

# التوجيه المسبق للعناية الصحية (Advance Health Care Directive)

ولاية كاليفورنيا

تخطيط رعاية الحياة:  
القيم والاختيارات والرعاية

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)

تأكد من استكمال هذه الوثيقة من خلال:

1. التوقيع والتأريخ في الأماكن المناسبة.
2. التوثيق من خلال الشهود أو التوثيق القانوني.  
لا يجوز لوكيل رعايتك الصحية (مُتخذ القرار)  
التوقيع كشاهد.
3. تذكر إعادة نسخة إلى Kaiser Permanente وإعطاء  
نسخة إلى وكيل رعايتك الصحية. احتفظ بالنسخة الأصلية  
من الوثيقة.

# التوجيه المسبق للرعاية الصحية (Advance Health Care Directive)

التوجيه المسبق للرعاية الصحية (Advance Health Care Directive, AHCD) هي وثيقة قانونية تقدم إرشادات لفرق الرعاية الصحية بشأن ما ينبغي فعله في حالة عدم قدرتك على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك.

ما التوجيه المسبق للرعاية الصحية؟

يسمح لك AHCD بالآتي:

- اختيار وكيل الرعاية الصحية (مُتخذ القرار) ومنحه صلاحية اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك في حالة عدم قدرتك على القيام بذلك و/أو
- التعبير عن قيمك ومعتقداتك وتفضيلاتك بشأن الرعاية الصحية

تُقدم وثيقة AHCD الإرشادات لكل من وكيل الرعاية الصحية (مُتخذ القرار) وفريق الرعاية الصحية بشأن إعداد خططك العلاجية. لكنها لا تُخبر متخصصي الطوارئ عن العلاجات التي تحتاج إليها في أثناء حالة الطوارئ الصحية.

يمكنك تحديث أي من تفضيلاتك في وثيقة AHCD الخاصة بك في أي وقت عن طريق استكمال وثيقة جديدة. وستحل وثيقة AHCD الصحية الجديدة هذه محل أي وثيقة قد أكملتتها سابقاً.

لك الحق في مشاركة تفضيلاتك بشأن رعايتك الصحية. تُرشد هذه الوثيقة وكيل الرعاية الصحية (مُتخذ القرار) والأطباء لتقديم الرعاية المناسبة لك.

ما سبب أهمية وثيقة AHCD؟

كما أنها فرصة لتوضيح ما تعنيه جودة الحياة بالنسبة لك، وكيف تؤثر تفضيلاتك على من تحب. يُساعد استكمال هذه الوثيقة، طالما كنت قادرًا على ذلك، والتحدث عنها مع أحبائك، على تقليل الالتباس والخلاف بشأن ما قد تريده أو لا تريده.

يجب على أي شخص بالغ يزيد عمره على 18 عامًا ويتمتع بكامل قواه العقلية أن يفكر في استكمال وثيقة التوجيه المسبق للرعاية الصحية بغض النظر عن حالته الصحية.

لمن تصلح وثيقة AHCD؟

تخطيط رعاية الحياة:  
القيم والاختيارات والرعاية

مراجع أخرى:

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)

الاسم بالكامل (Full Name):

رقم السجل الطبي (# Medical Record):

تحتوي وثيقة AHCD المقدمة من Kaiser Permanente على خمسة أجزاء، بما في ذلك كيفية جعلها قانونية:

ما الذي تتضمنه هذه الوثيقة؟

يُمكنك ملء الكثير أو القليل من هذه الوثيقة حسب رغبتك.

إذا قررت عدم استكمال أحد الأقسام، فما عليك سوى رسم خط عبر الصفحة والتوقيع تحته بالأحرف الأولى. وبذلك سنعرف أنه تُرك فارغًا عن قصد.

الجزء 5 مطلوب لتكون الوثيقة قانونية بولاية كاليفورنيا.

### الجزء 1: اختيار وكيل (وكلاء) لرعايتي الصحية (مُتخذِي القرار)

يسمح لك هذا الجزء بتسمية شخص ما لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك في حالة عجزك عن اتخاذها بنفسك.

### الجزء 2: قيمتي ومعتقداتي

يمنحك هذا الجزء فرصة للتفكير فيما تعنيه جودة الحياة والمعيشة الجيدة بالنسبة لك. لذا، نشجعك على إكمال هذا القسم لأنه سيساعدك على التفكير بشأن بقية الوثيقة.

### الجزء 3: اختيار تفضيلاتي للرعاية الصحية

يتيح لك هذا الجزء توثيق تفضيلاتك بشأن رعايتك الصحية حال عدم قدرتك على تحديد تلك التفضيلات بسبب إصابة أو مرض.

### الجزء 4: تفضيلات ما بعد الوفاة

يسمح لك هذا الجزء بالإبلاغ عن أي رغبات قد تكون لديك لمرحلة ما بعد الوفاة، بما في ذلك التبرع بالأعضاء ورغبات الجنازة، وما إلى ذلك.

### الجزء 5: التوثيق القانوني

تصبح الوثيقة قانونية بولاية كاليفورنيا بإكمال هذا القسم.

تتضمن هذه الوثيقة أيضًا قائمة تَحقق لمساعدتك في مشاركة تفضيلاتك مع Kaiser Permanente والآخرين.

