



Advance Directive

Durable Power of Attorney for Healthcare (Patient Advocate Designation)

توجيه متقدم

توكيل مستدام في شؤون الرعاية الصحية (اختيار محامي المريض)

Introduction

مقدمة

This document provides a way for an individual to create a Durable Power of Attorney for Healthcare (Patient Advocate Designation) and other documentation that will meet the basic requirements for this state.

يقدم هذا المستند طريقة للفرد لعمل توكيل مستدام لمحامي فيما يخص شؤون الرعاية الصحية (اختيار محامي المريض) وغيره من التوثيق الذي يلبي المتطلبات الأساسية لهذه الولاية.

This **Advance Directive** allows you to appoint a person (and alternates) to make your health care decisions if you become unable to make these decisions for yourself. The person you appoint is called your **Patient Advocate**. This document gives your Patient Advocate authority to make your decisions *only when you have been determined unable to make your own decisions by two physicians, or a physician and a licensed psychologist.*

يسمح لك هذا **التوجيه المتقدم** بتعيين شخص (أو أكثر من بديل له) لاتخاذ القرارات فيما يخص الرعاية الصحية التي تتلقاها إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ هذه القرارات بنفسك. يُطلق على الشخص الذي تعينه لقب "**محامي المريض**". يعطي هذا المستند إلى محامي المريض الخاص بك صلاحية اتخاذ القرارات فقط حين يتعذر عليك اتخاذ قراراتك بنفسك وفقاً لما يحدده طبيبين أو طبيب معالج وطبيب نفسي معتمد.

It *does not* give your Patient Advocate any authority to make your financial or other business decisions.

لا يعطي هذا المستند إلى محامي المرضى الخاص بك صلاحية اتخاذ القرارات المالية أو التجارية نيابة عنك.

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

وقبل استكمال هذا المستند، خذ وقتاً كافياً لقراءته بعناية. **ومن المهم للغاية أن تطرح آراءك وقيمك وهذا المستند للنقاش مع محامي المرضى الخاص بك.** فإذا لم تسمح لمحاميك بالاطلاع على أفكارك وخطتك الواضحة عن كئيب، فإن قيمك وآراءك قد لا تلقى الاحترام الكامل لأنها لن تكون مفهومة.

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

وقد طور هذا المستند لاستيفاء المتطلبات القانونية بميتشيغان. ولم يُصمم ليحل محل استشارتك لمحاميك.

This is an Advance Directive for (print legibly):

هذا توجيه متقدم لـ (يرجى الكتابة بخط واضح):

Name (الاسم): _____ Date of Birth (تاريخ الميلاد): _____

Last 4 digits of SSN (آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي): _____ Telephone (Day) (نهارًا): _____

(Evening) (مساءً): _____ (Cell) (الخلوي): _____

Address (العنوان): _____

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

Where I would like to receive hospital care (whenever possible): _____

المكان الذي أود أن أتلقى فيه الرعاية (متى كان هذا ممكنًا)

Advance Directive: My Patient Advocate

توجيه متقدم: محامي المرضى الخاص بي

If I am no longer able to make my own health care decisions, this document names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Patient Advocate. This person will make my health care decisions when I am determined, by either two physicians or a physician and licensed psychologist, to be incapable of making health care decisions. I understand that it is important to have ongoing discussions with my Patient Advocate about my health and health care choices.

إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قراراتي بشأن رعايتي الصحية بنفسى، فإن هذا المستند يعد بمثابة تعيين للشخص الذي أختاره ليتخذ هذه القرارات نيابة عنى. وسيعمل هذا الشخص بصفته محامي المرضى الخاص بي. ويتولى هذا الشخص مهمة اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتي الصحية حين يقرر طبيبان أو طبيب معالج واحد وطبيب نفسى معتمد ومرخص له أنى غير قادر على اتخاذ قراراتي بشأن رعايتي الصحية. وأنا أعى جيداً بأهمية إجراء نقاشات مستمرة مع محامي المرضى الخاص بي حول صحتى واختياراتى بشأن رعايتى الصحية.

