



Respecting Choices® نظام
التوجيه المسبق

المحتويات

مقدمة

- I. ما المقصود بالتخطيط المسبق للرعاية؟
- II. ما المقصود بالتوجيه المسبق؟
- III. مشاركة رغباتك واختياراتك
- IV. معرفة المزيد حول نظام Respecting Choices®

التوجيه المسبق لنظام Respecting Choices®

القسم القانوني

- 1 من 5 البيانات الشخصية
- 2 من 5 التوكيل المستمر لتعيين ممثل المريض في الرعاية الصحية
- 3 من 5 توقيع المريض وإقرار الشاهد
- 4 من 5 قرارات علاج الصحة العقلية - اختياري
- 5 من 5 موافقة ممثل المريض/من يخلفه

المعلومات التي توصي بها ممثلك وفريق الرعاية الصحية الذي يتابع حالتك

قسم اختياري

قد يجري مسح هذه النماذج ضوئياً ووضعها في سجلك الطبي الإلكتروني لمساعدة ممثلك وطبيبك على فهم قيمك ورغباتك بشأن الرعاية الصحية.

اعتباراتي الثقافية أو الروحية

معرفة أهدافك في رعاية الإصابات الشديدة والدائمة

معلومات حول إنعاش القلب والرئتين

لنتحاور معًا



التخطيط المسبق للرعاية هو عملية تبدأ بإجراء محادثة. ومن خلال نظام **Respecting Choices**® المتضمن في كورويل هيلث بجنوب شرق ولاية ميشيغان، يتوفر المساعدون المعتمدون لإرشادك خلال تلك العملية. وتتضمن هذه العملية إبلاغ طبيبك وممتلك اللذين تختارهما بقيمك ومعتقداتك. وينتج عن الإكمال الناجح لتلك العملية إعداد المستند القانوني للتوجيه المسبق.

نعلم أنه من الصعب عليك نفسيًا إكمال توجيه مسبق، لكن الملايين من الأشخاص نجحوا في ذلك ويمكنك أنت أيضًا النجاح فيه.

ما المقصود بالتخطيط المسبق للرعاية؟

أبرم نظام كورويل هيلث شراكة مع نظام **Respecting Choices**®، وهو نموذج معترف به دوليًا وقائم على الأدلة للتخطيط المسبق للرعاية، وهو يخلق ثقافة الرعاية الصحية التي تركز على الشخص وتحترم أهدافه وقيمه للرعاية الصحية الحالية والمستقبلية. يتلخص دور المساعدين المعتمدين الذين يوفرهم نظام **Respecting Choices**® المتضمن في كورويل هيلث في مساعدتك على إكمال التوجيه المسبق الخاص بك ومراجعتك. تُعد مناقشة تفضيلاتك جزءًا من الرعاية الصحية الجيدة إذ يمكن لطبيبك دائمًا أن يسترشد برغباتك ومعتقداتك المعروفة، ونحن نشجعك على معرفة المزيد عن هذا الموضوع المهم. ينفي هذا النهج من المحادثات أي ظن بأن التخطيط المسبق للرعاية عملية "موحدة تناسب الجميع". كما يمكنك أيضًا اختيار إكمال المستندات الإضافية التي تساعد ممتلك الذي عينته وفريق الرعاية الصحية الذي يتابع حالتك على الإلمام بقيمك والتعليمات الإضافية المقدمة لهم. بناءً على طلبك، سيتم إدخال مستند توجيه المسبق الخاص بك في نظام السجلات الطبية الإلكترونية بنظام كورويل هيلث ليكون متاحًا في أي موقع صحي أو موقع تدريب يشترك في نفس السجل الطبي الإلكتروني. عند التفكير في الخطة المسبقة للرعاية، فنحن نعلم أن الحوار وكذلك عملية التخطيط هذه قد تستغرق بعض الوقت؛ لكن نظام **Respecting Choices**® المتضمن في كورويل هيلث يوفر لك أحد المساعدين ليكون معك في كل خطوة خلال تلك العملية.