ينتسب هذا التوجيه المسبق للرعاية الصحية إلى:

الاسم بالكامل (Full name)

رقم السجل الطبي (Medical Record number) تاريخ الميلاد (Date of birth)

عنوان البريد (Mailing address)

المدينة (City) الولاية (State) الرمز البريدي (Zip code)

الهاتف الرئيسي (Primary phone) الهاتف الإضافي (Secondary phone)

البريد الإلكتروني (Email)

## اختيار وكيل (وكلاء) رعايتي الصحية (مُتخذ القرار)

### (Choosing My Health Care Agent[s] [Decision Maker])

يُحدد هذا القسم شخصًا بالاسم أثق به لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عني إذا عجزت عن اتخاذها بنفسني.

إذا قرر مقدم رعايتي الصحية أنني غير قادر على اتخاذ قرارات رعايتي الصحية، فإن هذا النموذج يحدد بالاسم الشخص (الأشخاص) الذي أختاره لاتخاذ قرارات رعايتي الصحية نيابةً عني.

سيتحدث وكيل الرعاية الصحية (مُتخذ القرار) الخاص بي نيابةً عني لاتخاذ قرارات رعايتي الصحية بناءً على التفضيلات التي تحدثت معه بشأنها أو ما يعتقد أنه في مصلحتي، وبمراعاة ما يعرفه عن قيمي ومعتقداتي الشخصية.

**ملحوظة:** تحدث إلى وكيلك حول أكثر الأمور أهمية بالنسبة لك وتأكد من شعوره بالقدرة على أداء هذا الدور. تأكد من إعلام المقربين إليك بهوية وكيلك.

## الجزء 1

يعني اختيار وكيل لرعايتك الصحية مشاركة قيمك ومعتقداتك مع هذا الوكيل وإعلامه بالرعاية الطبية التي ترغب في الحصول عليها عند عجزك عن اتخاذ قراراتك بنفسك.

عند اختيار وكيل رعايتك الصحية، ففكر في اختيار شخص مهم بالنسبة لك، وأن يكون لديه القدرة على اتخاذ قرارات حاسمة في الأوقات الصعبة. من الناحية القانونية، لا يجوز أن يكون وكيلك هو طبيبك أو أي متخصص رعاية صحية آخر يعتني بك كجزء من فريقك العلاجي.

لا يمكنك توقع كل حالات الرعاية الصحية؛ لذا سيتعين على وكيلك اتخاذ القرارات في الوقت الفعلي للأحداث بناءً على المعلومات المعطاة من قبل الفريق الطبي. يؤدي الحرص على إجراء المناقشات مع وكيلك حول نوع الرعاية التي تريدها أو التي لا تريدها إلى التفاهم المتبادل وراحة البال.

يكون اختيار الزوج/الزوجة أو أحد أفراد العائلة هو الخيار الأمثل في بعض الأحيان، ولا يكون كذلك في أحيانٍ أخرى. فأنت أدري بذلك.

### الوكيل الجيد للرعاية الصحية هو الشخص الذي يكون:

- على استعداد لأن يكون وكيل رعايتك الصحية ويستطيع الوجود حيثما تطلب الأمر
- على دراية جيدة بقيمك ومعتقداتك
- على استعداد لتنفيذ تفضيلاتك وتقديرها حتى لو اختلفت عن تفضيلاته الشخصية
- قادرًا على طرح الأسئلة والتحدث نيابةً عنك، حتى لو تعارض ذلك مع التقاليد أو رغبة الأبناء
- قادرًا على اتخاذ القرارات في الظروف العصيبة
- قادرًا على التواصل معك باستمرار بشأن تفضيلاتك بمرور الوقت

**ملحوظة:** قد يكون وكيل رعايتك الصحية هو الشخص نفسه أو غيره من الموجودين بجهات اتصالك عند وقوع الطوارئ.

لا يُخول هذا النموذج وكيلك لاتخاذ قرارات مالية أو قرارات تجارية أخرى نيابةً عنك.

من ينبغي عليّ أن أختاره ليكون وكيل رعايتي الصحية؟

الاسم بالكامل (Full Name):

رقم السجل الطبي (Medical Record #):

يجوز أن يتخذ وكيل رعايتي الصحية جميع قرارات الرعاية الصحية لي في حالة عجزني عن ذلك. **يحق لوكيلي اتخاذ القرارات التالية نيابة عني، ما لم أقيّد سلطاته:**

- قول **نعم/لا** بشأن الأدوية والفحوص والعلاجات. اختيار مقدمي الرعاية الصحية أو تغييرهم وتحديد المكان الذي سأتلقي فيه الرعاية
- **الإذن ببدء جميع التدخلات** التي تحافظ على إبقائي على قيد الحياة أو عدم بدئها أو إيقافها
- الترتيب واتخاذ القرارات بشأن العناية بجسدي بعد الوفاة (بما في ذلك تشريح الجثة والتبرع بالأعضاء وما يحدث لرفاتي)

اخترت الشخص التالي ليكون وكيلاً رئيسياً لرعايتي الصحية (الأساسي) لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني في حالة عجزني عن ذلك.

اختيار الوكيل الرئيسي  
للعناية الصحية.

**الوكيل الرئيسي لرعايتي الصحية (الأساسي) (My Primary [main] health care agent):**

الاسم بالكامل (Full name)

الصلة (Relationship)

عنوان البريد (Mailing address)

الرمز البريدي (Zip code)

الولاية (State)

المدينة (City)

الهاتف الإضافي (Secondary phone)

الهاتف الرئيسي (Primary phone)

البريد الإلكتروني (Email)

تحدث مع وكيلك حول  
المسؤوليات التي يتعين  
عليه تحملها. استخدم  
الأسئلة في الجزء 2  
لتوجيه المحادثة.

