

التوجيهات المسبقة من ولاية أوهايو:

توكيل الرعاية الصحية

إعلان وصية الحياة

(State of Ohio Advance Directives: Health Care Power of Attorney Living Will Declaration)

نعم لا

لقد انتهيت من عمل توكيل الرعاية الصحية:

نعم لا

لقد أضفت ملاحظات خاصة لتوكيل رعايتي الصحية:

نعم لا

لقد أدرجت تعيين الوصي (الأوصياء) في توكيل رعايتي الصحية:

نعم لا

لقد انتهيت من عمل إعلان وصية الحياة:

نعم لا

أضفت توجيهات خاصة في إعلاني لوصية الحياة:

[ملاحظة: عند التوقيع على وثيقة توجيهات مسبقة جديدة، فسوف تلغى تلقائيًا الوثائق المثلثة السابقة ما لم تنص على خلاف ذلك. R.C. §1337.14 و R.C. §2133.04 (C)]

[ملاحظة: إذا أجريت تغييرات على التوجيهات المسبقة، فنذكر إجراء تغييرات مثلية على التوجيهات المسبقة الأخرى].



ولاية أوهايو توكيل الرعاية الصحية

(State of Ohio Health Care Power of Attorney)

[R.C. §1337]

(الاسم كاملاً)

(تاريخ الميلاد)

هذا هو توكيل رعايتي الصحية. أقر بإلغاء كل توكيلات الرعاية الصحية التي تحمل توقيعِي. كما أنني أدرك طبيعة هذا المستند والغرض منه. وفي حالة وجود أي شرط غير صالح أو غير سار، فإنه لن يؤثر على بقية هذا المستند. أدرك أن بإمكان وكيلي اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عني فقط عندما يحدد الطبيب المعالج أنني فقدت أهليتي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية المستنيرة. ومع ذلك، فإن هذا لا يتطلب أو يقتضي ضمناً أن تُعلن المحكمة فقدي للأهلية.

التعريفات

الراشد ويُقصد به الشخص الذي يبلغ 18 عاماً أو أكثر.

الوكيل أو المحامي المفوض ويُقصد به شخص راشد يتمتع بالأهلية وهو الشخص ("الموكَّل") الذي يمكن ذكره في توكيل الرعاية الصحية لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية عن الموكَّل.

التغذية أو الإماهة التي يتم إمدادها صناعياً أو تقنياً ويُقصد بها الإمداد بالطعام والسوائل عبر "وسائل تغذية" وريدية أو أنبوبية. [بإمكانك رفض أو التوقف عن تعاطي الطعام عبر وسائل أنبوبية أو تفويض الوكيل بموجب توكيل الرعاية الصحية لرفض أو التوقف عن التغذية أو الإماهة التي يتم إمدادها صناعياً].

وثيقة كفالة ويُقصد بها وثيقة تأمين صادرة لحماية أصول القاصر من السرقة أو الضياع بسبب عجز الوصي على الأملاك عن القيام بمهامه على الشكل الأمثل.

رعاية الراحة ويُقصد بها أي تدابير أو إجراءات طبية أو تمريضية أو علاج أو تدخل يشتمل على التغذية و/أو الإماهة والتي يتم تناولها آلام المريض أو شعوره بعدم الراحة لكن بشكل لا يؤجل الموت.

الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) وهو أحد الطرق العديدة لبدء دفق التنفس أو ضربات القلب لشخص بعد توقفها. ولا يشمل ذلك إزالة أي جسيم يعوق مجرى الهواء لأي سبب آخر بخلاف الإنعاش.

عدم الإنعاش أو أوامر عدم الإنعاش (DNR) ويُقصد بها أي أمر مدون في سجل المريض يشير إلى عدم حصول المريض على الإنعاش القلبي الرئوي.



الوصي ويُقصد به الشخص الذي تعينه المحكمة من خلال إجراء قانوني لاتخاذ قرارات تتعلق بالقاصر. **الوصاية** تتم عن طريق تعيين تلك المحكمة.

الرعاية الصحية ويُقصد بها أي رعاية أو علاج أو خدمات أو إجراءات غرضها وقاية أو تشخيص أو علاج الصحة البدنية أو العقلية للفرد.

قرار الرعاية الصحية ويُقصد به تقديم موافقة مستنيرة أو رفض تقديم موافقة مستنيرة أو سحب موافقة مستنيرة للرعاية الصحية.

توكيل الرعاية الصحية ويُقصد به وثيقة قانونية تسمح للموكل بتفويض الوكيل باتخاذ قرارات الرعاية الصحية عن الموكل في معظم حالات الرعاية الصحية عندما لم يعد الموكل قادرًا على اتخاذ تلك القرارات. وكذلك يمكن للموكل تفويض الوكيل لجمع المعلومات الصحية المحمية لصالح نيابة عن الموكل على الفور أو في أي وقت آخر. لا يعتبر توكيل الرعاية الصحية توكيلاً مالياً.

كما يمكن الاستفادة من توكيل الرعاية الصحية لتعيين شخص (أشخاص) للتصرف كوصي عن الأفراد أو الأملاك التابعة للموكل. حتى لو عينت المحكمة وصياً عن الموكل، فسيظل توكيل الرعاية الصحية نافذاً ما لم تقرر المحكمة خلاف ذلك.

علاج الحفاظ على الحياة ويُقصد به أي إجراء طبي أو علاج أو تدخل أو طرق أخرى التي تطيل أمد الموت عند إعطائها للمريض.

إعلان وصية الحياة ويُقصد به وثيقة قانونية تسمح لراشد يتمتع بالأهلية ("صاحب الإقرار") بتحديد الرعاية الصحية التي يرغب أو لا يرغب فيها صاحب الإقرار عندما يصبح مريضاً ميؤوساً من شفائه أو فاقد دائم للوعي ولم يعد باستطاعته التعبير عن رغباته. هذه الوصية لا تحل محل الوصية المستخدمة لتعيين منفذ وصية لإدارة أملاك الشخص بعد الوفاة.

حالة فقد الوعي الدائم ويُقصد بها حالة لا يمكن الشفاء منها وأصبح المريض فيها فاقداً للوعي والبيئات المحيطة بصورة دائمة. يفحص المريض اثنين من الأطباء ويجب أن يتفقا على أن المريض قد فقد وظيفة المخ العلووية تماماً وغير قادر على المعاناة أو الشعور بالألم.

الموكل ويُقصد به الراشد الذي يتمتع بالأهلية الموقع على توكيل الرعاية الصحية.