Respecting Choices®

PERSON-CENTERED CARE

ما المقصود بالتوجيه المسبق؟

التوجيه المسبق هو مستند قانوني يصف تفضيلاتك المحددة بشأن العلاجات الطبية في حالة عجزك عن القيام بذلك؛ كما أن التوجيه المسبق، والمعروف أيضًا باسم "التوكيل المستمر للرعاية الصحية"، يُستخدم فقط إذا أصبح الشخص مريضًا أو مصابًا وكانت حالته لا تسمح بالتعبير عن رغباته بنفسه. ويبدأ التوجيه المسبق بتحديد مُمثل المريض الذي يتخذ القرارات نيابةً عنه عندما يصبح غير قادر على ذلك، ويتضمن المستندات الإضافية بشأن تفضيلات إنعاش القلب والرننتين (CPR)، ودعم الحياة والتبرع بالأعضاء.

ممثّل المريض

يجب عليك تعيين ممثّل قانوني لنفسك، والمعروف أيضًا باسم "ممثّل المريض"؛ ولا بد من أن تختار شخصًا تثق به ليكون ممثلك، ويجب أن يكون متاحًا عند الاتصال وراضيًا عن اتخاذ القرارات الطبية نيابةً عنك إذا عجزت عن اتخاذها بنفسك. يجب أن تتحاور مع ممثلك حول رغباتك الموضحة في التوجيه المسبق الخاص بك. ومن المتوقع أن يتّبع ممثلك تعليماتك حتى لو لم يكن موافقًا عليها.

من خلال تعبيرك عن أهدافك العامة من الرعاية وتفضيلاتك العلاجية بأسلوبك الخاص، سيساعد مستند التوجيه فريق الرعاية الصحية الذي يتابع حالتك وكذلك ممثلك على توفير نوع الرعاية التي تريدها حقًا على أفضل نحو. ويمكنك إجراء أي تغيير على هذا المستند في أي وقت. تساعد مراجعة نموذج التوجيه المسبق الخاص بك سنويًا مع طبيبك، وفريق الرعاية الصحية الذي يتابع حالتك، وممثلك، إلى جانب مراجعته في كل مرة تدخل فيها مرفق رعاية صحية على أن يصبح موكبًا لقيمك. ويمكنك تحديثه أو إلغاؤه في أي وقت.

يمكنك الاطلاع على أوراق عمل إضافية على الإنترنت تقدم إرشادات لممثلك وفريق الرعاية الصحية على الموقع الإلكتروني [.beaumont.org/respecting-choices](https://www.beaumont.org/respecting-choices)

أوراق عمل إضافية على الإنترنت

- ما الذي يجعل للحياة قيمة؟
- أنابيب التنفس/إدخال أنابيب
- أنابيب التغذية/التغذية
- اليقظة مقابل الراحة
- نقل الدم



مشاركة رغباتك واختياراتك

المناقشة والتوزيع والمراجعة بعد إكمال التوجيه المسبق الخاص بك:

- أبلغ العائلة والأصدقاء المقربين بأنك أكملت هذا المستند، وأبلغهم أيضًا بممتلكك (أو ممثلك) الذي اخترته ورغبات الرعاية الصحية التي تريدها، وأبلغهم أيضًا أنها تمثل قراراتك وليست مجرد طلباتك.
- أعط نسًا من التوجيه المسبق المكتمل إلى الأشخاص الذين كتبت أسماءهم في صفحة البيانات المدرجة في التوجيه المسبق (الصفحة الأولى من التوجيه المسبق).
- خذ نسخة من التوجيه المسبق معك عند دخولك مستشفى أو منشأة ترميض متطور (دار ترميض أو مركز إعادة تأهيل). اطلب منهم إدراج مستند التوجيه المسبق الخاص بك في سجلك الطبي الإلكتروني، كما يمكنك أيضًا تحميل مستندك في سجلك الطبي الإلكتروني من خلال **MyChart**، يُرجى مراسلتنا على البريد الإلكتروني cheadvancedirectivefax@corewellhealth.org أو عبر الفاكس **947.522.0473**.
- احتفظ بنسخة من التوجيه المسبق في مكان يسهل العثور عليها فيه.
- يمكن تحديث التوجيه المسبق الخاص بك في أي وقت بإكمال نموذج جديد وتأريخه؛ ويمكنك تحديث هذا المستند أو تغييره بنفسك أو عن طريق الاتصال بنظام **Respecting Choices®** المتضمن في كورويل هيلث للمساعدة في ذلك. وفي حالة إجراء أي تغيير على التوجيه المسبق، يجب أن يتم ذلك في حضور شهود كما يجب التوقيع عليه مجددًا، ثم إعطاء نُسخ جديدة منه لكل شخص لا تزال لديه نسخة قديمة.
- بإمكانك دائمًا تغيير رأيك بشأن الرعاية وممتلكك. أخبر فريق الرعاية الصحية الذي يتابع حالتك إذا كنت تريد تغيير التوجيه المسبق الخاص بك. كما يمكنك الاتصال بنظام **Respecting Choices®** المتضمن في كورويل هيلث.