الاسم بالكامل (Full Name): \_\_\_\_\_

رقم السجل الطبي (Medical Record #): \_\_\_\_\_

تصبح سلطة وكيلك سارية المفعول عندما يقرر طبيبي أنني غير قادر على اتخاذ قرارات رعايتي الصحية.

يُرجى وضع علامة "X" لتحديد أحد الخيارات التالية (Please mark an "X" to select one of the following):

أفهم وأتقبل أن تفعيل دور وكيلك سيكون بدايةً من عدم مقدرتي على اتخاذ قراراتي، أو

(I understand and accept that my agent will become active when I can **no longer** make my own decisions, OR)

أفضل أن يتخذ وكيلك القرارات نيابةً عني فوراً، على الرغم من قدرتي الحالية على اتخاذ قراراتي بنفسني

(I prefer that my agent make decisions on my behalf **immediately**, even though I am currently able to make my own decisions)

**ملحوظة:** إذا كان وكيلك هو الزوج/الزوجة أو أحد شركاء السكن، فستُلغى الوكالة في حالة حل أو فسخ أو إنهاء الزواج أو الشراكة السكنية.

(**Note:** If your agent is a spouse or domestic partner, the agent designation is revoked in the event of a dissolution, annulment, or termination of the marriage or domestic partnership.)

الاسم بالكامل (Full Name):

رقم السجل الطبي (Medical Record #):

في حالة عدم استعداد الوكيل الرئيسي لرعايتي الصحية أو عدم قدرته أو عدم توافره لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني، فسأختار بديلين ليكونا الوكيل الأول والثاني.

البديل الأول والثاني لوكيل الرعاية الصحية.

**البديل الأول لوكيل الرعاية الصحية (First Alternate health care agent):**

الاسم بالكامل (Full name)

الصلة (Relationship)

عنوان البريد (Mailing address)

الرمز البريدي (Zip code)

الولاية (State)

المدينة (City)

الهاتف الإضافي (Secondary phone)

الهاتف الرئيسي (Primary phone)

البريد الإلكتروني (Email)

**البديل الثاني لوكيل الرعاية الصحية (Second Alternate health care agent):**

الاسم بالكامل (Full name)

الصلة (Relationship)

عنوان البريد (Mailing address)

الرمز البريدي (Zip code)

الولاية (State)

المدينة (City)

الهاتف الإضافي (Secondary phone)

الهاتف الرئيسي (Primary phone)

البريد الإلكتروني (Email)

يوصى باستكمال هذا القسم مع العلم أنه اختياري. إذا لم يخطر ببالك أحد، فتجاوز هذه النقطة.

الاسم بالكامل (Full Name):

رقم السجل الطبي (Medical Record #):

في حالة رغبتني في تقييد سلطات وكيل رعايتي الصحية، فسأكتب أدناه قرارات الرعاية الصحية التي لا أرغب أن يتخذها وكيل رعايتي الصحية نيابةً عني.

(If I wish to limit my health care agent's authority, I will write below what health care decisions **I DO NOT** want my agent to make.)

Blank area for writing health care decisions to be limited.

قيود وكيل الرعاية الصحية.

إذا لم يخطر ببالك شيء  
بشأن هذه البيانات،  
فتجاوز هذه النقطة.

سأكتب أدناه أيضًا أسماء الأشخاص، حال وجودهم، الذين لا أرغب في أن يتخذوا قرارات رعايتي الصحية نيابةً عني.

(I will also write below the names of any individuals, if any, who **I DO NOT** want to make health care decisions for me.)

Blank area for writing names of individuals to be excluded from health care decisions.

## قيمي ومعتقداتي (My Values & Beliefs)

يُتيح لي هذا القسم التمعن فيما تعنيه جودة الحياة والمعيشة الجيدة بالنسبة لي. وسيمثل ذلك الجزء الأساس لردودي في بقية هذه الوثيقة.

من الضروري فهم أكثر الأمور أهمية حتى أتمكن من اتخاذ القرارات المُسبقة بشأن رعايتي الصحية بما يتناسب مع هويتي. ومن المهم أيضًا أن يفهم وكيل الرعاية الصحية (مُتخذ القرار) قيمي والأمور الأكثر أهمية بالنسبة لي.

سأشارك المعلومات عن نفسي، مثل أكثر الأمور أهمية في حياتي وما تعنيه لي الحياة الجيدة والقدرات ذات القيمة. كما سأوضح كيف يمكن أن تؤثر معتقداتي في رعايتي الصحية.

(I will share some things about myself, such as what is most important in my life,) what living well means to me, and what abilities I value. I will also share how my (.belief system may influence my health care

حدد كل ما ينطبق واستخدم المساحة المتوفرة أدناه لتوضيح المزيد.