حالة مرضية مميّنة ويُقصد بها حالة غير قابلة للبرء أو لا يشفى منها ولا يمكن علاجها والتي يرجع سببها إلى مرض أو إصابة والتي إلى درجة معقولة من اليقين الطبي، وقرر طبيب الموكل المعالج وطبيب آخر وفقاً للمعايير الطبية المعقولة بعد فحص الموكل أنه ينطبق عليه أحد حالتين: (1) يمكن أن يتماثل للشفاء، و(2) يمكن أن تحدث وفاة في غضون فترة زمنية قصيرة نسبياً ولن يتم إعطاء علاج للحفاظ على الحياة.

القاصر ويُقصد به الشخص الذي قررت المحكمة عدم أهليته. حماية القاصر بذاته أو العقارات المالية أو كلاهما عن طريق الوصي الذي تعينه المحكمة وتراقبه.

تعيين وكيل. الشخص المذكور اسمه في ما يلي هو وكيل الذي سوف يتخذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني حسبما هو مصرح به في هذا المستند.

اسم الوكيل وصلته: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____



من خلال وضع الأحرف الأولى من اسمي وتوقيعي والتأشير أو وضع علامة أخرى في هذه الخانة، فأنا أفوض
وكيلي بصفة خاصة للحصول على معلومات رعايتي الصحية المحمية حالاً أو في أي وقت في المستقبل.

توجيه للوكيل. سوف يتخذ وكيلي قرارات الرعاية الصحية نيابة عني بناءً على التعليمات التي أقدمها في هذا المستند وبناءً
على رغباتي بخلاف ما هو معلوم لوكيلي. إذا كان وكيلي يعتقد بأن رغباتي كما هي معلومة له تتعارض مع ما هو مذكور في
هذا المستند، فإن هذا المستند يكون سائداً. في حالة عدم تقديم أي تعليمات وإذا كانت الرغبات غير واضحة أو غير معلومة
لأي حالة خاصة، فسوف يحدد وكيلي ما يحقق أفضل مصلحة لي بعد النظر في الفوائد والأعباء والمخاطر التي قد تنجم من
هذا القرار. في حالة عدم توفر أي وكيل، سوف يوجه هذا المستند القرارات المتخذة بشأن رعايتي الصحية.

تسمية وكيل (وكلاء) بديل. في حالة عدم توفر وكيلي المحدد اسمه على الفور أو عدم رغبته أو استطاعته اتخاذ قرارات نيابة
عني، حينئذ فإنني أحدد أسماء الأشخاص التالي ذكرهم بصفتهم الوكلاء البديلاء عني بالترتيب التالي حسب الأولوية: /حذف
أي سطر غير مستخدم/:

اسم الوكيل البديل الأول وصلته: _____
العنوان: _____
رقم الهاتف: _____
اسم الوكيل البديل الثاني وصلته: _____
العنوان: _____
رقم الهاتف: _____

احذف الفراغات غير المستخدمة

يمكن لأي شخص الاعتماد على بيان من جانب أي وكيل بديل محدد أعلاه يتصرف على نحو سليم بموجب هذا المستند
ولا يتعين على مثل هذا الشخص إجراء أي تحقيق أو استعلام إضافي.

سُلطة الوكيل. باستثناء البنود التي حذفتها والتي تخضع لأي خيارات وضعتها في توكيل الرعاية الصحية، يتمتع وكيلي بالسلطة المطلقة والتامة في اتخاذ جميع قرارات رعايتي الصحية. تتضمن هذه السُلطة - على سبيل المثال لا الحصر - ما يلي:

1. الموافقة على إعطاء عقاقير تخفيف للألم أو علاج أو إجراءات (بما في ذلك الجراحة) والتي يعتقد وكيلي - بناءً على نصيحة طبية - أنها قد توفر لي الراحة حتى ولو كانت مثل هذه العقاقير أو العلاج أو الإجراءات قد تُعجل بوفاتي.
2. إذا كنت أعاني من حالة مرضية مُميتة ولم أضع إعلان وصية الحياة يناقش علاج هذه الحالة لاتخاذ قرارات تتعلق بعلاج الحفاظ على الحياة بما في ذلك التغذية أو الإماهة التي يتم إمدادها صناعياً أو تقنياً.
3. منح أو سحب أو رفض الموافقة عن علم على أي إجراء لرعاية صحية أو علاج أو تدخل أو أي إجراء آخر.
4. طلب ومراجعة وتلقي أي معلومات، شفوية أو كتابية، تتعلق بصحتي البدنية أو العقلية، بما في ذلك - على سبيل المثال لا الحصر - جميع سجلات رعايتي الطبية والصحية.
5. الموافقة على مزيد من الإفصاح عن المعلومات والإفصاح عن المعلومات الطبية والمعلومات ذات الصلة التي تخص حالتني والعلاج لأشخاص آخرين.
6. إصدار أي بيانات صحية أو مستندات أخرى نيابة عني والتي قد تكون مطلوبة من أجل الحصول على معلومات طبية أو ذات صلة.
7. تقديم أي موافقات وتنازلات وإعفاءات من المسؤولية نيابة عني وعن حالتني لجميع الأشخاص الذين يمثلون للتعليمات والقرارات التي يتخذها وكيلي. تعويض أي طرف ثالث - على نفقتي - يتصرف بموجب توكيل الرعاية الصحية هذا وإبراء ذمته. سوف ألنزم بمثل هذا الضمان الذي تم التعهد به من جانب وكيلي.
8. تحديد موظفي الرعاية الصحية والخدمات الذين يقدمون الرعاية الصحية المنزلية وما يماثلهم وتوظيفهم وفصلهم.
9. تحديد والتعاقد على التحاقي أو نقلي إلى أو التصريح بخروجي من أي منشأة رعاية طبية أو صحية بما في ذلك - على سبيل المثال لا الحصر - المستشفيات ودور الرعاية ومنشآت إقامة ذوي الاحتياجات الخاصة ومأوى رعاية المحتضرين ودور البالغين وما شابهها.
10. نقلي أو الترتيب لنقلي إلى مكان يتم فيه تقدير توكيل الرعاية الصحية، وفي حالة عدم استطاعتي اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسني في مكان لم يتم تفعيل هذا المستند.
11. استكمال ما يلي والتوقيع نيابة عني على:
 - الموافقات بشأن علاج الرعاية الصحية أو إصدار أوامر عدم الإنعاش (DNR) أو أي أوامر أخرى مماثلة.
 - طلبات نقلي إلى منشأة أخرى أو خروجي منها خلافاً لنصيحة الرعاية الصحية أو أي طلبات أخرى مماثلة.
 - أي مستندات أخرى مطلوبة أو ضرورية لتنفيذ قرارات الرعاية الصحية بشأنها يُصرح لوكيلي باتخاذها بمقتضى هذا المستند.

تعليمات خاصة. [تسري هذه التعليمات فقط إذا لم أقدم إعلان وصية الحياة].