بطاقة المحفظة الخاصة بنظام **Respecting Choices®** المتضمن في كورويل هيلث

يُرجى إكمال بطاقة المحفظة. اكتب اسم ممتلكك (ممثلك) وأرقام هاتفه.

نظام **Respecting Choices®** المتضمن

في كورويل هيلث

لديّ توجيه مسبق.

انظر الجزء الخلفي من هذه البطاقة

للاطلاع على معلومات ممثلي (ممثلي).

التوقيع

ممثل المريض

الاسم:

الهاتف:

الشخص الذي يخلفه 1

الاسم:

الهاتف:

الشخص الذي يخلفه 2

الاسم:

الهاتف:

أقطع على طول الخط المنقط

معرفة المزيد حول نظام **Respecting Choices®** المتضمن في كورويل هيلث

ما المقصود بالمساعد المعتمد الذي يوفره نظام **Respecting Choices®** المتضمن في كورويل هيلث؟ يُقصد بالمساعد الذي يوفره نظام **Respecting Choices®** المتضمن في كورويل هيلث الشخص الذي يساعد في إرشادك خلال الحوارات التي تُجرى معك حول التخطيط المسبق للرعاية. ويمكنك أنت والأشخاص الآخرين الذين تختارهم مناقشة تجاربك ومعنى العيش بشكل جيد بالنسبة إليك. وينتج عن هذا الحوار نموذج توجيه مسبق يعكس أهدافك الفردية في الرعاية ويحددها.

إتاحة نظام **Respecting Choices® المتضمن في كورويل هيلث داخل مجتمعك**
يوفر نظام **Respecting Choices®** المتضمن في كورويل هيلث متحدثين متاحين في ساحة المترو لكي يتحدثوا مع أي مجموعة من الأشخاص، بغض النظر عن حجمها، مجاناً حول التخطيط المسبق للرعاية. لطلب أحد المتحدثين، يُرجى الاتصال بنا على العنوان [.advancecareplanningeast@corewellhealth.org](mailto:advancecareplanningeast@corewellhealth.org).

هل ترغب في الحصول على مساعدة جماعية؟
يمكن للمساعدة الذين يوفرهم نظام **Respecting Choices®** المتضمن في كورويل هيلث إرشاد مجموعات من الأشخاص خلال عملية التخطيط المسبق للرعاية وإعداد نموذج التوجيه المسبق. يُرجى مراسلتنا على العنوان [.advancecareplanningeast@corewellhealth.org](mailto:advancecareplanningeast@corewellhealth.org).

هل ترغب في التطوع في نظام **Respecting Choices المتضمن في كورويل هيلث؟**
تعرف على المزيد حول كيف تصبح مساعداً معتمداً لدى نظام **Respecting Choices®** المتضمن في كورويل هيلث وعلى فرص التطوع الأخرى من خلال العنوان [.advancecareplanningeast@corewellhealth.org](mailto:advancecareplanningeast@corewellhealth.org).

يقترن استخدام هذا المستند، الذي يُعد توكيلاً مستمراً للرعاية، على القرارات الطبية؛ إذ يلزم تقديم نموذج توكيل مختلف إذا كنت ترغب في تعيين شخص ما لاتخاذ القرارات المالية نيابة عنك. ولا يسمح مستند التوكيل المالي لهذا الممثل باتخاذ القرارات الطبية نيابةً عنك. تأكد من فهمك للفرق بين التوكيل الطبي والتوكيل المالي.