(.Check all that apply and use the space below to describe more)

1. لكي أحظى بمعيشة جيدة، فإن الأمور التالية هي الأكثر أهمية بالنسبة لي

: (For me to live well, the following matter most to me)

- قضاء الوقت مع الأحباء والتواصل معهم  
(Spending time and connecting with loved ones)
- اتخاذ قراراتي بنفسي (Making my own decisions)
- التواصل المعنوي (Communicating meaningfully)
- التمتع بالنشاط الجسدي (Being physically active)
- التعرف على الأصدقاء والعائلة (Recognizing friends and family)
- القدرة على التواصل الاجتماعي (Being socially active)
- العيش باستقلالية (Living independently)
- إطعام نفسي دون مساعدة (Feeding myself without assistance)
- الاعتناء بنظافتي الشخصية (الاستحمام وارتداء الملابس)  
(Taking care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- العيش في منزلي (Living in my home)
- العمل و/أو التطوع (Working and/or volunteering)
- المشاركة في الهوايات و/أو الاهتمامات (Participating in hobbies or interests)
- ممارسة معتقداتي الروحية و/أو الدينية وتقديرها  
(Honoring my spiritual beliefs and/or religion)

## الجزء 2

يُتيح لك استكمال الجزء الخاص بقيمي ومعتقداتي كتابة الأمور الأكثر أهمية في حياتك. استغرق الوقت الكافي للإجابة عن هذه الأسئلة لأنها ستساعدك في الجزء 3 من هذه الوثيقة.

الاسم بالكامل (Full Name):

رقم السجل الطبي (Medical Record #):

غير ذلك (أذكر المزيد أدناه) (Other [say more below])

ومن المهم بالنسبة لي أيضًا... (It also matters to me that...)

2. هذا هو سبب أهمية خياراتي في السؤال 1 بالنسبة لي. سأستعرض أيضًا أفكارًا إضافية حول ما يُعطي معنى لحياتي.

(This is WHY the choices I made in Question 1 matter to me. I will also share additional thoughts about what brings meaning to my life.)

ما سبب أهمية هذه الأمور بالنسبة لك؟ (Why are these important to you?)

فكر في أكثر الأمور التي تُقدرها. ماذا تعني جودة الحياة بالنسبة لك؟ قد يبدو هذا أمرًا كبيرًا، لكنك تعرف بالفعل أكثر مما تعتقد.

3. كيف تؤثر ثقافتني أو روحانياتي أو ديني و/أو معتقداتي في قرارات رعايتي الصحية؟ ما أهمية هذا بالنسبة لي؟ (How does my culture, spirituality, religion, and/or belief system influence my health care decisions? How important is this to me?)

أجب فقط إذا كان هذا الجزء له صلة بك.

من المهم بالنسبة لي أن... (It is important to me that...)

## اختيار تفضيلات رعايتي الصحية (Choosing My Health Care Preferences)

يوضح هذا القسم، بالإضافة إلى الجزء 2: قيمي ومعتقداتي، تفضيلاتي لإرشاد الأطباء ووكيل الرعاية الصحية بشأن اتخاذ القرارات الطبية نيابة عني في حالة عجزني عن ذلك وإجراء التدخلات اللازمة لإبقائي على قيد الحياة.

توضح هذه الوثيقة تفضيلاتي بشأن رعايتي الصحية:

### الجزء 3

قد يكون اختيارك

لتفضيلات رعايتك

الصحية أمرًا غير مريح،

ولكن تحديك لهذه

الأمر في أثناء تمتعك

بصحة جيدة، سيكون

بمثابة صوتك في وقت قد

لا تملك فيه صوتًا.

إذا كنت غير قادر على اتخاذ قرارات رعايتي الصحية وتطلب الأمر التدخل لإبقائي على قيد الحياة، فعلى وكيل رعايتي الصحية أن يُمثل تفضيلاتي وفقًا لما هو موضح أدناه.

أعلم أنه ستُتخذ القرارات بمشاركة أطبائي وفريق رعايتي، مع مراعاة قيمي ومعتقداتي وتفضيلات الرعاية الصحية وحالتي الطبية في الوقت الذي يجب اتخاذ القرارات فيه.

**ملحوظة:** من خلال توثيق تفضيلات رعايتي الصحية في هذا التوجيه، يحق لوكيل رعايتك الصحية والأطباء اتخاذ القرارات بناءً على ما كتبته بدلاً من التخمين أو الافتراض أو محاولة التذكر. ناقش تفضيلاتك وقيمك ومعتقداتك مع وكيلك وأطبائك.

تشمل تدخلات الحفاظ على الحياة أي إجراءات طبية أو أجهزة أو أدوية يمكن استخدامها لإبقائي على قيد الحياة.

قد تنجح هذه التدخلات وقد تفشل، ولا تعالج الحالة المرضية الأساسية أو سبب المرض.

تشمل التدخلات التي تحافظ على الحياة ما يلي:

- **الإنعاش القلبي الرئوي (Cardiopulmonary resuscitation, CPR):** محاولة لإعادة نبض القلب من خلال الضغط على الصدر إذا توقف قلبك وتنفسك.
- **جهاز التنفس الصناعي:** جهاز يؤدي عملية التنفس بدلاً من رئتيك. يُدخل أنبوب إما من خلال فمك أو شق في العنق وصولاً إلى مجرى الهواء. يتصل الأنبوب بجهاز.
- **التغذية الأنبوبية:** تسمى أيضًا التغذية الاصطناعية، وهي علاج طبي يوفر الغذاء السائل (التغذية) للجسم. يُتخذ هذا الإجراء عندما لا يستطيع الشخص تناول ما يكفي من الطعام عن طريق الفم أو عندما يعاني من مشكلات في البلع.
- **غسيل الكلى:** ماكينة تُنقى دمك من الفضلات في حالة عدم عمل الكليتين.
- **عمليات نقل الدم أو استخدام مشتقات الدم للعلاج:** عملية نقل الدم أو مشتقاته إلى جسمك من خلال أنبوب رفيع يوضع داخل وريد في ذراعك.