I hereby give my Patient Advocate permission to send a copy of this document to other doctors, hospitals and health care providers that provide my medical care.

(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.)

وأمنح بموجب هذا التوجيه محامي المرضى الخاص بي الإذن بإرسال نسخة من هذا المستند إلى الأطباء الآخرين والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية المسؤولين عن تقديم الرعاية الطبية إليّ. **(تنويه: إذا تغيرت رغباتك، فبإمكانك إلغاء تعيين محامي المرضى الخاص بك في أي وقت وبأي طريقة تواصل كافية للتعبير عن نيتك في إلغاء تعيينه. يُنصح بأن تقوم بإكمال توجيه متقدم جديد وإعطائه إلى كل من لديهم نسخة سابقة.)**

The person I choose as my Patient Advocate is

الشخص الذي أختاره للعمل بصفته محامي المرضى الخاص بي هو

Name(الاسم): _____ Relationship (if any) (إن وجدت) _____

Telephone (Day) (صباحاً) الهاتف: _____ (Evening) (مساءً): _____ (Cell) (الخلوي): _____

Address (العنوان): _____

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

First Alternate (Successor) Patient Advocate (strongly advised)

المحامي البديل الأول عن المريض (يُنصح به بشدة)

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

إذا تعذر على محامي المرضى المذكور أعلاه أو كان لا يرغب في اتخاذ هذه الخيارات نيابة عنى، أو إذا طُلق أو انفصل عني قانونياً، فأبني أعين الشخص التالي ذكره بصفته محامياً عنى.

Name(الاسم): _____ Relationship (if any) (إن وجدت) _____

Telephone (Day) (صباحاً) الهاتف: _____ (Evening) (مساءً): _____ (Cell) (الخلوي): _____

Address (العنوان): _____

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

Second Alternate (Successor) Patient Advocate (strongly advised)

المحامي البديل الثاني عن المريض (يُنصح به بشدة)

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

إذا تعذر على محامي المرضى المذكور أعلاه أو كان لا يرغب في اتخاذ هذه الخيارات نيابة عني، أو إذا طُلق أو انفصل عني قانونياً، فإنني أعين الشخص التالي ذكره بصفته محامياً عني.

Name(الاسم): _____ Relationship (if any)(إن وجدت): _____

Telephone (Day)(صباحاً): _____ (Evening)(مساءً): _____ (Cell) (الخلوي): _____

Address (العنوان): _____

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

Advance Directive Signature Page

صفحة التوقيع بالتوجيه المتقدم

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 hydration, kidney dialysis, blood pressure or antibiotic medications—

قد أصدرت تعليماتي إلى محامي المرضى الخاص بي فيما يتعلق برغباتي وأهدافي من استخدام علاج إدامة المعيشة - وهو ما يشمل على سبيل المثال لا الحصر: جهاز التنفس أو الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) أو التغذية بالأنابيب أو التمهية عبر الوريد أو الغسيل الكلوي أو أدوية المضادات الحيوية أو ضغط الدم -

and hereby give my Patient Advocate(s) express permission to withhold or withdraw any treatment that would not help me achieve my goals of care. 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.

وأنتي أمتنح بموجب هذا التوجيه المتقدم إلى محامي المرضى الخاص بي تفويضًا صريحًا بإيقاف أو سحب أي وسائل علاجية لا تساعد في تحقيق أهدافي من الرعاية الصحية. وأنا أعني جيدًا أن هذه القرارات قد تتسبب في مفارقتي للحياة أو تسمح بوفاتي. ويحظر سحب أو إيقاف الأدوية أو الوسائل العلاجية المخصصة من أجل إراحتي أو تخفيف آلامي.

Signature of the Individual in the Presence of the Following Witnesses

توقيع الفرد في حضور الشهود التاليين

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.