للتحدث مع مساعد معتمد، أو طلب لقاء متحدث بشأن التخطيط المسبق للرعاية أو معرفة المزيد حول فرص التطوع، يُرجى الاتصال بنا على:



الهاتف: 947.522.1948

البريد الإلكتروني: advancecareplanningeast@corewellhealth.org

الموقع الإلكتروني: beaumont.org/respecting-choices

نظام Respecting Choices[®] المتضمّن في كورويل هيلث – التوجيه المسبق

صفحة البيانات

اسم المريض بالكامل (يُرجى الكتابة بحروف واضحة): _____

تاريخ اليوم: _____

تاريخ الميلاد: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

الهاتف (الهواتف) المنزل: _____ الجوال: _____ العمل: _____

البريد الإلكتروني: _____

لقد أعطيت نسخًا من التوجيه المسبق إلى:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

تأكد من إدراج اسم ممثل المريض والممثلين البديلين له والطبيب.
ضع في اعتبارك إدراج مؤسسة الرعاية الصحية التي تتابع حالتك، بالإضافة إلى أفراد الأسرة والأصدقاء الآخرين.
لا تنس أن تحتفظ بنسخة لنفسك.

يمكنك إجراء التغييرات على نموذج التوجيه المسبق الخاص بك في أي وقت.
ونوصيك بتحديث المستند كل بضعة أعوام أو اتباع قاعدة الحالات الخمس:

- كل عقد جديد من الحياة
- بعد وفاة شخص عزيز
- بعد الطلاق
- بعد أي تشخيص خطير
- بعد أي تدهور كبير في الوظائف

التوكيل المستمر لتعيين ممثل المريض في الرعاية الصحية

هذا مستند قانوني. إنني أعين أحد ممثلي المرضى ليتحدث نيابةً عني فقط إذا لم أتمكن من التحدث عن نفسي أو إذا أصبحت غير قادر على المشاركة في اتخاذ القرارات الطبية (التي يحددها طبيبي وطبيب آخر أو اختصاصي طب نفسي مرخص) أو القرارات المتعلقة بصحتي العقلية (التي يحددها طبيبي وممارس الصحة العقلية). لا يتمتع ممثلي بأي صلاحية لاتخاذ قرارات نيابةً عني في أي وقت أكون فيه قادرًا على المشاركة في اتخاذ هذه القرارات بنفسني. أسمح بإدراج هذا المستند كجزء من سجلي الطبي كما أسمح بتقديمه لممثلي وكل من يخلفه إلى جانب مقدم الرعاية الصحية المتابع لحالتي وأنظمة الرعاية الصحية التي أتلقى الرعاية منها.

تعيين ممثل المريض

أقر أنا _____ ، المقيم في _____ ،
(اسم المريض بالكامل) (عنوان المريض)

البالغ من العمر أكثر من 18 عامًا، وبكامل قواي العقلية، إنني أختار طوعًا كل من يرد اسمه أدناه ليكون هو أو مَنْ يخلفه ممثلًا لي في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة والرعاية الخاصة بي، ولا يتم ذلك إلا في حالة عجزني عن المشاركة في اتخاذ هذه القرارات بنفسني. أدرك أنه يمكنني تغيير رأيي في أي وقت عن طريق الإبلاغ بأي شكل من الأشكال بأن هذا الخيار لم يعد يعكس رغباتي.

أختار الشخص التالي ليكون ممثلي

الاسم: _____ درجة القرابة: _____
العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
الهاتف (الهواتف) المنزل: _____ الجوال: _____ العمل: _____
البريد الإلكتروني: _____

إذا لم يوافق الممثل الذي اخترته على هذا التعيين، أو كان غير راغب، أو غير متاح، أو غير قادر على أن ينوب عني، فإنني أرغب في اختيار الشخص التالي ليكون:

أول بديل لممثل المريض (شخص يخلفه):

الاسم: _____ درجة القرابة: _____
العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
الهاتف (الهواتف) المنزل: _____ الجوال: _____ العمل: _____
البريد الإلكتروني: _____

ثاني بديل لممثل المريض (شخص يخلفه):

الاسم: _____ درجة القرابة: _____
العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
الهاتف (الهواتف) المنزل: _____ الجوال: _____ العمل: _____
البريد الإلكتروني: _____

*يمكنك اختيار تعيين المزيد من الأشخاص البديلين لممثلي المريض (من يخلفونه).