ما التدخلات التي تحافظ على الحياة؟

الاسم بالكامل (Full Name):

رقم السجل الطبي (Medical Record #):

بعد معرفتك بتدخلات الحفاظ على الحياة، ضع في اعتبارك ما يلي (حدد العديد من القدرات أدناه كما تريد).

**A. سأرفض التدخلات التي تحافظ على الحياة أو سأوقفها إذا لم أكن قادرًا على  
:(I would decline or stop life sustaining interventions if I was not able to)**

- اتخاذ قراراتي بنفسني (Make my own decisions)
- التواصل بفعالية (Communicate meaningfully)
- التعرف على الأصدقاء والعائلة (Recognize friends and family)
- إطعام نفسي دون مساعدة أو تغذية أنبوبية (Feed myself without assistance or tube feeding)
- الاعتناء بنظافتي الشخصية (الاستحمام وارتداء الملابس) ([Take care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- المشاركة في المجتمع (Engage with the community)

بناءً على إجاباتك أعلاه، ضع في اعتبارك ما يلي عند اختيار تفضيلات رعايتك الصحية أدناه:

يطلب من وكيل رعايتي الصحية اتخاذ القرارات الطبية نيابة عني عند حدوث أمر خطير أو مرض أو إصابة تجعلني غير قادر على اتخاذ قراراتي إلى جانب الحاجة إلى إجراء التدخلات التي تحافظ على الحياة لإبقائي على قيد الحياة. تشمل التدخلات التي تحافظ على الحياة: إجراء CPR وجهاز التنفس الصناعي والتغذية الأنبوبية وغسيل الكلى وعمليات نقل الدم أو مشتقات الدم، وما إلى ذلك.

**(My health care agent is being asked to make medical decisions for me because a serious medical event, illness, or injury has left me unable to make my own decisions and life sustaining interventions are needed to keep me alive. Life sustaining interventions include: CPR, ventilator, tube feeding, dialysis, blood transfusions or blood products, etc.)**

شارك قيمك وتفضيلات رعايتك الصحية مع وكيلك. تحدث عن سبب أهمية اختياراتك بالنسبة لك. تأكد من تقديره لرغباتك حتى لو اختلفت عن رغباته.

الاسم بالكامل (Full Name):

رقم السجل الطبي (Medical Record #):

**B. أعاني من الخرف المتفقم أو التلف الشديد بالدماغ مع عدم وجود فرصة للتحسن.** لن يكون لدي القدرة على العيش بطريقة مقبولة بالنسبة لي.

**(I have advanced dementia or severe brain damage that is not expected to get better. I am not able to function in a way that is acceptable to me.)**

بناءً على قيمي ومعتقداتي (Based on **my values and beliefs**):

لا أريد أي تدخلات لإبقائي على قيد الحياة. أربح في إيقاف أي تدخلات تحافظ على الحياة أو عدم بدئها.  
**(I do not want any life-sustaining interventions. I would either stop or not start life sustaining interventions.)**

أربح في بدء التدخلات التي تحافظ على الحياة أو استمرارها، طالما كان ذلك مناسباً من الناحية الطبية.  
**(I would want life-sustaining interventions to start or continue, as long as medically appropriate.)**

أربح في بدء تجربة مؤقتة ومحدودة للتدخلات التي تحافظ على الحياة، طالما كان ذلك مناسباً من الناحية الطبية. تستغرق التجربة عادةً أقل من أسبوعين.  
**(I want a limited trial of life-sustaining interventions, as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)**

تفضيلاتي لفترة التجربة هي ... لأن ... (My preferences for a trial period are...because...)

في الحالة الموضحة، قد لا تكون لديك القدرة على التعرف على نفسك أو أحبائك. أخبر الأطباء وكيلك و/أو عائلتك أنه من غير المتوقع أن تستعيد هذه القدرات.

الاسم بالكامل (Full Name):

رقم السجل الطبي (Medical Record #):

**C. أعاني من مرض خطير ومتفاجم يقترب من مرحلته الأخيرة. ليس لدي القدرة على العيش بطريقة مقبولة بالنسبة لي.**  
**(I have a serious, progressing illness that is nearing its final stage.**  
I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

بناءً على قيمي ومعتقداتي (Based on **my values and beliefs**):

..... لا أريد أي تدخلات لإبقائي على قيد الحياة. أريد في إيقاف أي تدخلات تحافظ على الحياة أو عدم بدئها.  
**(I do not want any life-sustaining interventions.** I would either stop  
or not start life sustaining interventions.)

..... أريد في بدء التدخلات التي تحافظ على الحياة أو استمرارها، طالما كان ذلك مناسباً من الناحية الطبية.  
**(I would want life-sustaining interventions to start or continue,**  
as long as medically appropriate.)

..... أريد في بدء تجربة مؤقتة ومحدودة للتدخلات التي تحافظ على الحياة، طالما كان ذلك مناسباً من الناحية الطبية. تستغرق التجربة عادةً أقل من أسبوعين.  
**(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as  
medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

تفضيلاتي لفترة التجربة هي ... لأن ... (My preferences for a trial period are...because...)