من خلال وضع الأحرف الأولى من اسمي وتوقيعي والتأشير أو وضع علامة أخرى في هذه الخانة، فأنا أفوض

وكيلى بصفة خاصة في رفض أو سحب الموافقة - إذا بدأ العلاج- وتوفير التغذية أو الإماهة التي يتم إمدادها صناعياً أو تقنياً إذا كنت في حالة فقد دائم للوعي وفحص طبيبي المعالج وطبيب آخر على الأقل حالتني وقرر لدرجة معقولة من اليقين الطبي أن التغذية أو الإماهة التي يتم إمدادها صناعياً أو تقنياً لن توفر الراحة لي أو تخفف ألمي. [R.C. §1337.13(E)(2)(a) و(b)]

القيود المفروضة على سلطة الوكيل. أدرك أن هناك ثمة قيود على السلطة الممنوحة لوكيلي:

1. لا يتمتع وكيلي بسلطة رفض أو سحب الموافقة المستنيرة للرعاية الصحية اللازمة لتوفير الراحة المسكّنة.
 2. ليس من سلطة وكيلي رفض أو سحب الموافقة المستنيرة لتقديم الرعاية الصحية إذا كنت حاملاً وإذا كان الرفض أو السحب قد ينهي الحمل إذا لم يكن الحمل أو الرعاية الصحية يفرض خطر شديد على حياتي أو إذا لم يقرر الطبيب القائم على رعايتي أو طبيب آخر على الأقل قام بفحصي، بدرجة معقولة من التأكد الطبي وبما يتفق مع المعايير الطبية المعقولة، أن الجنين لن يولد حياً.
 3. ليس من حق وكيلي طلب سحب علاج الحفاظ على الحياة، بما في ذلك توفير التغذية أو الإماهة التي يتم إمدادها صناعياً أو تقنياً ما لم أكن أعاني من حالة مرضية مُميتة أو في حالة فقد دائم للوعي وقرر اثنين من الأطباء أن علاج الحفاظ على الحياة لن يقدم راحة أو يخفف عني الألم.
 4. إذا كنت وافقت من قبل على أي رعاية صحية، فإنه لا يمكن لوكيلي الانسحاب من هذا العلاج ما لم تكن حالتني قد تغيرت بصورة جوهرية بحيث تكون الرعاية الصحية أقل فائدة لي بصورة كبيرة أو إذا لم تكن الرعاية الصحية تحقق الغرض منها.
- تعليمات أو قيود إضافية. قد أعطي تعليمات إضافية أو أفرض قيوداً إضافية على السلطة الممنوحة لوكيلي. في ما يلي تعليماتي أو قيودي الخاصة:
- إذا لم تكن المساحة الموجودة أدناه كافية، فيمكنك إرفاق صفحات إضافية. إذا لم تكن لديك أي تعليمات أو قيود إضافية، فاكتب "لا شيء" أدناه.

تعيين الوصي

[R.C. §2111.121 و R.C. §1337.28 (A)]

[يجوز لك، لكن لا يتطلب منك، استخدام هذا المستند لتعيين الوصي إذا بدأت إجراءات الوصاية على شخصك وممتلكاتك].

أدرك أن أي شخص أعينه ليس ملزماً بقبول مهام الوصاية وتحفظ محكمة الإشهاد بالإشراف القضائي على أي وصاية.

[R.C. §2111.121(C)]

أدرك أن المحكمة تتولى الإشراف على التعيينات التي أقوم بها إلا لسبب وجيه واضح أو لفقدان الأهلية.

[R.C. §2111.121(B)]

أدرك أنه إذا تم تعيين الوصي نيابةً عني، فسوف تشمل مهام الوصي اتخاذ قرارات يومية ذات طبيعة شخصية نيابةً عني، مثل الغذاء والملابس وترتيبات المعيشة، لكن سيظل هذا التوكيل الخاص بالرعاية الصحية وأي توكيل لاحق نافذاً وسوف يحكم قرارات رعايتي الصحية ما لم تقرر المحكمة خلاف ذلك. تحدد المحكمة القيود، وتعلق أو تفسخ هذا التوكيل وأي توكيل لاحق للرعاية الصحية، إذا ظهر لها أن هذا التقييد أو التعليق أو الفسخ في صالحني. [R.C. §1337.28 (C)]

إنني أريد أن تزيل السلطة الممنوحة لوكيلي في توكيل رعايتي الصحية الحاجة لأي محكمة إلى تعيين وصي عليّ. ومع ذلك، فعند بدء هذه الإجراءات، سأقوم بتعيين الشخص (الأشخاص) التالي ذكرهم بالترتيب الوارد بصفتهم وصي عليّ.



بكتابة الأحرف الأولى من اسمي والتوقيع والتأشير بعلامة أو أخرى في هذه الخانة، فأنا أعين وكيلي والوكيل

(الوكلاء) البديل، إن وجد، ليكون الوصي عليّ، بالترتيب المذكور أعلاه.

إذا لم أختَر وكيلي أو الوكيل البديل ليكون الوصي عليّ، فأنا أعين الأشخاص الوارد أسماءهم أدناه بهذا الترتيب [احذف أي سطور غير مستخدمة].

اسم الوصي عليّ وصلته: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

اسم الوصي البديل عليّ وصلته: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

احذف الفراغات غير المستخدمة

الوصي على الأملاك ويُقصد به الشخص الذي تعينه المحكمة لاتخاذ القرارات المالية نيابةً عن القاصر مع مشاركة المحكمة. يجب أن يكون الوصي على الأملاك مضموناً ما لم يتم التنازل عن التفويض كتابةً أو وجدت المحكمة أنه غير ضروري.



بوضع الأحرف الأولى من اسمي أو توقيع أو التأشير بعلامة أو أخرى، فأنا أعين وكيلي أو وكيل (وكلاء) بديل،

إن وجد، كوصي على أملاكي، بالترتيب الوارد أعلاه.

إذا لم أختَر وكيلي أو وكيل بديل ليكون الوصي على أملاكي، فأنا أعين الأشخاص الوارد أسماءهم أدناه بهذا الترتيب /احذف أي سطور غير مستخدمة/:

الوصي على أملاكي وصلته: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

الوصي البديل على أملاكي وصلته: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

احذف الفراغات غير المستخدمة

بوضع الأحرف الأولى من اسمي أو التوقيع أو التأشير بعلامة أو أخرى في هذه الخانة، فأنا أوجه تعليماتي

بالتنازل عن السند للوصي أو الوصي الوارث على أملاكي. [R.C. §1337.28 (B)]

في حالة عدم التأشير في هذه الخانة، فيعني ذلك أنني أتوقع التزام الوصي أو الوصي الوارث على أملاكي.
[R.C. §1337.28 (B)]

لا يوجد تاريخ انتهاء صلاحية. لن يكون لتوكيل الرعاية الصحية هذا تاريخ انتهاء صلاحية ولن يتأثر بعجزي أو بمرور الوقت.