توقيع المريض:

يجب توقيع هذا المستند وتاريخه في حضور شاهدين.

ينطبق توقيع الوارد أدناه على جميع صفحات هذا المستند، بما فيها "موافقة ممثل المريض/الشخص الذي يخلفه" الواردة في صفحة 5. أُرغب في أن يكون الأشخاص المحددون في هذا المستند هم ممثلي ومن يخلفهم. أنا أتخذ هذا القرار لأن هذا ما أريده، وليس لأن أي شخص أُجبرني على ذلك بأي حال من الأحوال. أدرك أنه يجوز لي إلغاء هذا التعيين لممثل المريض في أي وقت وبأي طريقة تعبر عن نيتي في الإلغاء.

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

الصلاحيحة المتعلقة بالعلاج الذي يحافظ على حياتي - اختياري:

أفوض صراحةً ممثلي في اتخاذ القرارات المتعلقة بمنع العلاج أو إيقافه وهو ما قد يُعرضني للوفاة، وأقر بأن هذه القرارات قد تؤدي إلى وفاتي طبيعياً أو ستؤدي إليها.

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

(يرجى التوقيع باسمك إذا كنت ترغب في منح ممثلك هذا التفويض.)

إقرار الشاهد

أقر بأن الشخص الذي وقّع على هذا المستند قد قام بذلك في حضوري، وهو يبدو في كامل قواه العقلية، ولم يتعرض لأي إكراه أو احتيال أو كان تحت أي تأثير غير مشروع للقيام بذلك.

إنني لست:

- الشخص الذي عيّن بموجب هذا المستند ليكون ممثل المريض.
- أقل من 18 عامًا.
- مرتبطًا بالمريض بصلة الدم، أو الزواج، أو التبني.
- طبيب المريض أو مقدم الرعاية الصحية له.
- موظفًا في مرفق رعاية صحية أو برنامج صحة نفسية مجتمعي يعالج المريض أو يعتني به.
- موظفًا لدى إحدى شركات التأمين على الحياة أو التأمين الصحي للمريض.
- مُقرضًا للمريض أو يحق لي الحصول على أي جزء من تركته بموجب وصية موجودة أو بموجب القانون، على حد علمي.

توقيع الشاهد الأول: _____ التاريخ: _____

الاسم (يرجى الكتابة بحروف واضحة): _____

العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

توقيع الشاهد الثاني: _____ التاريخ: _____

الاسم (يرجى الكتابة بحروف واضحة): _____

العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

قرارات علاج الصحة العقلية – اختياري

□ أختار ألا أكمل هذا القسم.

يُرجى إكمال هذا القسم لتفويض ممثلك في اتخاذ قرارات العلاج إذا قرر أحد الأطباء أو اختصاصي الصحة العقلية أنه لا يمكنك إعطاء موافقة مستنيرة على رعاية الصحة العقلية.

إنني أفضل الطبيب وممارس الصحة العقلية الواردة بياناتهم، لتقييم قدرتي على اتخاذ قراراتي بشأن علاج الصحة العقلية الخاص بي:

اسم الطبيب: _____

عنوان العيادة: _____ الهاتف: _____

اسم ممارس الصحة العقلية: _____

عنوان العيادة: _____ الهاتف: _____

أدرك أنه إذا لم يكن الأفراد المعيّنون أعلاه متاحين لاتخاذ القرار، فسيحدد فريق العلاج المتابع لحالتي ممارسين آخرين قادرين على القيام بذلك. ستؤخذ تفضيلاتي وتفضيلات ممثلي بعين الاعتبار، كلما كان ذلك ممكناً.