إذا كنت أريد في إضافة أي تفضيلات أخرى للرعاية الصحية، أو إذا كنت أريد في الحد من أي تدخلات للحفاظ على الحياة بسبب ثقافتني أو ديني أو معتقداتي الشخصية، فسأكتب هذه القيود في المساحة أدناه.  
**(If I want to add any additional health care preferences, or if I wish to limit any life sustaining interventions because of my cultural, religious, or personal beliefs, I will write these limitation(s) in the space below. )**

أريد في... لأن ... (I want...because...)

أجب فقط إذا كان هذا الجزء له صلة بك.

الاسم بالكامل (Full Name):

رقم السجل الطبي (Medical Record #):

وَقَّع بالأحرف الأولى أدناه إذا كنت ترغب في رفض عمليات نقل الدم أو مشتقات الدم للعلاج (حدد الخيار المناسب لك).

(Initial below if you want to decline blood transfusions or blood products for treatment [select the option that is true for you.]

[اختياري] قرار برفض علاج طبي محدد.

أرفض عمليات نقل الدم أو مشتقاته وساملاً استمارة Kaiser Permanente المعنية بنقل الدم.  
(I DECLINE blood transfusions or blood products and will fill out the  
Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

أرفض عمليات نقل الدم أو مشتقاته وقد استكملت استمارة Kaiser Permanente المعنية بنقل الدم.

(I DECLINE blood transfusions or blood products and I have  
completed a Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

إذا كنت تعاني حاليًا، من مرض خطير ومتفاقم ويقترب من مرحلته الأخيرة، يرجى مناقشة أمر استكمال وثيقة أوامر الطبيب بالشرع في العلاج الذي يحافظ على الحياة (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST) مع طبيبك أو فريق رعايتك الصحية.

هل أحتاج إلى استمارة أخرى؟

الاسم بالكامل (Full Name):

رقم السجل الطبي (Medical Record #):

## تفضيلات ما بعد الوفاة

يسمح لك هذا الجزء بتسجيل تفضيلاتك حول طريقة التعامل مع جسدك بعد الوفاة وما رغباتك بشأن الجنازة أو الحفل التأبيني أو الدفن. يمكنك أيضاً توثيق تفضيلاتك للتبرع بالأعضاء.

يساعد توثيق تفضيلاتك لما يحدث لك عند الوفاة وبعدها أقرباءك على تنفيذ الأمور المهمة بالنسبة لك. استغرق بعض الوقت للتفكير في هذه العبارات وإذا استفدت منها، يمكنك الرجوع إلى الجزء 2: قيمى ومعتقداتى.

تذكر: إذا كنت تشعر بالمعاناة أو لم تكن لديك جميع الإجابات، فوثق ما تعرفه وتجاوز هذه النقطة.

1. إذا كنت في المرحلة النهائية من حياتي، فأرغب في أن أكون محاطاً بما يلي (على سبيل المثال، الطقوس الدينية والدعم الروحي والأشخاص والموسيقى والطعام والحيوانات الأليفة، وما إلى ذلك)

(If I am at the end of my life, I want my loved ones to know that I would like the following around me [for example, rituals, spiritual support, people, music, food, pets, etc.]

### الجزء 4

قد لا يكون من السهل عليك أن تقوم بتسجيل تفضيلاتك لما بعد الوفاة ولكنه سيساعد أحياءك على اتباع رغباتك في هذه الأوقات العصبية.

تفضيلاتي هي... (My preferences are...)

2. مُدرج أدناه تفضيلاتي بشأن كيفية معاملة جسدي بعد الوفاة (الجنازة أو الحفل التأبيني أو الدفن، أو أي طقوس دينية أو روحية أخرى).

(After death, my preferences for how I want my body to be treated [funeral, memorial, burial, or any other religious or spiritual traditions] are listed below.)

يرجى أيضاً ذكر أي ترتيبات مسبقة (مثل ثلاجة الموتى أو المقبرة أو التبرع بجسدك لصالح العلم) قد تكون اخترتها.

تفضيلاتي هي... (My preferences are...)

الاسم بالكامل (Full Name):

رقم السجل الطبي (Medical Record #):

تفضيلات التبرع بالأعضاء  
والأنسجة و/أو أعضاء الجسم.

اختر خيارًا واحدًا للتبرع بالأعضاء.

3. بعد وفاتي، أُرغب في التبرع بأعضائي وأنسجتي و/أو أجزاء من جسدي.

(Upon my death, I want to donate my organs, tissues, and/or body parts)

نعم (Yes)

من خلال تحديد المربع أعلاه، وبغض النظر عن خيارتي في الجزء 3: اختيار تفضيلات رعايتي الصحية عند نهاية الحياة، أفوض وكيل رعايتي الصحية بالموافقة على أي إجراء طبي مؤقت وضروري لتقييم أعضائي وأنسجتي وأجزاء جسدي و/أو الحفاظ عليها لأغراض التبرع فقط.

(By checking the box above, and regardless of my choice in **Part 3:**

**Choosing My Health Care Preferences for End of Life**, I authorize

my health care agent to consent to any temporary medical procedure necessary solely to evaluate and/or maintain my organs, tissues, and/or body parts for purposes of donation.)

اختر أي عدد من الخيارات حيثما انطبق ذلك (Choose **as many** options as applies):

أُرغب في التبرع بأعضائي أو أنسجتي أو أجزاء جسدي أو جميعهم للأغراض التالية

(I want to donate my organs, tissues, and/or body parts for the following purposes):

زراعة الأعضاء (Transplant)

العلاج (Therapy)

البحث (Research)

التعليم (Education)

أريد تقييد تبرعي بالأعضاء والأنسجة و أجزاء الجسم كما هو موضح أدناه

(I want to restrict my donation of organs, tissues, and/or body parts as indicated below):

أود تقييد... (I would like to restrict...)