إنفاذ القانون من جانب الوكيل. قد يتخذ وكيلي - على نفقتي - أي إجراء يراه مستحسنًا لتنفيذ رغباتي بموجب هذا المستند.

الإعفاء من المسؤولية الشخصية للوكيل. لن يكون وكيلي مسؤولاً أمامي أو أمام أي شخص آخر عن أي مخالفة للواجبات ما لم تكن هذه المخالفة للواجب قد ارتكبت بطريقة غير شريفة، أو بدافع غير سليم، أو بعدم اكتراث متهور للغرض من هذا المستند أو لمصلحتي. [R.C. §1337.35]

النسخ مطابقة للأصل. يمكن لأي شخص الاعتماد على نسخة من هذا المستند. [R.C. §1337.26(D)]

الاستخدام خارج الولاية. إنني أريد أن ينال هذا المستند التقدير في أي ولاية قضائية إلى المدى الذي يسمح به القانون.
[R.C. §1337.26(C)]

نعم لا

لقد انتهيت من عمل إعلان وصية الحياة:

توقيع المُوكِّل

أقر بأنني مسؤول عن إبلاغ أفراد أسرتي وطبيبي المعالج والمحامي الخاص والمستشار الديني والآخرين بتوكيل الرعاية الصحية. أدرك أنه يمكنني إعطاء نسخ من توكيل الرعاية الصحية لأي شخص.

أدرك أنه يمكنني إرسال نسخة من توكيل الرعاية الصحية هذا مع مجلس الإسهاد لحفظها. [R.C. §1337.12(E)(3)]

أدرك أنه يتعين علي التوقيع على توكيل الرعاية الصحية هذا وذكر تاريخ التوقيع والإسهاد على هذا التوقيع من رجلين يتمتعان بأهلية الشهادة على التوقيع أو الإقرار على التوقيع أمام كاتب العدل. [R.C. §1337.12]

أوقع باسمي على توكيل الرعاية الصحية هذا.

في يوم _____ ، في تمام الساعة _____ ، ولاية أوهايو.

المُوكِّل

[اختر إقرار الشهود أو كاتب العدل].

الشهود [R.C. §1337.12(B)]

[لا يعتبر الأشخاص التالي أسماؤهم شهودًا على توكيل الرعاية الصحية هذا:

- وكيلك، إن وجد.
- الوصي على شخصك أو عقاراتك، إن وجد.
- أي وريث أو وكيل أو وصي بديل، إن وجد.
- أي شخص تربطه بك صلة دم أو زواج أو تبني (مثل زوجتك وأطفالك).
- طبيبك المعالج.
- مدير دار التمريض الذي تتلقى الرعاية فيه].

أنا أقر بأن المُوكَّل وقع أو أقر بتوكيل الرعاية الصحية في وجودي، وأن المُوكَّل يبدو في كامل قواه العقلية ولا يقع تحت الإكراه أو الاحتيال أو تحت تأثير أو يخضع له.

توقيع الشاهد الأول / اسم الشاهد الأول بحروف واضحة / التاريخ

عنوان الشاهد

توقيع الشاهد الثاني / اسم الشاهد الثاني بحروف واضحة / التاريخ

عنوان الشاهد الثاني

أو إننا لم يوجد شهود:

إقرار كاتب العدل [R.C. §1337.12]

ولاية أو هايبو
مقاطعة _____

إنه في يوم _____، لدي أنا، كاتب العدل الموقع أدناه، قد حضر شخصياً

، المُوكَّل المصدر لتوكيل الرعاية الصحية المذكورة أعلاه،
والذي أقر بتوقيع هذا الإعلان للأغراض المذكورة به. أشهد بأن المُوكَّل يبدو أنه يتمتع بكامل قواه العقلية ولا يقع تحت الإكراه أو الاحتيال أو تحت تأثير أو يخضع له.

كاتب العدل

ننتهي صلاحية تفويضي في: _____

تفويضي دائم

© أغسطس 2016. يمكن إعادة طبعه ونسخه لاستخدامه من قبل المحامين العموميين والأطباء المعالجين وأخصائي العظام والمستشفيات ونقابات المحامين والجمعيات الطبية والجمعيات والمؤسسات غير الربحية. لا يجوز إعادة نسخ هذا الإعلان تجارياً لبيعه بربح.

إخطار للبالغ الذي ينفذ هذا المستند

يعد هذا مستنداً قانونياً مهماً. قبل تنفيذ هذا المستند، يجب عليك معرفة هذه الحقائق:

يمنح هذا المستند الشخص الذي تعينه (الوكيل المفوض) الصلاحية والسلطة لاتخاذ معظم قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك إذا ما فقدت القدرة على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية المستنيرة بنفسك. لا تسري هذا السلطة إلا عندما يقرر الطبيب القائم على رعايتك بأنك قد فقدت القدرة على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية المستنيرة بنفسك، وبصرف النظر عن هذا المستند، طالما أنك تتمتع بالقدرة على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية عن علم بنفسك، فإنك تحتفظ بالحق في اتخاذ جميع قرارات الرعاية الطبية والصحية الأخرى بنفسك. يحق لك تضمين قيود خاصة في هذا المستند بشأن سلطة الوكيل المفوض لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك.

بموجب أي قيود علمية تضمنها في هذا المستند، إذا ما قرر الطبيب القائم على رعايتك أنك قد فقدت القدرة على اتخاذ قرار مستنير بشأن مسألة الرعاية الصحية، فسيكون الوكيل المفوض **بصفة عامة** مفوضاً بموجب هذا المستند لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك بنفس الدرجة التي يمكنك بها اتخاذ تلك القرارات بنفسك إذا كان لديك القدرة على القيام بذلك. ستتضمن سلطة الوكيل المفوض لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك **بصفة عامة** السلطة لمنح موافقة مستنيرة أو رفضها أو سحبها لتقديم أي رعاية أو علاج أو خدمة أو إجراء للحفاظ على الحالة البدنية أو العقلية أو تشخيصها أو علاجها.

ومع ذلك، حتى إذا كان الوكيل المفوض يتمتع بسلطة عامة لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك بموجب هذا المستند، لن يكون الوكيل المفوض مخولاً للقيام بأي أمر من الأمور التالية:

(1) رفض أو سحب الموافقة المستنيرة على علاج دعم الحياة أو سحبها إذا لم يقرر طبيبك القائم على رعايتك وطبيب آخر اللذان قاما بفحصك، بدرجة معقولة من التأكد الطبي وبما يتفق مع المعايير الطبية المعقولة، أن أيًا مما يلي ينطبق عليك:

(أ) أنك تعاني من حالة غير قابلة للشفاء والبرء، ولا يمكن علاجها ناتجة عن مرض أو علة أو إصابة والتي

(1) لا يمكن التعافي منها.

