجى محاولة إخطار رجال الدين الذي أتبعه شخصياً أو الشخص الداعم لي (الأشخاص الداعمين لي) روحياً عن طريق: _____.

أرغب في أن يعرف مقدمو الرعاية الصحية لي بالأشياء التالية عن ديانتي أو اعتقادي الروحاني مما قد يؤثر على رعايتي البدنية أو الانفعالية أو الروحانية: (مثللاً الطقوس الروحانية/الدينية أو الطقوس الدينية، وما إلى ذلك).

_____.

_____.

I choose not to complete this section.

أختار عدم استكمال هذا القسم .

At the End of my Life... في نهاية حياتي...

If possible, at the end of life, I would prefer to be cared for: *(either check or rank order all that apply)*

___ in my home ___ in a long-term care facility
___ in a hospital ___ as my Patient Advocate thinks best

___ I would like hospice services in any of the above settings or in a hospice residence

In my last days or hours, if possible, I wish the following for my comfort: *(e.g.: pain medication, certain music, readings, visitors, lighting, foods, therapy animal, etc.)*

إن أمكن، في نهاية حياتي، أفضل أن أتلقى الرعاية بشأن: (ضع علامة أو ترتيباً حسبما ينطبق)

___ في منزلي ___ في مرفق للرعاية طويلة الأمد
___ في مستشفى ___ حسبما يرى عناصر المريض الخاص بي مصالحتي المثلى

___ أود أن أتلقى خدمات رعاية المحتضرين في أي من البيئات المذكورة أعلاه أو في دار إقامة للمحتضرين

في أيامي أو ساعاتي الأخيرة، إن أمكن، أرغب فيما يلي لأجل راحتي (مثلاً: مسكن الألم، أو موسيقى معينة، أو قراءات

معينة، أو

زوار معينين، أو إضاءة معينة، أو أطعمة معينة، أو حيوان علاج معين، إلخ)

___ I choose not to complete this section.

___ أختار عدم استكمال هذا القسم .

Preferences for Anatomical Gift(s) تفضيلات الهبة (الهبات) التشريحية Organ/Tissue/Body Donation & Autopsy بالأعضاء/بالأنسجة/بالجثمان والتبرع التشريحي بالجثمان

(This section is optional, but recommended)

(هذا القسم اختياري، ولكن يُوصى به)

In this section, you may, if you wish, state your instructions for: organ/tissue donation, autopsy, and anatomical gift.

في هذا القسم، يمكنك إن أردت أن توضح تعليماتك بشأن: التبرع بالأنسجة/بالأعضاء وتشریح الجثمان والهبة التشريحية .

The authority granted by me to my Patient Advocate regarding organ/tissue donation shall, in compliance with Michigan law, remain in effect and be honored following my death. I understand that whole-body anatomical gift donation generally requires pre-planning and pre-acceptance by the receiving institution.

السلطة التي أمزحها إلى مناصر المريض الخاص بي بشأن التبرع بالأعضاء/بالأنسجة ينبغي أن تظل سارية، بما يتفق مع قانون ميشيغان، وينبغي تكريمها بعد وفاتي. أدرك إن التبرع بالجسم كله كهبة تشريحية يتطلب التخطيط المسبق والقبول المسبق من طرف المؤسسة التي تتلقاه .

Instructions:

التعليمات:

•Put your initials (or "X") next to the choice you prefer for each situation below.

• دَوِّن الحروف الأولى من اسمك (أو «X») إلى جوار الخيار الذي تفضله لكل موقف أدناه .

Anatomical Gift(s) – Donation of my Organs/Tissue/Body الهبة (الهبات) التشريحية - التبرع بأعضائي/بأنسجتي/بجسمي

___ I am registered on the Michigan Donor Registry and/or Michigan driver's license.
By Michigan law, your Patient Advocate and your family must honor your organ donation instructions.

Choose one option:

___ I am not registered, but authorize my Patient Advocate to donate any parts of my body that may be helpful to others {e.g., ORGANS [heart, lungs, kidneys, liver, pancreas, intestines], or TISSUES [heart valve, bone, arteries & veins, corneas, ligaments & tendons, fascia (connective tissue), skin]} ___ I am not registered, but authorize my Patient Advocate to donate any parts of my body,
EXCEPT (name the specific organs or tissues):

___ I **do not want** to donate any organ or tissue.

___ I have arranged, or plan to arrange, donating my body to an institution of medical science for research or training purposes (*must be arranged in advance*).