فيما يلي قائمة بخيارات العلاج. يمكنني اختيار خيار واحد أو أكثر، من خلال التوقيع بالأحرف الأولى بجوار الخيارات التي أرغب في منح ممثلي صلاحية الموافقة عليها:

العلاج في العيادات الخارجية
التوقيع بالأحرف الأولى

دخولي للمستشفى طوعاً بشكل رسمي لتلقي خدمات الصحة العقلية المقدمة بها. يحق لي تقديم إشعار بنيتي مغادرة المستشفى قبل ثلاثة أيام من مغادرتها.
التوقيع بالأحرف الأولى

دخولي للمستشفى لتلقي خدمات الصحة العقلية داخلها
التوقيع بالأحرف الأولى

تناول أدوية نفسية
التوقيع بالأحرف الأولى

الخضوع للعلاج بالتخليج (الصدمة) الكهربائي (ECT)
التوقيع بالأحرف الأولى

الصلاحية المتعلقة بعلاج الصحة العقلية - اختياري:

أتنازل عن حقي في الإلغاء الساري على الفور. إذا ألغيت التعيين الذي قمت به، فسيصبح الإلغاء سارياً بعد 30 يوماً من تاريخ إعلان نيتي في الإلغاء. وحتى إذا اخترت هذا الخيار، فلا يزال لدي الحق في تقديم إشعار قبل ثلاثة أيام بنيتي مغادرة المستشفى إذا كنت مريضاً رسمياً دخل المستشفى طوعاً.

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____
(يُرجى التوقيع باسمك إذا كنت ترغب في منح ممثلك هذا التفويض.)

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

موافقة ممثل المريض والممثلين البديلين له (من يخلفونه)

أوافق على أن أكون ممثلاً للمريض _____، وأوافق على تحمّل المسؤولية؛
(اسم المريض)

كما أوافق على اتخاذ خطوات مناسبة تلبيةً لرغبات المريض وتعليماته الموضحة في هذا المستند وبناءً على المناقشة التي أجريتها شفهيًا مع المريض. إذا تعذر التواصل معي بالرغم من بذل الجهود المناسبة لذلك وبالتالي لم أتمكن من التصرف، يجب على الشخص الذي يخلفني، حسب الترتيب الذي حدده المريض، أن يتصرف إلى أن أصبح متاحًا.

من خلال التوقيع على هذه الموافقة، فإنني أقر بأنني أوافق على تحمّل مسؤولية التصرف نيابةً عن المريض ومسؤولية اتخاذ قرارات تتفق مع رغبات المريض المعلنة ومصالحه الفضلى. وأدرك أيضًا أن التوقيع على هذه الموافقة لا يلزمني بأن أكون مسؤولاً ماليًا عن المريض أو عن تكلفة رعايته. فضلًا عن ذلك، فإنني أدرك وأوافق بصفتي ممثل المريض على ما يلي:

- أ. لن يصبح تفويضي نافذًا إلا إذا أعلن الأطباء أن المريض غير قادر على اتخاذ قرارات علاجية طبية أو عقلية أو كليهما.
- ب. لا أستطيع ممارسة أي صلاحيات، تتعلق برعاية المريض أو العناية به أو علاجه طبيًا أو عقليًا، لا يستطيع المريض أن يمارسها بنفسه.
- ج. لا يجوز لي اتخاذ قرار بمنع تقديم الرعاية أو إيقافها لمريضة حامل إذا كان هذا القرار سيؤدي إلى وفاتها.
- د. لا يجوز لي اتخاذ قرار بمنع العلاج أو إيقافه، والذي من شأنه أن يؤدي إلى وفاة المريض؛ إلا إذا أعرب المريض بطريقة واضحة ومقنعة عن أنني مفوض باتخاذ هذا القرار، وأن يُقر المريض أن هذا القرار قد يؤدي أو سيؤدي إلى وفاته.
- هـ. لا يمكنني الحصول على تعويض مقابل العمل كممثل للمريض، ولكن قد يتم تعويضني عن أي نفقات فعلية وضرورية تكبدها نيابةً عن المريض.
- و. يجوز للمريض إلغاء تفويضي في العمل كممثل له في أي وقت وبأي طريقة تكفي للتعبير عن نيته في الإلغاء.
- ز. إذا تنازل المريض عن حقه في إلغاء تفويضي في اتخاذ قرارات علاج الصحة العقلية، فسيتم تأخير إلغاء أي علاج للصحة العقلية لمدة 30 يومًا بعد أن يعبر المريض عن نيته في الإلغاء.
- ح. يجوز لي إلغاء هذه الموافقة في أي وقت وبأي طريقة كافية للتعبير عن نيته في التوقف عن العمل كممثل للمريض.
- ط. يجب أن أتصرف وفقًا للمعايير القانونية والطبية التي تتطلب مني اتخاذ قرارات لمنفعة المريض وبما يحقق المصالح الفضلى له. ومن المفترض أن تكون الرغبات المعروفة للمريض، التي عبر عنها أو نجح في إثباتها حينما كان قادرًا على المشاركة في اتخاذ قراراته العلاجية الطبية أو العقلية أو كليهما، تحقق مصالحه الفضلى.
- ي. إذا تم التصريح، بموجب هذا المستند، بالتبرع بالأعضاء، فسوف تظل هذه الصلاحية قابلة للتطبيق بعد وفاة المريض.
- ك. يتمتع المريض الذي دخل إلى المستشفى بالحقوق المذكورة في المادة 20201 من قانون الصحة العامة لولاية ميشيغان (قانون MCL 333.20201)