(2) من المحتمل وفاتك في غضون فترة زمنية قصيرة جدًا إذا لم يتم إعطاء علاج دعم الحياة لك، ويقرر الطبيب القائم على رعايتك بصورة إضافية، بدرجة معقولة من التأكد الطبي وبما يتفق مع المعايير الطبية المعقولة، أنه ليس هناك احتمالية بدرجة معقولة بأنك سوف تسترد القدرة على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية عن علم بنفسك.

(ب) أنك في حالة فقد دائم للوعي يتسم بكونك غير واع بنفسك وبالبيئة المحيطة بك بصورة لا يمكن البرء منها ويفقد تام للوظيفة اللحائية الدماغية، ما ينتج عنه عدم قدرتك على الإحساس بالألم والمعاناة، ويقرر الطبيب القائم على رعايتك بصورة إضافية، بدرجة معقولة من التأكد الطبي وبما يتفق مع المعايير الطبية المعقولة، أنه ليس هناك احتمالية بدرجة معقولة أنك سوف تسترد القدرة على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية المستنيرة بنفسك؛

(2) رفض أو سحب الموافقة المستنيرة لتقديم الرعاية الصحية الضرورية لتزويدك برعاية الراحة (باستثناء أنه، إذا لم يكن محظوراً على الوكيل المفوض القيام بذلك بموجب الفقرة رقم (4) الوارد في ما يلي، يمكن للوكيل المفوض رفض أو سحب الموافقة المستنيرة لتقديم التغذية أو الإماهة لك حسبما هو موصوف ضمن الفقرة رقم (4) في ما يلي). (يجب أن تدرك أن الرعاية الراحة يحددها القانون في ولاية أوهايو بأنها أن التغذية أو الإماهة (السوائل) التي يتم إمدادها صناعياً أو تقنياً عند إعطائها لتخفيف الألم أو عدم الشعور بالراحة وعدم إطالة أمد الموت وأي الإجراءات الطبية أو التمريضية أو العلاج أو التدخل أو الطرق الأخرى المتخذة لتخفيف الألم أو عدم الشعور بالراحة مع عدم إطالة أمد الموت. وبالتالي، فإذا قرر الطبيب المعالج أن الإجراء الطبي أو التمريضي أو التدخل أو الوسائل الأخرى لن أو لم يعد بمقدورها العمل على توفير الراحة لك أو التخفيف من الألم، فحينئذ وبموجب البند (4) أدناه، يتم تفويض المحامي الخاص بك لرفض أو سحب الموافقة المستنيرة الخاصة بالإجراء أو العلاج أو التدخل أو الطرق الأخرى.

(3) رفض أو سحب الموافقة المستنيرة الخاصة بتقديم الرعاية الصحية لك إذا كنت حاملاً وإذا كان الرفض أو الانسحاب قد ينهي الحمل (إذا لم يكن في الحمل أو الرعاية الصحية خطر شديد على حياتك أو إذا لم يقرر الطبيب القائم على رعايتك أو طبيب آخر على الأقل قام بفحصك، بدرجة معقولة من التأكد الطبي وبما يتفق مع المعايير الطبية المعقولة، أن الجنين لن يولد حياً)؛

(4) رفض أو سحب الموافقة المستنيرة الخاصة بتقديم الدعم (التغذية) أو السوائل (الإماهة) التي يتم إمدادها صناعياً أو تقنياً لك، إذا لم:

(أ) تكن تعاني من حالة مرضية مميّنة أو في حالة فقد دائم للوعي.

(ب) يقرر الطبيب القائم على رعايتك وطبيب آخر على الأقل قد قام بفحصك، بدرجة معقولة من التأكد الطبي وبما يتفق مع المعايير الطبية المعقولة، أن التغذية أو الإماهة لن أو لم يعد بمقدورها العمل على توفير الراحة لك أو التخفيف من الألم.

(ج) إذا - وإذا فقط - كنت في حالة فقد دائم للوعي، كنت تحوّل للوكيل المفوض رفض أو سحب الموافقة المستنيرة لتقديم

الإشعارات التي يقتضها قانون أوهايو المعدل 1337.17§

التغذية أو الإماهة لك من خلال القيام بكل مما يلي ذكره في هذا المستند:

- (1) تضمنين بيان بالحروف الاستهلاكية الكبيرة أو نوع آخر واضح، بما في ذلك - على سبيل المثال لا الحصر - خط مختلف، نوع خط أكبر أو خط داكن، أن الوكيل المفوض قد يرفض أو يسحب الموافقة المستنيرة الخاصة بتقديم التغذية أو الإماهة لك إذا كنت في حالة فقد دائم للوعي أو تم اتخاذ القرار بأن التغذية أو الإماهة لن أو لم يكن بمقدورها مطلقاً العمل على توفير الراحة لك أو التخفيف من الآمك أو وضع علامة أو بخلاف ذلك تظليل مربع أو سطر (إن وجد) بعلامة بجوار بيان مماثل في هذا المستند؛
- (2) تذييل التوقيع بالحروف الأولى من اسمك أو التوقيع أسفل أو بجوار البيان أو وضع علامة أو أي علامة أخرى حسبما هو موصوف.

(د) قرر الطبيب القائم على رعايتك - بنية حسنة - أن تفوض الوكيل المفوض لرفض أو سحب الموافقة الخاصة بتقديم التغذية أو الإماهة لك إذا كنت في حالة فقد وعي دائم من خلال الالتزام بالشروط السابق ذكرها في الفقرة (4) و(ج) و(1) و(2) أعلاه.

(5) سحب الموافقة المستنيرة الخاصة بأى رعاية صحية كنت قد وافقت على تقديمها من قبل، ما لم يكن قد حدث تعثر في حالتك البدنية يقلل بصورة ملحوظة من فائدة تلك الرعاية الصحية المقدمة لك أو إذا لم تكن أو تعد الرعاية الصحية مؤثرة بصورة ملحوظة في تحقيق الغرض منها.

إضافة إلى ذلك، عند ممارسة سلطة اتخاذ قرارات الرعاية نيابة عنك، سيتعين على الوكيل المفوض التصرف باستمرار بناءً على رغباتك أو، إذا لم تكن رغباتك معلومة، التصرف في مصلحتك. يمكنك التعبير عن رغباتك للوكيل المفوض من خلال تضمينها في هذا المستند أو من خلال الإفصاح عنها للوكيل المفوض بطريقة أخرى.