لا (No)

لست متأكدًا (I'm not sure)

إذا تركت هذا الجزء فارغًا، فهذا ليس رفضًا للتبرع بأعضائي أو أنسجتي أو أجزاء جسدي. يُرجى تنفيذ تفويضي المُسجّل بالولاية بشأن التبرع بالأعضاء، وفي حالة عدم وجوده، يحق لمتخذ القرار المذكور في الجزء 1 والمُعترف به قانونًا أن يقوم بالتبرع بعد وفاتي. في حالة عدم تحديد وكيل للرعاية الصحية، أقر بموافقتي على أن يتخذ المُفوض من قبل قانون ولاية كاليفورنيا مثل هذا القرار نيابة عني.

(If I leave this part blank, it is not a refusal to donate my organs, tissues, and/or body parts. My state-authorized donor registration should be followed, or, if none, my legally recognized decision maker listed in Part 1 may make a donation upon my death. If no health care agent is named, I acknowledge that California law permits an authorized individual to make such a decision on my behalf.)

الاسم بالكامل (Full Name):

رقم السجل الطبي (Medical Record #):

## جعل الوثيقة سارية قانونًا (Making This Document Legally Valid)

يوثق هذا القسم التوجيه المُسبق لرعايتك الصحية ويُصبح ساريًا من الناحية القانونية في ولاية كاليفورنيا. لكي تكون الوثيقة سارية قانونيًا، (1) يجب عليك توقيعها (2) ويجب أن يوقع عليها شاهدان أو يُقرَّ بها أمام الكاتب العدل.

وقع في الجزء السفلي من هذه الصفحة واختر واحدًا مما يلي ليصبح هذا المستند ساريًا من الناحية القانونية في ولاية كاليفورنيا:

### الجزء 5

يضمن اتباع المتطلبات القانونية صلاحية أعمالك وأفكارك المدرجة في AHCD. تذكر أنه في حالة رغبتك في تغيير شيء ما لاحقًا، فما عليك سوى استكمال وثيقة AHCD أخرى.

#### الكاتب العدل

- لا توقع هذه الوثيقة إلا عند وجودك أمام الكاتب العدل.
- سيوقع الكاتب العدل على الصفحة 20.

#### شاهدان

- لا يجوز ارتباط أحد الشهود بك من خلال (القرابة أو الزواج أو التبني) كما لا يحق له أن يكون من ورثة تركتك.
- لا يجوز أن يُوقع الوكيل الرئيسي للرعاية الصحية أو بديله (مُتخذو القرار) كشهود.
- لا يجوز لمقدم الرعاية الصحية أو موظف مقدم الرعاية الصحية أن يوقع كشاهد
- عند وجودك مع الشهود، احرص على توقيع الوثيقة وإقرارها.
- سيوقع الشهود على الصفحة 18.

#### توقيعي (My Signature)

اسمي مكتوب بخط واضح (My name printed)

التاريخ (Date)

توقيعي (My signature)

إذا كنت غير قادر جسديًا على التوقيع، فسُتقبل أي علامة تضعها وتنوي أن تكون توقيعك. (If you are physically unable to sign, any mark you make that you intend to be your signature is acceptable.)

ضع توقيعك هنا.

استمر! لتكون هذه الوثيقة سارية من الناحية القانونية في ولاية كاليفورنيا، يجب عليك أيضًا أن يشهد على هذه الوثيقة شهود أو أن تُوثق.

الاسم بالكامل (Full Name):

رقم السجل الطبي (Medical Record #):

أختار شهادة شاهدين لتكون هذه الوثيقة سارية من الناحية القانونية بولاية كاليفورنيا.

إفادة الشهادة: أقر بموجب عقوبة الحنث باليمين وبموجب قانون ولاية كاليفورنيا: (1) أن الشخص الذي وقع أو أقر بهذا التوجيه المسبق للرعاية الصحية، أعرفه شخصياً، أو أثبتت هويته لي من خلال الأدلة المقنعة، (2) وكان هذا التوقيع في حضوري (3) ويتمتع الموقَّع بكامل قواه العقلية ولم يتعرض لأي إكراه أو احتيال أو تأثير (4) وأقر بأنني لست مُعيَّناً كوكيل بموجب توجيه الرعاية الصحية هذا (5) وأني لست مقدماً للرعاية الصحية، أو موظفاً في جهة مقدم الرعاية الصحية، أو مشغلاً مرفق رعاية مجتمعية، أو موظفاً في منشأة رعاية مجتمعية، أو مشغلاً لمنشأة رعاية سكنية لكبار السن، أو موظفاً لدى مشغل لمنشأة رعاية سكنية للمسنين.

اختيار الشاهدين.

الشاهد الأول (Witness number one):

الاسم (Name)

العنوان (Address)

التاريخ (Signature)

التوقيع (Date)

توقيع الشاهد الأول.

تذكر أن وكيل رعايتك الصحية لا يمكن أن يكون شاهداً.

الشاهد الثاني (Witness number two):

الاسم (Name)

العنوان (Address)

التاريخ (Signature)

التوقيع (Date)

توقيع الشاهد الثاني.

