



# TennCare

قسم تمويل وإدارة الرعاية الصحية

**التوجيهات المسبقة ووصايا الإعاشة:**  
ضمان احترام رغباتك في رعاية مرحلة  
الاحتضار

## التوجيهات المسبقة

التوجيهات المسبقة هي رغبات مكتوبة من جانبك حول نوعية الرعاية التي تريد أن تتلقاها إذا بلغ بك المرض درجة تمنعك من الكلام.

### وصية الإعاشة أو خطة الرعاية المسبقة

بعض الأشخاص قد يفارقون الحياة لولا وضعهم على أجهزة وأدوية الإعاشة. ويُستند إلى رأي الأطباء في تحديد المدة التي يجب إبقاء الشخص فيها على أجهزة الإعاشة. بموجب قانون الحق في الموت الطبيعي بولاية تينيسي، يمكنك اتخاذ قرارك بنفسك. **يمكنك أن تقرر ما إذا كنت ترغب في البقاء على أجهزة الإعاشة والمدة التي تبقى فيها على تلك الأجهزة عن طريق ملء وصية إعاشة.** في عام 2004، غيّر قانون ولاية تينيسي وصية الإعاشة إلى **خطة الرعاية المسبقة**. وكلاهما لا بأس في استخدامه.

يجب ملء وصية الإعاشة أو خطة الرعاية المسبقة وأنت لا تزال قادرًا على التفكير في أمورك. تخبر هذه الأوراق أصدقائك وعائلتك بما تريد أن يحدث لك إذا بلغ بك المرض درجة تمنعك من الكلام.

ويجب أن توقع على الأوراق وأن يتم الإشهاد عليها أو توثيقها لدى الكاتب العدل.

يتطلب الإشهاد على الأوراق توقيعها أمام شخصين يكونان شهودك. هذان الشخصان:

- يجب في أحدهما ألا يكون شخصًا من الأقارب بالدم أو الزواج.
- لا يمكن لهما الحصول على أي شيء تملكه بعد وفاتك.
- لا يمكن أن يكونا من أطباءك أو الموظفين الذين يعملون في المكان الذي تحصل فيه على الرعاية الصحية.

بمجرد توقيع الأوراق حسب الأصول، تصبح قرارك. وتبقى على ما هي عليه ما لم تغير رأيك.

### التوكيل الدائم بشأن الرعاية الصحية في ولاية تينيسي أو تعيين وكيل رعاية صحية

تتيح لك ورقة التوكيل الدائم بشأن الرعاية الصحية تعيين شخص آخر لاتخاذ القرارات الطبية نيابةً عنك. في عام 2004، غيّر قانون ولاية تينيسي التوكيل الدائم بشأن الرعاية الصحية إلى **تعيين وكيل الرعاية الصحية**. وكلاهما لا بأس في استخدامه.

لا يمكن لهذا الشخص اتخاذ القرارات إلا إذا كنت مريضًا مرضًا شديدًا ولا تستطيع اتخاذ القرارات بنفسك. ويمكنه أن يقول رغباتك نيابةً عنك إذا كنت لا تستطيع التحدث بنفسك. قد يكون مرضك مؤقتًا.

وهذه الأوراق يجب توقيعها وأن يتم الإشهاد عليها أو توثيقها لدى الكاتب العدل. بمجرد توقيع الأوراق حسب الأصول، تصبح قرارك. وتبقى على ما هي عليه ما لم تغير رأيك.

لن تُستخدم هذه الأوراق إلا إذا مرضت مرضًا شديدًا يمنعك من الكلام عما تريده بشأن رعايتك. وطالما لا يزال بإمكانك التفكير في أمورك، يمكنك أن تقرر بشأن رعايتك الصحية **بنفسك**.

إذا قمت بملء هذه الأوراق، احرص على عمل **3** نسخ:

- أعطِ مقدم الرعاية الأولية نسخة لوضعها في ملفك الطبي.
- أعطِ نسخة للشخص الذي سيتخذ قرارًا طبيًا نيابةً عنك.
- احتفظ بنسخة معك لوضعها مع أوراقك المهمة.

**هام!** لست مضطرًا إلى ملء هذه الأوراق. إنها أمر اختياري. وقد ترغب في التحدث إلى محامٍ أو صديق قبل ملء هذه الأوراق.

## التوجيهات المسبقة للرعاية الصحية\* (تينيسي)

**تعليمات:** يمكن استخدام الجزأين 1 و2 معاً أو بشكل مستقل. يُرجى شطب/الغاء أي جزء (أجزاء) غير مستخدم. يجب إكمال الجزء 5 أو الجزء "أ" أو الجزء "ب" لجميع الاستخدامات.