عند التصرف بموجب هذا المستند، سيكون للوكيل المفوض بصفة عامة نفس الحقوق المتمثلة في أنه يتعين عليك تلقي المعلومات بشأن الرعاية الصحية المقترحة واستعراض سجلات الرعاية الصحية والموافقة على الإفصاح عن سجلات الرعاية الصحية. يمكنك تقييد الحق في هذا المستند إذا ما اخترت ذلك.

بصفة عامة، يحق لك تعيين أي شخص بالغ مؤهل باعتباره الوكيل المفوض بموجب هذا المستند. ومع ذلك لا يمكنك تعيين الطبيب القائم على رعايتك أو المسؤول عن أي دار رعاية تتلقى فيها الرعاية باعتباره الوكيل المفوض بموجب هذا المستند. إضافة إلى ذلك، فإنه لا يمكنك تعيين موظف أو وكيل للطبيب القائم على رعايتك أو موظف أو وكيل لمنشأة الرعاية الصحية التي تخضع للعلاج بها، باعتباره الوكيل المفوض بموجب هذا المستند إذا لم يكن أي نوع من الموظفين أو الوكلاء شخصاً راشداً مؤهلاً ومرتباً بك برابطة الدم أو الزواج أو التبني أو إذا لم يكن أي نوع من الموظفين أو الوكلاء شخصاً بالغاً مؤهلاً وأنت أنت والموظف أو الوكيل من نفس الخلفية الدينية.

ليس لهذا المستند تاريخ انتهاء صلاحية بموجب قانون ولاية أوهايو، ولكن يحق لك اختيار تحديد تاريخ ينتهي بموجبه توكيل رعايتك الصحية الدائم. ومع ذلك، في حالة تحديدك تاريخ انتهاء وبعد ذلك فقدت القدرة على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية المستنيرة بنفسك في ذلك التاريخ، فإن المستند والسلطة التي تمنحها لوكيلك سوف يستمران في السريان حتى تسترد القدرة على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية المستنيرة بنفسك.

يحق لك رفض تعيين الوكيل المفوض والحق في رفض المستند بالكامل في أي وقت وبأي طريقة. يسري مثل هذا الإلغاء بصفة عامة عندما تعبر عن نيتك بهذا الإلغاء. ومع ذلك، إذا ما أطلعت الطبيب القائم على رعايتك على هذا المستند، فإن أي إلغاء مثل هذا لن يسري إلا عندما تبلغ به الطبيب القائم على رعايتك أو عندما يقوم أحد الشهود على الإلغاء أو موظف رعاية صحية آخر تم إبلاغه بأمر الإلغاء من خلال هذا الشاهد بإبلاغه للطبيب القائم على رعايتك.

في حالة قيامك بتنفيذ هذا المستند وعمل توكيل رعاية صحية دائم سارٍ به، فإنه سيلغى أي توكيل رعاية صحية دائم سارٍ سابق قمت بعمله إذا لم تشر إلى خلاف ذلك في هذا المستند.

لا يسري هذا المستند باعتباره توكيل رعاية صحية دائم إذا لم يتم إقراره أمام كاتب عدل أو يُوقع عليه شاهدين حاضرين على الأقل وقت توقيعك أو الإقرار بتوقيعك. لا يجوز لأي شخص يرتبط بك برابطة الدم أو الزواج أو التبني أن يكون أحد الشهود. لا يحق للوكيل المفوض ولا الطبيب القائم على رعايتك ولا المسؤول عن دار الرعاية التي تتلقى فيها الرعاية أن يكون أحد الشهود. في حالة وجود أي شيء بهذا المستند لا تستوعبه، يجب عليك مطالبة محاميك بشرحه وتوضيحه لك.

الإشعارات التي يقتضها قانون أوهايو المعدل 17§.1337

الإشعارات التي يقتضها قانون أوهايو المعدل §1337.17

ملحق

تم تحديث هذا الإشعار عند تغيير أحكام محددة من القانون الذي يتعلق بتوكيل الرعاية الصحية في مارس 2014. الرجاء أخذ العلم بالتغييرات التالية:

يجوز لك، لكن لا يتطلب منك، تفويض وكيلك للحصول على معلوماتك الصحية بما في ذلك المعلومات التي يحميها القانون والتي لا تتوافر لوكيلك بخلاف ذلك. يمكنك تفويض وكيلك للوصول إلى المعلومات فور توقيعك على هذا المستند أو في وقت لاحق حتى إذا لم تكن قادرًا على اتخاذ قرارات رعايتك الصحية.

كما يمكنك، لكن لا يتطلب منك، استخدام هذا المستند لتعيين الأوصياء عليك أو على أملاكك عند البدء في إجراءات الوصاية.

@ أغسطس 2016. يمكن إعادة طبعه ونسخه لاستخدامه من قبل المحامين العموميين والأطباء المعالجين وأخصائي العظام والمستشفيات ونقابات المحامين والجمعيات الطبية والجمعيات والمؤسسات غير الربحية. لا يجوز إعادة نسخ هذا الإعلان تجاريًا لبيعه بربح.

ولاية أوهايو إعلان وصية الحياة إشعار صاحب الإقرار

(State of Ohio Living Will Declaration Notice to Declarant)

إن الغرض من إعلان وصية الحياة هو توثيق رغبتك في وقف أو سحب علاج دعم الحياة بما في ذلك التغذية أو الإماهة التي يتم إمدادها صناعيًا أو تقنيًا إذا لم تكن قادرًا على اتخاذ قرارات مستنيرة وإذا كنت تعاني من حالة مرضية مُميتة أو فقد دائم للوعي. لا يؤثر إعلان وصية الحياة على مسؤولية فريق الرعاية الصحية لتوفير رعاية الراحة لك. رعاية الراحة تعني أي إجراء يتخذ للتخفيف من الألم أو الإزعاج ولكن ليس بغرض تأخير الوفاة.

في حالة عدم اختيار تقييد أي أو جميع أشكال علاج دعم الحياة، بما في ذلك الإنعاش القلبي الرئوي، فيحق لك قانونيًا اختيار ذلك وربما ترغب في توضيح أفضليات العلاج الطبي كتابة في مستند مختلف.

بموجب قانون ولاية أوهايو، يكون إعلان وصية الحياة ساريًا فقط على الأفراد الذين يعانون من حالة مرضية مُميتة أو حالة فقد دائم للوعي. إذا أردت إعطاء تعليمات بالحصول على العلاج الطبي في حالات أخرى، فيجب إعداد توكيل الرعاية الصحية. إذا كنت تعاني من حالة مرضية مُميتة أو فقد دائم للوعي، فسيكون لإعلان وصية الحياة أولوية على توكيل الرعاية الصحية.