_____ أنا مسجل ضمن سجل متبرعي ميشيغان (Michigan Donor Registry) و/أو لديّ
رخصة قيادة من ميشيغان .

بموجب قانون ميشيغان، فإن مناصر المريض الخاص بك وأسرته يجب أن يكرموا تعليمات تبرعك بالأعضاء.

اختر أحد الخيارات:

_____ لست مسجلًا، ولكنني أفوض مناصر المريض الخاص بي بالتبرع بأي من أجزاء جسمي مما قد
يفيد غيري {مثل الأعضاء [القلب والرئتين والكليتين والكبد والبنكرياس والأمعاء] أو الأنسجة [صمام
قلب أو عظم أو شرايين وأوردة أو القرنية أو الأربطة والأوتار أو اللفافة (الانسجج الضام) أو البشرة]}
_____ لست مسجلًا، لكنني أفوض مناصر المريض الخاص بي بالتبرع بأي من أجزاء جسمي، باستثناء
(حدد الأعضاء أو الأنسجة المحددة):

_____ لا أرغب في التبرع بأي من أعضائي أو أنسجتي .

_____ رتب، أو أخطط للترتيب، للتبرع بجسمي إلى إحدى مؤسسات العلوم الطبية للأبحاث العلمية أو لأغراض
التدريب (يجب الترتيب لذلك مسبقًا) .

_____ I choose not to complete this section.

(continues next page)

(يتّبع في الصفحة التالية)

_____ أختار عدم استكمال هذا القسم .

Preferences for Anatomical Gift(s) تفضيلات الهبة (الهبات) التشريحية Organ/Tissue/Body Donation & Autopsy التبرع بالأعضاء/بالأنسجة/بالجثمان والتفضيل بشأن تشريح الجثمان (This section is optional, but recommended) (هذا القسم اختياري، ولكن يُوصى به)

Instructions:

التعليمات:

- Put your initials (or "X") next to the choice you prefer for each situation below.
- NOTE: A medical examiner may legally require an autopsy to determine cause of death. Other autopsies may be elected by next of kin (possibly at family expense).

• دوّن الحروف الأولى من اسمك (أو «X») إلى جوار الخيار الذي تفضله لكل موقف أدناه.
• ملاحظة: للطبيب الشرعي أن يطالب بتشريح الجثمان لتحديد سبب الوفاة، ويمكن اختيار أي تشريح آخر للجثمان بواسطة أقرب الأقرباء (يحتمل أن يكون ذلك على نفقة العائلة).

Autopsy Preference تفضيل تشريح الجثمان

I would accept an autopsy if it can help my blood relatives understand the cause of my death or assist them with their future health care decisions.

_____ I would accept an autopsy if it can help the advancement of medicine or medical education.

If optional, I do not want an autopsy performed on me.

أقبل بتشريح الجثمان إن كان ذلك يساعد أقرباء دمي على فهم سبب وفاتي أو إن كان يساعدهم في قرارات الرعاية الصحية المستقبلية الخاصة بهم .

_____ أقبل تشريح الجثمان إن كان ذلك يساعد على تقدم الطب أو التعليم الطبي .

إن كان ذلك اختياريًا، فلا أرغب في تشريح جثمتي .

_____ I choose not to complete this section.

_____ أختار عدم استكمال هذا القسم .

Preferences for Mental Health Examination & Treatment

التفضيلات المتعلقة بفحص وعلاج الصحة العقلية

(Optional)

(اختياري)

A determination of my inability to make decisions or provide informed consent for mental health treatment will be made by

_____.
(Physician/Psychiatrist)

تقرير عدم قدرتي على اتخاذ القرارات أو تقديم موافقة مستنيرة على علاج الصحة العقلية سيقوم به

_____.
(الطبيب/الأخصائي النفسي)

_____ I choose not to complete this section.

_____ أختار عدم استكمال هذا القسم .

I expressly authorize my Patient Advocate to make decisions concerning the following treatments if a physician and a mental health professional determine I cannot give informed consent for mental health care.

(initial one or more choices that match your wishes)

___ outpatient therapy

___ voluntary admission to a hospital to receive inpatient mental health services

I have the right to give three days' notice of my intent to leave the hospital

* ___ Involuntary admission to a hospital to receive inpatient mental health services

* ___ psychotropic medication

* ___ electro-convulsive therapy (ECT)

* ___ I give up my right to have a revocation effective immediately. If I revoke my designation, the revocation is effective 30 days from the date I communicate my intent to revoke. Even if I choose this option, I still have the right to give three days' notice of my intent to leave a hospital if I am a formal voluntary patient.