أعطي بموجبه أنا \_\_\_\_\_ هذه التعليمات المسبقة بشأن الطريقة التي أريد أن يتم علاجي بها من جانب أطبائي ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين عندما أفقد قدرتي على اتخاذ قرارات العلاج هذه بنفسني.

**الوكيل:** أُرغب في أن يتخذ الشخص التالي قرارات الرعاية الصحية نيابةً عني. ويشمل ذلك أي قرار رعاية صحية كان يمكنني اتخاذه لنفسني لو كان باستطاعتي، باستثناء أنه يجب علي وكيلي اتباع تعليماتي أدناه:

الجزء 1

الاسم: \_\_\_\_\_ العلاقة: \_\_\_\_\_ هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ هاتف العمل: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_ الهاتف المحمول: \_\_\_\_\_ هاتف آخر: \_\_\_\_\_

**الوكيل البديل:** إذا كان الشخص المذكور أعلاه غير قادر أو غير راغب في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عني، فأنا أُعيّن الشخص التالي كوكيل بديل لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عني. ويشمل ذلك أي قرار رعاية صحية كان يمكنني اتخاذه لنفسني لو كان باستطاعتي، باستثناء أنه يجب علي وكيلي اتباع تعليماتي أدناه:

الاسم: \_\_\_\_\_ العلاقة: \_\_\_\_\_ هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ هاتف العمل: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_ الهاتف المحمول: \_\_\_\_\_ هاتف آخر: \_\_\_\_\_

وكيلي هو أيضًا ممثلي الشخصي لأغراض قوانين الخصوصية الفيدرالية وقوانين الولاية، بما في ذلك قانون HIPAA. **متى يُستخدم (حدد أحد الخيارات):**  أُمْنَح وكيلي الإذن باتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عني في أي وقت، حتى لو كانت لدي القدرة على اتخاذ القرارات بنفسني.  لا أُمْنَح هذا الإذن (يسري هذا النموذج فقط عندما أفقد الأهلية تمامًا).

الجزء 2

**حدد رغباتك المتعلقة بجودة الحياة:** من خلال اختيار "نعم" أدناه، فقد أشرت إلى الحالات الصحية التي سأكون على استعداد للعيش بها مع حصولي على الرعاية التلطيفية الكافية وإدارة الألم. من خلال اختيار "لا" أدناه، فقد أشرت إلى الحالات الصحية التي لن أكون مستعدًا للعيش بها (هذه الحالات تعني بالنسبة لي جودة حياة غير مقبولة).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>حالة فقد الوعي الدائم:</b> أصبحت غير مدرك تمامًا للأشخاص أو المناطق المحيطة مع فرصة ضئيلة للإفاقة من الغيبوبة.
<input type="checkbox"/>	لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>الارتباك الدائم:</b> أصبحت غير قادر على التذكر أو الفهم أو اتخاذ القرارات. لم أعد أتعرّف على أحبائي أو لا يمكنني إجراء محادثة واضحة معهم.
<input type="checkbox"/>	لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>العالة على الآخرين في جميع أنشطة الحياة اليومية:</b> لم أعد قادرًا على التحدث أو التواصل بوضوح أو الحركة بنفسني. أعتد على الآخرين في التغذية والاستحمام وارتداء الملابس والمشي. لن تفيدني إعادة التأهيل أو أي علاج ترميمي آخر.
<input type="checkbox"/>	لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>أمراض المرحلة النهائية:</b> أعاني من مرض وصل إلى مراحله النهائية على الرغم من العلاج الكامل. أمثلة: السرطان المستشري الذي لم يعد يستجيب للعلاج؛ المرض المزمن و/أو التلف في القلب والرئتين والذي يستدعي الوضع على أجهزة الأكسجين معظم الوقت ويؤدي إلى محدودية الأنشطة بسبب الشعور بالاختناق.
<input type="checkbox"/>	لا	نعم