[ينبغي عليك التفكير في الانتهاء من إعلان وصية الحياة إذا حدثت تغييرات في حالتك الطبية أو إذا قررت في وقت لاحق عمل توكيل الرعاية الصحية. إذا كان معك إعلان وصية حياة وتوكيل الرعاية الصحية، فيجب أن تحتفظ بنسخ هذه المستندات معًا. أحضر مستنداتك معك من وقتما كنت مريضًا في مؤسسة الرعاية الصحية أو عند تحديث سجلاتك الطبية مع طبيبك المعالج.]



ولاية أوهايو إعلان وصية الحياة (Ohio Living Will Declaration) [R.C. §2133]

(الاسم كاملاً)

(تاريخ الميلاد)

هذا هو إعلاني الخاص بوصية الحياة. ألغي بذلك جميع إعلانات وصية الحياة الموقعة مني. كما أنني أدرك طبيعة هذا المستند والغرض منه. وفي حالة وجود أي شرط غير صالح أو غير سار، فإنه لن يؤثر على بقية هذا المستند.

أنا أتمتع بكامل قواه العقلية ولا أقع تحت الإكراه أو الاحتيال أو تحت تأثير. أنا راشد كامل الأهلية أدرك وأقبل عواقب هذا العمل. أقر طواعية على توجيهي بعدم إطالة أمد موتي بطرق صناعية. [R.C. §2133.02 (A)(1)]

أنوي أن تعترف أسرتي والأطباء المعالجين بإعلان وصية الحياة كالتعبير النهائي عن حقي القانوني في رفض رعاية صحية محددة. [R.C. §2133.03(B)(2)]

التعريفات

الراشد ويُقصد به الشخص الذي يبلغ 18 عامًا أو أكثر.

الوكيل أو المحامي المفوض ويُقصد به شخص راشد يتمتع بالأهلية وهو الشخص ("الموكَّل") الذي يمكن ذكره في توكيل الرعاية الصحية لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية عن الموكَّل.

هبة تشريحية ويُقصد بها التبرع بجزء من الجسم أو كله للتنفيذ بعد وفاة المتبرع بغرض زرع الأعضاء أو العلاج أو إجراء الأبحاث أو التعليم.

التغذية أو الإماهة التي يتم إمدادها صناعيًا أو تقنيًا ويُقصد بها الإمداد بالطعام والسوائل عبر "وسائل تغذية" وريدية أو أنبوبية. [بإمكانك رفض أو التوقف عن تعاطي الطعام عبر وسائل أنبوبية أو تفويض الوكيل بموجب توكيل الرعاية الصحية لرفض أو التوقف عن التغذية أو الإماهة التي يتم إمدادها صناعيًا].

رعاية الراحة ويُقصد بها أي تدبير أو إجراءات طبية أو تمريضية أو علاج أو تدخل يشتمل على التغذية و/أو الإماهة والتي يتم تناولها أيام المريض أو شعوره بعدم الراحة لكن بشكل لا يؤجل الموت.

الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) وهو أحد الطرق العديدة لبدء دفق التنفس أو ضربات القلب لشخص بعد توقفها. ولا يشمل ذلك إزالة أي جسيم يعوق مجرى الهواء لأي سبب آخر بخلاف الإنعاش.

صاحب الإقرار ويُقصد به الشخص الموقع على إعلان وصية الحياة.

عدم الإنعاش أو أوامر عدم الإنعاش (DNR) ويُقصد بها أي أمر مدون في سجل المريض يشير إلى عدم حصول المريض على الإنعاش القلبي الرئوي.

الرعاية الصحية ويُقصد بها أي رعاية أو علاج أو خدمات أو إجراءات غرضها وقاية أو تشخيص أو علاج الصحة البدنية أو العقلية للفرد.

قرار الرعاية الصحية ويُقصد به تقديم موافقة مستنيرة أو رفض تقديم موافقة مستنيرة أو سحب موافقة مستنيرة للرعاية الصحية.

توكيل الرعاية الصحية ويُقصد به وثيقة قانونية تسمح للموكل بتفويض الوكيل باتخاذ قرارات الرعاية الصحية عن الموكل في معظم حالات الرعاية الصحية عندما لم يعد الموكل قادراً على اتخاذ تلك القرارات. وكذلك يمكن للموكل تفويض الوكيل لجمع المعلومات الصحية المحمية لصالح نيابة عن الموكل على الفور أو في أي وقت آخر. لا يعتبر توكيل الرعاية الصحية توكيلاً مالياً.

كما يمكن الاستفادة من توكيل الرعاية الصحية لتعيين شخص (أشخاص) للتصرف كوصي عن الأفراد أو الأملاك التابعة للموكل. حتى لو عينت المحكمة وصياً عن الموكل، فسيظل توكيل الرعاية الصحية نافذاً ما لم تقرر المحكمة خلاف ذلك.

علاج الحفاظ على الحياة ويُقصد به أي إجراء طبي أو علاج أو تدخل أو طرق أخرى التي تطيل أمد الموت عند إعطائها للمريض.

إعلان وصية الحياة ويُقصد به وثيقة قانونية تسمح لراشد يتمتع بالأهلية ("صاحب الإقرار") بتحديد الرعاية الصحية التي يرغب أو لا يرغب فيها صاحب الإقرار عندما يصبح مريضاً ميؤوساً من شفائه أو فاقد دائم للوعي ولم يعد باستطاعته التعبير عن رغباته. هذه الوصية لا تحل محل الوصية المستخدمة لتعيين منفذ وصية لإدارة أملاك الشخص بعد الوفاة.

حالة فقد الوعي الدائم ويُقصد بها حالة لا يمكن الشفاء منها وأصبح المريض فيها فاقداً للوعي والبيانات المحيطة بصورة دائمة. يفحص المريض اثنان من الأطباء ويجب أن يتفقوا على أن المريض قد فقد وظيفة المخ العلووية تماماً وغير قادر على المعاناة أو الشعور بالألم.

الموكل ويُقصد به الراشد الذي يتمتع بالأهلية الموقع على توكيل الرعاية الصحية.

حالة مرضية مُميتة ويُقصد بها حالة لا يمكن الشفاء والبراء منها ولا يمكن علاجها أو مرض أو إصابة والتي إلى درجة معقولة من اليقين الطبي وقرر طبيب الموكل المعالج وطبيب آخر وفقاً للمعايير الطبية المعقولة بعد فحص الموكل أنه ينطبق عليه أحد حالتين: (1) يمكن أن يتماثل للشفاء، و(2) يمكن أن تحدث وفاة في غضون فترة زمنية قصيرة نسبياً ولن يتم إعطاء علاج للحفاظ على الحياة.