***Choices with an asterisk require your express permission to your Patient Advocate(s) prior to treatment/action.**

I have specific wishes about mental health treatment, such as a preferred mental health professional, hospital or medication. My wishes are as follows:

(Sign your name if you wish to give your Patient Advocate this authority)

Date

أفوض بوضوح مناصر المريض الخاص بي باتخاذ القرارات المتعلقة بالعلاجات التالية إن قرر طبيب واخصاصي الصحة العقلية اني لا استطيع تقديم موافقة مستنيرة بشأن رعاية الصحة العقلية.

(دون الحروف الأولى من اسمك عند خيار أو أكثر مما يتفق مع رغباتك)

_____ العلاج كمريض خارجي

_____ دخول المستشفى طوعاً لتلقي خدمات الصحة العقلية كمريض داخلي

لي الحق في تقديم إشعار قبل ثلاثة أيام بنيتي في مغادرة المستشفى

* _____ دخول المستشفى خلافاً لإرادتي لتلقي خدمات الصحة العقلية كمريض داخلي

* _____ دواء نفسي

* _____ العلاج بالصدمات الكهربائية (electro-convulsive therapy, ECT)

* _____ أتنازل عن حقي في سريان الإلغاء فوراً. أن ألغيت تكليفي، فإن الإلغاء يسري بعد 30 يومًا من إبدائي نيتي بالإلغاء. وحتى

إن اخترت هذا الخيار، يظل لي الحق في إعطاء إشعار قبل ثلاثة أيام بنيتي في مغادرة المستشفى إن كنت

مريضاً رسمياً طوعاً.

*الخيارات ذات علامة النجمة تتطلب إذنك الصريح لمناصر(ي) المريض الخاص بك قبل العلاج/التصرف.

لدي رغبات محددة بشأن علاج الصحة العقلية، مثل اختصاصي أو مستشفى أو دواء مفضل للصحة العقلية.

وفيما يلي رغباتي:

(وقّع باسمك إن كنت ترغب في إعطاء مناصر المريض الخاص بك تلك السلطة) التاريخ

_____ I choose not to complete this section.

_____ أختار عدم استكمال هذا القسم .

Treatment Preferences (Goals of Care)

تفضيلات العلاج (أهداف الرعاية)

(This section is optional, but recommended)

(هذا القسم اختياري، ولكن يُوصى به)

Print Name الاسم بـحروف واضحة: _____ Date of Birth التاريخ الميلادي: _____

Specific Instructions to my Patient Advocate

تعليمات محددة لمناصر المريض الخاص بي

When I am not able to decide or speak for myself, the following are my specific preferences and values concerning my health care:

إن لم أكن قادرًا على اتخاذ القرارات أو التعبير عن نفسي، ففيما يلي تفضيلاتي وقيمي الخاصة بشأن رعايتي الصحية:

Instructions:

التعليمات:

- Put your initials (or "X") next to the choice you prefer for each situation below.
- دوّن الحروف الأولى من اسمك (أو «X») إلى جوار الخيار الذي تفضله لكل موقف أدناه.

Treatments to Prolong my Life

العلاجات التي تطيل حياتي

If I reach a point where there is reasonable medical certainty that I will not recover my ability to know who I am, where I am, and I am unable to meaningfully interact with others:

____ I want all possible efforts to prolong life made on my behalf, even if it means I may remain on life-sustaining equipment, such as a breathing machine or kidney dialysis, for the rest of my life.

OR

____ I want my health care providers to try treatments to prolong my life for a period of time. If these treatments are not helping me get better, are not going to improve my current condition, or if they are causing me pain and suffering, then I want to stop these treatments.

OR

____ I do not want to start treatments to prolong my life; if treatments have begun, please stop.

Medications and treatment intended to provide comfort or pain relief shall not be withheld or withdrawn.

إن وصلت نقطة ما حيث يوجد يقين طبي معقول أنني لن أستعيد قدرتي على معرفتي
لنفسى، ولمكاني، وأني لن أستطيع التجاوب بشكل ذي معنى مع غيري:

_____ أرغب في بذل كل الجهود الممكنة لإطالة حياتي نيابةً □ □ عني، حتى لو كان ذلك يعني أن أظل متصلاًً
بأجهزة صيانة الحياة، مثل جهاز التنفس الصناعي أو الغسيل الكلوي، طيلة عمري .
أو

_____ أرغب في أن يجرب مقدمو الرعاية الصحية لي علاجات لإطالة حياتي لفترة ما. وإن لم تُفِئِد تلك
العلاجات في تحسين حالتي، أو إن لم تكن ستحسن حالتي الحالية، أو إن كانت تسبب لي الألم والمعاناة، فأنا
أرغب في إيقاف تلك العلاجات .
أو

_____ لا أرغب في بدء علاجات لإطالة حياتي، وإن كانت العلاجات قد بدأت، فَيُرْجى إيقافها .

الأدوية والعلاجات التي يقصد بها توفير الراحة أو تخفيف الألم لا ينبغي إيقافها أو التراجع عنها.