**تحديد رغباتك بشأن العلاج:** إذا أصبحت جودة حياتي غير مقبولة بالنسبة لي (كما هو موضح في حالة واحدة أو أكثر من الحالات المؤشر عليها بـ "لا" أعلاه) وكانت حالتني لا يمكن علاجها (أي لن تتحسن)، فإنني أطلب تقديم العلاج المناسب طبيًا على النحو التالي. من خلال تحديد "نعم" أدناه، فقد ذكرت العلاج الذي أريده. من خلال تحديد "لا" أدناه، فقد ذكرت العلاج الذي لا أريده.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>الإنعاش القلبي الرئوي (CPR):</b> استعادة نبض القلب والتنفس بعد توقفه. وعادةً ما ينطوي ذلك على صدمة كهربائية، وضغطات على الصدر، ومساعدة في التنفس.
<input type="checkbox"/>	لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>دعم الحياة/دعم اصطناعي آخر:</b> الاستخدام المستمر لجهاز التنفس، والسوائل الوريدية، والأدوية، وغيرها من الأجهزة التي تساعد الرئتين، والقلب، والكلى، والأعضاء الأخرى على مواصلة العمل.
<input type="checkbox"/>	لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>علاج الحالات الجديدة:</b> استخدام الجراحة أو نقل الدم أو المضادات الحيوية التي تتعامل مع الحالات الجديدة لكنها لن تساعد في علاج المرض الرئيسي.
<input type="checkbox"/>	لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>التغذية الأنبوية/السوائل الوريدية:</b> استخدام الأنابيب لتوصيل الطعام والماء إلى معدة المريض أو ضخ السوائل الوريدية عبر الوريد لأغراض تشمل التغذية والترطيب الصناعي.
<input type="checkbox"/>	لا	نعم

**الجزء 3** تعليمات أخرى، مثل رعاية المحتضرين وترتيبات الدفن وما إلى ذلك:

(أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر)

**الجزء 4** التبرع بالأعضاء: عند وفاتي، أود تقديم الهبة التشريحية التالية لأغراض الزراعة و/أو البحث و/أو التعليم (حدد خيارًا واحدًا):

أي عضو/نسيج  جسدي بالكامل  الأعضاء/الأنسجة التالية فقط:

عدم التبرع بأي عضو/نسيج

**الجزء 5** التوقيع

يجب أن يشهد على توقيعك إما شخصان بالغان كاملاً الأهلية ("كتلة التوقيع أ") أو كاتب عدل ("كتلة التوقيع ب").  
التوقيع:

(المرضى)

**كتلة التوقيع "أ"**

لا يجوز أن يكون أي من الشاهدين شخصًا عينته وكيلاً أو وكيلاً بديلاً لك، ويجب أن يكون أحد الشاهدين على الأقل شخصًا لا تربطه بك علاقة قرابة وليس له الحق في الحصول على أي جزء من تركتك.

الشاهدان:

1. أنا شخص بالغ كامل الأهلية وغير مُعين كوكيل. لقد شهدت توقيع المريض على هذا النموذج.

توقيع الشاهد رقم 1

2. أنا شخص بالغ كامل الأهلية وغير مُعين كوكيل. أنا لست من أقارب المريض عن طريق الدم أو الزواج أو التبني ولا يحق لي الحصول على أي جزء من تركة المريض عند وفاته بموجب أي وصية أو ملحق وصية أو بموجب القانون. لقد شهدت توقيع المريض على هذا النموذج.

توقيع الشاهد رقم 2

**كتلة التوقيع "ب"**

يمكنك اختيار أن يشهد توقيعك كاتب عدل بدلاً من الشاهدين المذكورين في القسم "أ".

ولاية تينيسي  
مقاطعة

أنا كاتب العدل في الولاية والمقاطعة المذكورتين أعلاه. أؤكد أن الشخص الذي وقع على هذه الوثيقة معروف لي شخصياً (أو ثبت لي من الأدلة المرضية) بأنه الشخص الذي وقع بصفته "المريض". حضر المريض أمامي شخصياً ووقع أعلاه أو أقر بأن التوقيع أعلاه يخصه. أعلن تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أن المريض يبدو في حالة عقلية سليمة ولم يتعرض لأي إكراه أو احتيال أو تأثير غير مبرر.

تنتهي صلاحية تفويضي في:

توقيع الكاتب العدل

**ماذا تفعل بهذا التوجيه المسبق:** (1) تقديم نسخة إلى طبيبك (أطبانك)؛ (2) الاحتفاظ بنسخة في ملفاتك الشخصية حيث يمكن للآخرين الوصول إليها؛ (3) إخبار أقرب أقاربك وأصدقائك بما تتضمنه الوثيقة؛ (4) تقديم نسخة إلى الشخص (الأشخاص) الذي حددته كوكيل الرعاية الصحية الخاص بك.

\* يحل هذا النموذج محل النماذج القديمة للتوكيل الدائم بشأن الرعاية الصحية، ووصية الإعاشة، وتعيين الوكيل، وخطة الرعاية المسبقة، ويلغي الحاجة إلى أي من هذه الوثائق.