توقيع ممثل المريض: _____ التاريخ: _____

توقيع الشخص البديل لممثل المريض (من يخلفه) (اختياري): _____

التاريخ: _____

نظام Respecting Choices® المتضمن في كورويل هيلث
بجنوب شرق ولاية ميشيغان – التوجيه المسبق

المعلومات التي توصي بها ممثلك وفريق الرعاية الصحية الذي يتابع حالتك

اعتباراتي الثقافية أو الروحية

أختار ألا أكمل هذا القسم.

أريد أن يعرف أحبائي وفريق الرعاية الصحية ما يلي حول معتقداتي الدينية أو الثقافية أو الروحية:

تتلخص معتقداتي الدينية أو الثقافية أو الروحية فيما يلي:

بما أنني أوشكت على الوفاة، فإن الملاحظات التالية مهمة بالنسبة إليّ:

بعد وفاتي، يهمني القيام بما يلي:

تعليقات إضافية:

التاريخ:

توقيع المريض:

المعلومات التي توصي بها ممثلك وفريق الرعاية الصحية الذي يتابع حالتك

معرفة أهدافك في رعاية الإصابات الشديدة، والدائمة في الدماغ

 أختار ألا أكمل هذا القسم.

هناك قرار واحد يجب على كل شخص أن يفكر فيه؛ تخيل هذا السيناريو: حادث مفاجئ (مثل حادث سيارة أو مرض) تسبب في عجزك عن التواصل. تتلقى كامل الرعاية اللازمة لإبقائك على قيد الحياة. ويعتقد الأطباء أن هناك فرصة ضئيلة لاستعادة القدرة على معرفة من أنت أو مع من تكون.

في هذه الحالة، هل ترغب في مواصلة العلاج الطبي لإبقائك على قيد الحياة؟ أو ترغب في التوقف عن العلاج الطبي؟ وفي كلتا الحالتين، سوف تظل مرتاحًا.

من المستحسن أن يرشدك أحد المساعدين المعتمدين الذين يوفرهم نظام Respecting Choices® المتضمن في كورويل هيلث بجنوب شرق ولاية ميشيغان، أنت والآخريين الذين تدعوهم للمشاركة، خلال الحوار الذي يُجرى معك. من المهم التفكير في هذه الأسئلة وتجاربك ومعنى العيش بشكل جيد بالنسبة إليك. وتسمح هذه العملية بفهم أفضل لقيمك والقرارات المتخذة في نموذج التوجيه المسبق الخاص بك.

نتيجة لإصابة دائمة في الدماغ، إذا وصلت إلى يقين طبي معقول بأنني لن أستعيد قدرتي على معرفة من أنا ومن هم عائلتي وأصدقائي، أو أين أنا، فإنني أرغب في الحفاظ على راحتي ونظافتي، كما أريد من ممثلي القيام بما يلي:

حدد المربع الموجود بجوار العبارة التي توافق عليها:

أرغب في مواصلة العلاج أو البدء به لإبقائي على قيد الحياة، ما لم يقرر طبيبي (أطباي) أن العلاجات سيكون ضررها أكبر من نفعها.

أو

أرغب في رفض جميع العلاجات أو توقفها، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: أنابيب التغذية، بما يشمل إعطاء السوائل عبر الوريد، وجهاز التنفس/جهاز التنفس الصناعي، إذا كنت أعاني من هذا الوضع. في رأيي، أعباء هذه العلاجات تفوق الفوائد المحتملة للعلاجات الطبية الداعمة.