وأقر بأنني أصدر تعليماتي هذه بمحض إرادتي الحرة. وأقر أنه لم يجبرني أحد على إصدارها من أجل تلقي الرعاية أو بسبب توقفها أو سحبها. وأقر بأنني قد بلغت ثمانية عشر عامًا (18) على الأقل وأني أتمتع بكامل قواي العقلية.

Signature (التوقيع): _____ Date (التاريخ): _____

Address (العنوان): _____

City/State/Zip Code (المدينة/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:

أقر بأن هذا الشخص هو نفس الفرد الذي وقع على هذا النموذج. وأقر بتبقيتي من سلامة قواه العقلية ومن بلوغه عمر ثمانية عشر (18) عامًا على الأقل. وقد رأيت أنه وهو يوقع على هذا النموذج، وأتق في أنه قد فعل ذلك بمحض إرادته دون خضوعه لإكراه أو لخداع أو وقوعه تحت تأثير غير مشروع. وبمقتضى توقيعني على هذا المستند بصفتي شاهدًا، أشهد أنني:

- At least 18 years of age.
- أبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل.
- Not the Patient Advocate or alternate Patient Advocate appointed by the person signing this document.
- ولست محامي المريض أو المحامي البديل الذي عينه هذا الشخص الموقع على هذا المستند.
- Not the patient's spouse, parent, child, grandchild, sibling or presumptive heir.
- وأنا لست متزوجًا من المريض ولست والدًا له أو ابنًا له أو حفيدًا له أو شقيقًا له أو وريثًا افتراضيا لتركته.

- Not listed to be a beneficiary of, or entitled to, any gift from the patient's estate.
• وأني غير مدرج بأي قائمة تشمل المنتفعين أو المستحقين لأي هبة من تركة المريض وممتلكاته.
- Not directly financially responsible for the patient's health care.
• وأني لست مسؤولاً مالياً عن الرعاية الصحية للمريض.
- Not a health care provider directly serving the patient at this time.
• وأني لست مقدماً للرعاية الصحية إلى المريض في وقتنا هذا.
- Not an employee of a health care or insurance provider directly serving the patient at this time.
• وأني لست موظفًا لدى أي مقدم للرعاية الصحية أو لشركة تأمينية تقدم خدماتها إلى المريض في وقتنا الحالي.

Witness Number 1:

الشاهد رقم (1):

Signature (التوقيع): _____ Date (التاريخ): _____

Print Name (الاسم مكتوبًا بخط واضح): _____

Address (العنوان): _____

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

Witness Number 2:

الشاهد رقم (2):

Signature (التوقيع): _____ Date (التاريخ): _____

Print Name (الاسم مكتوبًا بخط واضح): _____

Address (العنوان): _____

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

Accepting the Role of Patient Advocate

قبول القيام بدور محامي 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:

لقد طلب منك الشخص المذكور أعلاه أن تعمل بصفته محامياً عنه (أو محامياً بديلاً للمريض). قبل الموافقة على قبول تحمل مسؤولية هذا التعيين وقبل التوقيع على هذا النموذج، يرجى:

1. Carefully read the **Introduction (1A)**, **Overview** 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.

1. أن تقرأ جيداً المقدمة (1A) والنظرة الشاملة ونموذج تعيين محامي المريض المكتمل هذا (بما يشمل أي تفضيلات واردة في الصفحات من 6A إلى 9A). ويرجى أيضاً أن تدون أي تفضيلات علاجية (ضمن أهداف الرعاية، في الصفحتين 1B و 2B) وإقرار التفضيلات العلاجية التي يمكن إرفاقها أو أي منهما. ومن شأن هذه المستندات أن توفر معلومات قيمة ستستخدمها في مناقشة تفضيلات الشخص وفي العمل بصفته محامياً عن المريض المذكور.

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.