_____ I choose not to complete this section.

_____ Refer to my additional documents regarding my treatment preferences.

_____ أختار عدم استكمال هذا القسم .

_____ يُرْجى الرجوع إلى وثائقي الإضافية بشأن تفضيلاتي للعلاج.

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)

الإنعاش القلبي الرئوي

(General Feelings/Preferences)

(المشاعر/التفضيلات العامة)

This is NOT a "Do Not Resuscitate" (DNR) Medical Order.
A DNR medical order is a separate legal document.

ليس هذا أمرًا طبيًا «بعدم الإنعاش».
أمر عدم الإنعاش *DNR* هو وثيقة قانونية منفصلة.

CPR is an attempt to restart your heart and breathing. It could include pressing hard on your chest to try to restart your heart and placing a tube into your windpipe to connect to the breathing machine. Electric shock to your heart and medications to support your heart may be included.

و CPR هو محاولة لإعادة القلب والتنفس إلى العمل. ويمكن أن يتضمن ذلك الضغط بشدة على صدرك لمحاولة إعادة القلب إلى العمل، وتركيب أنبوب في قصبتك الهوائية لتوصيلك بجهاز التنفس الصناعي. يمكن أن يتضمن ذلك الصدمة الكهربائية لقلبك وأدوية لدعم قلبك.

Instructions:

التعليمات :

- Initial of place an "X" next to your choice.

• دوّن حروفك الأولى أو ضع «X» إلى جوار خيارك.

If my heart and breathing stops:

___ I **want** the healthcare team to try CPR in all cases.

OR

___ I **want** CPR unless my health care providers determine that I have any of the following:

- An injury or illness that cannot be cured and I am dying.
- No reasonable chance of surviving the CPR attempt.
 - Little chance of surviving long term, and it would be hard and painful for me to recover from CPR.

OR

___ I **do not want** CPR but instead want to allow natural death.

إن توقف قلبي أو تنفسي:

أُرغب في فريق الرعاية الصحية بتجربة الإنعاش القلبي الرئوي في كل الحالات .
أو
أُرغب في الإنعاش القلبي الرئوي ما لم يقرر مقدمو الرعاية الصحية لي أنني
مصاب بما يلي :

- إصابة أو مرض يستعصي على الشفاء وأني أحتضر.
 - عدم وجود فرصة للنجاة من محاولة الإنعاش القلبي الرئوي .
 - وجود فرصة ضئيلة للنجاة طويلة الأمد، وأنه سيكون من الصعب والمؤلم لي أن أتعافى
من الإنعاش القلبي الرئوي .
- أو
لا أرغب في الإنعاش القلبي الرئوي ولكني أرغب في الوفاة الطبيعية بدلاً من ذلك.

____ I choose not to complete this section.

____ أختار عدم استكمال هذا القسم .

Additional Specific Instructions

تعليمات محددة إضافية

I want my Patient Advocate to follow these specific instructions, which may limit the authority previously described in General Instructions to My Patient Advocate.

أرغب في أن يتبع مناصر المريض الخاص بي تلك التعليمات المحددة، التي قد تقيد السلطة الموصوفة مسبقاً
ضمن التعليمات العامة إلى مناصر المريض الخاص بي.

____ I choose not to complete this section.

____ أختار عدم استكمال هذا القسم .

Signature

التوقيع

If you are satisfied with your choice of Patient Advocate and with the Treatment Preferences guidance you have provided in this section, you need to sign and date the statement below.

إن كنت راضياً عن اختيارك مناصرراً للمريض وعن توجيهات تفضيلات العلاج التي عُرِضت عليك في هذا
القسم، فعليك توقيع وتاريخ البيان الموضح أدناه.

I am providing these instructions of my own free will. I have not been required to give them in order to receive care or have care withheld or withdrawn. I am at least eighteen (18) years old and of sound mind. These are my preferences and goals expressed and affirmed on the date below:

أقدم هذه التعليمات بكامل إرادتي الحرة. ولم يُطَلَب مني تقديمها لتلقي الرعاية أو لإيقاف الرعاية أو التراجع عنها. يبلغ عمري ثمانية عشر (18) عاماً وأنا في كامل قواي العقلية. تلك هي تفضيلاتي وأهدافي التي أبديتها وأكّدت عليها في التاريخ الموضح أدناه :

Signature/التوقيع: _____ Date/التاريخ: _____