التاريخ:

توقيع المريض:

المعلومات التي توصي بها ممثلك وفريق الرعاية الصحية الذي يتابع حالتك

إنعاش القلب والرئتين

□ أختار ألا أكمل هذا القسم.

إذا توقفت قلبي عن النبض ولم أعد أتففس، فقد يتم بدء عملية إنعاش القلب والرئتين لمحاولة إعادة تشغيله. ويتضمن إنعاش القلب والرئتين الضغط على الصدر لإعادة تنشيط الدورة الدموية، إلى جانب الصدمات الكهربائية لإعادة تشغيل ضربات القلب، وإدخال أنبوب (التنبيب) عبر الفم إلى القصبة الهوائية للسماح بالتهوية الميكانيكية والتنفس الاصطناعي. بدون إنعاش القلب والرئتين، ستحدث الوفاة بشكل طبيعي.

حقائق حول إنعاش القلب والرئتين:

- قد تكون هناك أوقات لا يمكن فيها تقديم إنعاش القلب والرئتين، لأنه قد يكون غير مفيد بل حتى ضارًا. إذا كان طبيبي المعالج أو طبيب العناية المركزة المتابع لحالتني يعتقد أن الالتزام بالممارسة الطبية السليمة بإنعاش القلب والرئتين لن يساعد في العلاج، فلن يتم تقديمه. وفي مثل هذه الحالات، سوف يُخطر ممثلي بهذا القرار.
- تزيد نسبة نجاح إنعاش القلب والرئتين في المرضى الأصغر سنًا والأفضل صحة.
- بالنسبة إلى المرضى الأكبر سنًا، والذين يعانون من أمراض مزمنة أخرى، فإن فرصة البقاء على قيد الحياة تقل عن 5%؛ بل إن فرصة البقاء على قيد الحياة وفقًا لنوعية الحياة السابقة للمرض أقل بكثير.
- في المرضى الأكبر سنًا المصابين بمرض الزهايمر، أو مرض باركنسون، أو أمراض القلب أو الكلى أو الرئة في المرحلة النهائية، أو السرطان المتقدم، ينخفض معدل البقاء على قيد الحياة إلى 7% مع انخفاض كبير في نوعية الحياة.
- علاوةً على ذلك، تقل احتمالية العودة إلى المنزل أو العيش بشكل مستقل بدرجة كبيرة للغاية.

إذا توقفت قلبي أو توقفت تنفسي...

حدد المربع الموجود بجوار العبارة التي توافق عليها:

□ أرغب في إنعاش القلب والرئتين ما لم يقرر طبيبي (أطباي):

- إنني أعاني من حالة طبية مع عدم وجود فرصة مناسبة للبقاء على قيد الحياة عن طريق إنعاش القلب والرئتين.
- أو
- إن ضرر إنعاش القلب والرئتين أكبر من نفعه.

□ لا أرغب في إنعاش القلب والرئتين، فبدلاً من ذلك، أرغب في أن تكون وفاتي طبيعية.

التاريخ:

توقيع المريض:

نظام Respecting Choices® التوجيه المسبق

نعدك بما يلي:

- سنبدأ بإجراء حوار معك.
- سنقدم لك المساعدة في التخطيط المسبق للرعاية.
- سوف نتأكد من أن الخطط واضحة.
- نلتزم بالحفاظ على الخطط واسترجاعها.
- نلتزم باتباع الخطط كما ينبغي.

للتحدث مع مساعد معتمد، أو طلب لقاء متحدث بشأن التخطيط المسبق للرعاية أو معرفة المزيد حول فرص التطوع، يُرجى الاتصال بنا على:

الهاتف: 947.522.1948

البريد الإلكتروني: advancecareplanningeast@corewellhealth.org

الموقع الإلكتروني: beaumont.org/respecting-choices

يُرجى تحميل نموذج التوجيه المسبق الخاص بك على (حدد خيارًا واحدًا):

MyChart: يُرجى تحميل المستندات المكتملة.

البريد الإلكتروني: cheadvancedirectivefax@corewellhealth.org

الفاكس: 947.522.0473