2. ناقش، بالتفصيل، قيم هذا الشخص ورغباته، حتى تكتسب المعرفة الكافية لاتخاذ قرارات العلاج الطبي التي كان سيتخذها لو لم يتعذر عليه ذلك.

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.

3. إذا كنت تبلغ 18 عامًا على الأقل وترغب في قبول القيام بدور محامي المريض، فيرجى منك قراءة الإقرار التالي والتوقيع عليه وكتابة تاريخ تحريره.

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:

أقر هنا بقبولي لاختياري من طرف هذا الشخص لأقوم بدور محامي المريض. وأعي وأوافق على اتخاذ الخطوات والإجراءات المنطقية لاتباع رغبات هذا الشخص والالتزام بتعليماته الموضحة في مستند "التوجيه المتقدم: محامي المرضى الخاص بي" أو أي تعليمات أخرى صادرة عن هذا الشخص كتابة أو شفهيًا. كما أعي جيداً وأوافق على ما يلي، وفقاً لقانون ولاية ميشيغان:

- a. This appointment shall not become effective unless the patient is unable to participate in medical or mental health treatment decisions, as applicable.

أ. يجب ألا يعمل بهذا التعيين وألا يعد ساريًا إلا حين يتعذر على المريض المشاركة في اتخاذ القرارات بشأن العلاج النفسي أو الطبي الذي يتلقاه، حسب الاقتضاء.

- 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.

ب. وأنا لن أمارس الصلاحيات المتعلقة برعاية المريض أو احتجازه أو علاجه طبيًا أو نفسيًا التي لم يكن للمريض -لو كان قادرًا على المشاركة في اتخاذ القرار بنفسه- أن يمارسها بالأصالة عن نفسه.

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.

ج. وأنه ليس بمقدوري اتخاذ قرار بشأن العلاج الطبي يقضي بسحب العلاج أو إيقافه عن مريضة إن كانت حُبلى إذا كان هذا القرار سيفضي إلى موت المريضة حتى إذا كان ذلك ضمن رغباتها.

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.

د. وأنه ليس بإمكانني اتخاذ قرار بإيقاف العلاج أو سحبه بما قد يفضي إلى موت المريض إلا بعد حصولي على إذن واضح وصريح من المريض باتخاذ هذا القرار وبعد التأكد من استيعاب المريض لما قد يفضي إليه هذا القرار من مفارقتة الحياة.

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.

هـ. ولا يجوز لي أن أتلقى أي أتعاب نظير عملي محاميا للمريض، ولكن يجوز تعويضي عن المصروفات الفعلية واللازمة التي تكبدتها من أجل الوفاء بالتزاماتي هذه.

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.

و. وأنتي ملتزم بالعمل وفقا لمعايير الرعاية السارية بين المؤتمنين عليها عند التصرف نيابة عن المريض، وأنتي ملتزم بالعمل وفقا للمصلحة المثلى للمريض. وأقر أن المصلحة المثلى للمريض تتمثل في رغباته المعلومة التي أفصح عنها أو أقر بها أثناء قدرته على المشاركة في اتخاذ قرارات العلاج النفسي أو الطبي.

g. 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.

ز. وأقر أن من حق المريض إلغاء تعيينه إياي محاميا عنه في أي وقت وبأي طريقة كافية للإعراب عن نيته في إلغاء هذا التعيين.

h. 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.

ح. ويحق للمريض أن يتنازل عن حقه في إلغاء التعيين كما هو الحال عند اتخاذ قرارات بشأن العلاج النفسي، وفي حالة القيام بهذا التنازل، يتم تأجيل قدرة المريض على إلغاء تعيين محامي المرضى الخاص به فيما يتعلق بعلاج بعينه لمدة 30 يومًا بعد قيام المريض بالإفصاح عن رغبته في إلغاء هذا التعيين.

i. 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.