الاسم بالكامل (Full Name):

رقم السجل الطبي (Medical Record #):

**إفادة إضافية للشهود:** يجب توقيع أحد الشهود المذكورين أعلاه على الأقل على الإقرار التالي: أقر بموجب عقوبة الحنث باليمين وبموجب قوانين ولاية كاليفورنيا بأنني لست على صلة بصاحب الوثيقة الذي ينفذ التوجيه المُسبق للرعاية الصحية عن طريق الدم أو الزواج أو التبني. وعلى حد علمي، لا يحق لي الحصول على أي جزء من تركة صاحب الوثيقة عند وفاته بموجب وصية قائمة أو بحكم القانون.

يجب ألا تربطك صلة بأحد شهودك من الناحية القانونية.

**Additional Statement of Witnesses:** At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: **I further declare under penalty of perjury under the laws of California** that I am not related to the individual executing this Advance Health Care Directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.

التوقيع (Date)

التاريخ (Signature)

**متطلبات خاصة بالشاهد**

إذا كنت مريضاً في مركز التمريض المتخصص، فيجب على محامي المريض أو محقق الشكاوى التوقيع على الإفادة التالية.

**(Special Witness Requirement**

If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement.)

**الإفادة الخاصة بمحامي المريض أو محقق الشكاوى:** أقر بموجب عقوبة الحنث باليمين وبموجب قوانين ولاية كاليفورنيا بأنني محامي المريض أو محقق الشكاوى على النحو المعين من قبل وزارة الدولة لكبار السن وأنني أؤدي دور الشاهد كما هو مطلوب بموجب القسم رقم 4675 من قانون الوصايا في كاليفورنيا.

**(STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN:** I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or an ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the California Probate Code.)

التوقيع (Date)

التاريخ (Signature)

وَقَّع فقط إذا كان هذا الجزء له صلة بك.

الاسم بالكامل (Full Name): \_\_\_\_\_

رقم السجل الطبي (Medical Record #): \_\_\_\_\_

أختار الكاتب العدل بدلاً من الشاهدين.

اختيار الكاتب العدل.

## ACKNOWLEDGMENT

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of California,

County of \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_

before me, \_\_\_\_\_

(insert name and title of the officer)

personally appeared \_\_\_\_\_

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature \_\_\_\_\_

(Seal)

## الخطوات التالية (Next Steps)

بعد أن استكملت التوجيه AHCD، استخدم قائمة التحقق للتأكد من متابعتك للخطوات السابقة.

### □ أعط نسخة من التوجيه AHCD

- إلى وكيل رعايتك الصحية (مُتخذ القرار)، والوكيل (الوكلاء) البديل
- احضر موعدك التالي المجدول أو

أرسل نسخة بالبريد الإلكتروني إلى: Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805 أو

أرسل بريداً إلكترونياً إلى: [SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org](mailto:SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org)

- احتفظ بالنسخة الأصلية

### □ ناقش AHCD

- تحدث مع وكيل رعايتك الصحية (مُتخذ القرار) بشأن قيمك ومعتقداتك وتفضيلاتك بشأن الرعاية الصحية. استخدم AHCD لإرشادك بالمحادثة والتأكد من قدرتهم على أداء هذا الدور.
- تأكد من السماح لأحبائك وعائلتك وأصدقائك المقربين بمعرفة من اخترته ليكون وكيل رعايتك الصحية وما هي تفضيلات رعايتك الصحية وما هو سببها.

### □ خذ وثيقة AHCD معك

- إذا ذهبت إلى مستشفى أو دار رعاية، حيث يجب أخذ نسخة من AHCD، وعليك بطلب وضعها في سجلك الطبي.

### □ راجع AHCD بانتظام

راجع AHCD عند حدوث أي مما يلي:

مرور عقد – عند بدايتك لعقد جديد من حياتك

الوفاة – كلما حدثت حالة وفاة لأحد أحبائك

الطلاق أو الزواج – عند مرورك بتجربة الزواج أو الطلاق أو تغيير عائلي مهم آخر

التشخيص الصحي – عند تشخيصك بحالة صحية حرجة

التدهور – عند مواجهتك لتدهور أو ضعف بحالتك الصحية الحالية، خاصة إذا لم تستطع العيش بمفردك.

تذكر: يمكنك إلغاء أي من تفضيلاتك في AHCD أو تغييرها في أي وقت. مع تغير الأحوال في حياتك أو في صحتك، يمكنك تغيير وكيل رعايتك الصحية (مُتخذ القرار) وتفضيلاتك الطبية. يجب عليك القيام بذلك كتابياً وتوقيع الوثيقة الجديدة، أو يمكنك إبلاغ مقدم رعايتك الصحية شخصياً.

تهانينا! أنت على وشك الانتهاء. فيما يلي بعض الأمور التي يجب الاهتمام بها لإتمام الإجراء.



هذه المعلومات ليس الغرض منها تشخيص المشاكل الصحية أو أن تحل محل الاستشارة أو الرعاية الطبية التي تتلقاها من طبيبك أو أخصائي رعاية صحية آخر. إذا كنت تعاني من مشكلات صحية مستمرة أو إذا كانت لديك أسئلة إضافية، فيرجى استشارة طبيبك.

من إعداد Spark، وهو فريق KPIT Innovation بالشراكة مع فريق تخطيط رعاية الحياة الإقليمي. شكر خاص لـ Bioethics و SCPMG Legal وغيرهم من المساهمين الرئيسيين على توجيهاتهم.

© Southern California Permanente Medical Group

جميع الحقوق محفوظة.

SCAL-LCP 032AR (07/21)

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)