ط. ويحق لي التراجع عن قبولي للقيام بدور محامي المريض في أي وقت وبأي طريقة كافية للإفصاح عن نيته في التراجع عن قبول المهمة.

j. 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)

ي. ويتمتع المريض المحتجز بهيئة أو منشأة صحية بكافة الحقوق الواردة بالقسم 20201 الوارد بقانون الصحة العامة لولاية ميشيغان (ممارسة الحقوق من قبل ممثل المريض 1978 PA 368، MCL 333.20201)

Accepting the Role of Patient Advocate *(continued)*

قبول دور محامي المريض (يتبع)

Patient Advocate Signature and Contact Information

توقيع محامي المريض ومعلومات الاتصال

This is an advance directive for:

هذا توجيه متقدم لغرض:

Print Name (الاسم مكتوبًا بخط واضح): _____ Date of Birth (تاريخ الميلاد): _____

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

سيخدم محامي المريض الخاص بي بالطريقة المفصلة أدناه:

Patient Advocate

محامي المرضى

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

أوافق، _____ (اطبع) أن أكون المحامي عن الشخص المذكور أعلاه.

Signature (التوقيع): _____ Date (التاريخ): _____

Address (العنوان): _____

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

Phone (Day) (الهاتف (نهارًا)): _____ (Evening) (مساءً): _____ (Cell) (الخلوي): _____

First Alternate (Successor) Patient Advocate (Optional)

المحامي البديل الأول عن المرضى (اختياري)

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

أوافق، _____ (اطبع) أن أكون المحامي عن الشخص المذكور أعلاه.

Signature (التوقيع): _____ Date (التاريخ): _____

Address (العنوان): _____

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

Phone (Day) (الهاتف (نهارًا)): _____ (Evening) (مساءً): _____ (Cell) (الخلوي): _____

Second Alternate (Successor) Patient Advocate (Optional)

المحامي البديل الثاني عن المرضى (اختياري)

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

(PRINT)

أوافق، _____ أن أكون المحامي عن الشخص المذكور أعلاه.

(اطبع)

Signature (التوقيع): _____ Date (التاريخ): _____

Address (العنوان): _____

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

Phone (Day) (الهاتف (نهارًا)): _____ (Evening) (مساءً): _____ (Cell) (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.

في حالة تغيير معلومات الاتصال بالمحامي الخاص بك، فقد يتم مراجعتها بالنسخة الأصلية وبالنسخ الضوئية دون تغيير النموذج بأكمله.

Photocopies of this form are acceptable as originals.

وتقبل صور هذا النموذج بنفس درجة قبول النسخ الأصلية.

Treatment Preferences (Goals of Care)

تفضيلات العلاج (أهداف الرعاية)

Print Name (الاسم مكتوبًا بخط واضح): _____ Date of Birth (تاريخ الميلاد): _____

Specific Instructions to my Patient Advocate –

تعليمات محددة إلى محامي المرضى 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:

حين يتعذر عليّ التحدث بنفسى، فإن هذه هي تفضيلاتي المحددة وقيمي فيما يتعلق بالرعاية الصحية:

Instructions:

التعليمات:

- Put your initials next to the choice you prefer for each situation below.

• ضع الأحرف الأولى بجوار الخيار الذي تفضله لكل موقف يرد أدناه.

TREATMENTS TO PROLONG MY LIFE

وسائل العلاج لمد فترة بقائي على قيد الحياة

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:

إذا وصلت إلى مرحلة أصبح فيها يقين طبي معقول بأنني لن أتعافى وأسترد قدرتي على معرفة من أنا وأين أنا وحين أصبح غير قادر على التفاعل بشكل مفهوم مع الآخرين:

_____ 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.

_____ أرغب في بذل كافة الجهود الممكنة من أجل مد فترة بقائي على قيد الحياة نيابة عني، حتى لو تطلب ذلك أن أبقى على معدات إدامة الحياة، مثل جهاز التنفس أو وحدة الغسيل الكلوي بقية عمري.

OR

أو

_____ I want my health care providers to try treatments to prolong my life for a period of time. However, I want to stop these treatments if they do not help, or if they cause me pain and suffering.

_____ أرغب في قيام مقدمي الرعاية الصحية إليّ أن يحاولوا استخدام الطرق العلاجية لإطالة فترة بقائي على قيد الحياة لفترة من الزمن. ومع ذلك، أرغب في إيقاف الطرق العلاجية هذه إذا كانت غير نافعة، وإذا كانت تسبب لي الألم والمعاناة.

OR

أو

_____ I want to stop or withhold all treatments to prolong my life.

_____ أرغب في إيقاف كافة الطرق العلاجية المستخدمة لإطالة فترة بقائي على قيد الحياة أو تعطيلها.

In all situations, I want to receive treatment and care to keep me comfortable.

في كافة الحالات، أرغب في تلقي العلاج والرعاية المطلوبين من أجل راحتي.

_____ **I choose not to complete this section.**

(continues on next page)

(التكملة في الصفحة التالية)

_____ أرغب في عدم إكمال هذا الجزء.

Instructions:

التعليمات:

- Put your initials next to the choice you prefer for each situation below.
- ضع الأحرف الأولى بجوار الخيار الذي تفضله لكل موقف يرد أدناه.
- NOTE: This is NOT a "Do Not Resuscitate" (DNR) Order, which is a separate legal document. Talk with your personal healthcare provider if you would like a DNR Order.
- ملحوظة: لا يعد هذا بمثابة أمر بعدم الإنعاش "DNR"، بل يعد وثيقة قانونية منفصلة. تحدث مع مقدم الرعاية الصحية الشخصي الخاص بك إذا كنت ترغب في تقديم طلب بعدم الإنعاش.

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR) الإنعاش القلبي الرئوي (CPR)

If my heart or breathing stops:

في حالة توقف قلبي أو تنفسي:

_____ I want CPR in all cases.

أرغب في تلقي الإنعاش القلبي الرئوي في جميع الحالات.

OR

أو

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

أرغب في تلقي الإنعاش القلبي الرئوي إلا إذا قرر مقدمو الرعاية الصحية بأنني أعاني من أي مما يلي:

- An injury or illness that cannot be cured and I am dying.
- إصابة أو مرض لا يمكن علاجهما وأنني أحتضر.
- No reasonable chance of surviving.
- لا توجد فرصة معقولة للنجاة.
- Little chance of surviving long term, and it would be hard and painful for me to recover from CPR.
- وجود فرصة ضئيلة في النجاة على المدى البعيد، ويشق عليّ أن أتعافى دون الإنعاش القلبي الرئوي.

OR

أو

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

لا أرغب في الخضوع للإنعاش القلبي الرئوي، بل أرغب في إتاحة الوفاة بشكل طبيعي.

Additional Specific Instructions

تعليمات إضافية محددة

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 محامي المرضى الخاص بي هذه التعليمات المحددة والتي قد تحد من السلطة الموصوفة مسبقاً في التعليمات العامة والتي أمنحها إلى المحامي الخاص بي.

___ I choose not to complete this section.

___ أرغب في عدم إكمال هذا الجزء.

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.)

(إذا كنت راضياً عن اختيارك لمحامي المرضى وعن دليل تفضيلات العلاج التي قدمتها في هذا الجزء، فسنحتاج إلى توقيعك وتحديد تاريخ الإقرار 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:

وأقر بأنني أصدر تعليماتي هذه بمحض إرادتي الحرة. وأقر أنه لم يجبرني أحد على إصدارها من أجل تلقي الرعاية أو بسبب توقفها أو سحبها. وأقر بأنني قد بلغت ثمانية عشر عامًا (18) على الأقل وأني أتمتع بكامل قواي العقلية. هذه تفضيلاتي وأهدافي التي أفصح عنها وأقر بها بالتاريخ الموضح أدناه:

Signature (التوقيع): _____ Date (التاريخ): _____