لا يوجد تاريخ انتهاء صلاحية. لا يوجد تاريخ انتهاء لإعلان وصية الحياة. ومع ذلك، يمكنني إلغاءه في أي وقت. [R.C. §2133.04(A)]

النسخ مطابقة للأصل. يمكن لأي شخص الاعتماد على نسخة من هذا المستند. [R.C. §2133.02(C)]

الاستخدام خارج الولاية. إنني أريد أن ينال هذا المستند التقدير في أي ولاية قضائية إلى المدى الذي يسمح به القانون. [R.C. §2133.14]

نعم لا

لقد انتهيت من توكيل الرعاية الصحية:

الإشعارات. [ملاحظة: لست بحاجة إلى تعيين أي شخص. في حالة عدم تعيين أي شخص، يقتضي القانون من الطبيب المعالج لحالتك بذل جهد معقول لإبلاغ أحد الأشخاص التالي أسماؤهم بالترتيب: الوصي عليك، أو زوجتك، أو أطفالك الراشدين الموجودين والوالدين أو أغلب أقاربك الموجودين].

إذا قرر الطبيب المعالج أنه ينبغي وقف أو سحب علاج دعم الحياة، فيجب على الطبيب المعالج بذل جهد معقول لإخطار أحد الأشخاص التالية أسماؤهم حسب ترتيب الأولوية التالي/حذف الأسطر غير المستخدمة: [R.C. §2133.05(2)(a)]

اسم جهة الاتصال الأولى وصلتها: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

اسم جهة الاتصال الثانية وصلتها: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

اسم جهة الاتصال الثالثة وصلتها: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

إذا كنت أعاني من **حالة مرضية مُميتة** ولا أستطيع اتخاذ قرارات رعايتي الصحية أو إذا كنت في **حالة فقد دائم للوعي** ولا يوجد احتمال واقعي بالتعافي لاتخاذ قرارات مستنيرة، فحينئذ أوجه طبيبي المعالج للسماح لي بالموت الطبيعي مع توفير رعاية الراحة فقط.

ولغرض تقديم رعاية الراحة، أفوض طبيبي المعالج في ما يلي:

1. إعطاء علاج لا يمد الحياة بما في ذلك الإنعاش القلبي الرئوي.
2. الامتناع عن أو سحب التغذية أو الإماهة التي يتم إمدادها صناعياً أو تقنياً بشرط ألا أكون في حالة فقد دائم للوعي، وأصرح بهذا الامتناع أو الانسحاب بموجب التعليمات الخاصة الواردة أدناه والشروط الأخرى التي تم الوفاء بها.
3. إصدار أوامر عدم الإنعاش القلبي.
4. عدم اتخاذ أي إجراء لتأجيل وفاتي مع توفير العناية اللازمة لي التي تجعلني أشعر براحة وتخفف ألمي.

تعليمات خاصة.



من خلال وضع الأحرف الأولى من اسمي وتوقيعي والتأشير أو وضع علامة أخرى في هذه الخانة، فأنا أفوض

طبيبي المعالج بصفة خاصة للامتناع عن أو - إذا بدأ العلاج - سحب الموافقة على توفير التغذية أو الإماهة التي يتم إمدادها صناعياً أو تقنياً بشرط ألا أكون في حالة فقد دائم للوعي وقام طبيبي المعالج وطبيب آخر على الأقل بفحص حالتي وقرر لدرجة معقولة من اليقين الطبي أن التغذية أو الإماهة التي يتم إمدادها صناعياً أو تقنياً لن توفر الراحة لي أو تخفف ألمي. [R.C. §2133.02(A)(3) و R.C. §2133.08]

تعليمات أو قيود إضافية.

إذا لم تكن المساحة الموجودة أدناه كافية، فيمكنك إرفاق صفحات إضافية.
إذا لم تكن لديك أي تعليمات أو قيود إضافية، فاكتب "لا شيء" أدناه.

تعد لغة "الهيئة التشريعية" المقدمة أدناه مطلوبة بموجب القانون ORC §2133.07(C). توصي هيئة التبرع بالحياة بولاية أوهايو الإشارة إلى إقرارك بأنك متبرع بالأعضاء أو الأنسجة أو القرنية في إدارة المركبات بولاية أوهايو عند استلام رخصة القيادة أو إرسال النموذج إلى إدارة المركبات بولاية أوهايو إذا كنت ترغب في وضع قيود على التبرع في نموذج تسجيل المتبرعين (المرفق)).

إذا كنت تستخدم وصية الحياة هذه لإعلان إقرارك، فانظر الأعضاء و/أو الأنسجة التي تريد التبرع بها وحذف أي أغراض أخرى لا تصرح باستخدام التبرع من أجلها. يُرجى الاطلاع على نموذج التسجيل بسجل المتبرعين للمساعدة في هذا الاتجاه. وفي هذه الحالات، أخط أسرتك علمًا برغباتك في التبرع.

هبة تشريحية (اختياري)

انطلاقاً من الأمل في مساعدة الآخرين عند وفاتي، فأنا أ تبرع بموجب ذلك بالأعضاء التالية للأعراض التالية: [أكمل كلا القسمين].

القسم الأول. أعضاء الجسم. حدد خانة "جميع الأعضاء والأنسجة والعيون" أو جميع ما ينطبق في الخانة التالية.
 جميع الأعضاء والأنسجة والعيون. إذا حددت هذه الخانة، فلا تحدد أي خانات أخرى في القسم الأول وانتقل إلى القسم الثاني.

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> القلب | <input type="checkbox"/> الرئتين | <input type="checkbox"/> الكبد (والأوعية المتصلة به) | <input type="checkbox"/> البنكرياس/الخلايا الجزيرية |
| <input type="checkbox"/> الأمعاء الدقيقة | <input type="checkbox"/> الأمعاء | <input type="checkbox"/> الكليتين (والأوعية المتصلة بها) | <input type="checkbox"/> العيون/القرنية |
| <input type="checkbox"/> صمامات القلب | <input type="checkbox"/> العظم | <input type="checkbox"/> أوتار العضلات | <input type="checkbox"/> الأربطة |
| <input type="checkbox"/> الأوردة | <input type="checkbox"/> غشاء البطن | <input type="checkbox"/> الجلد | <input type="checkbox"/> الأعصاب |

القسم الثاني. الأغراض. حدد خانة "جميع الأغراض" أو جميع ما ينطبق أسفل في هذه الخانة.
 جميع الأغراض. إذا حددت هذه الخانة، فلا تحدد أي خانة أدناه.

- زرع الأعضاء العلاج إجراء الأبحاث التعليم

إذا لم أذكر رغبتني في التبرع بجميع أجزاء جسمي أو بعضها من خلال تعبئة السطور الواردة أعلاه، فلن ينشأ أي افتراض عن رغبتني في تقديم هبة تشريحية أو رفض ذلك.

توقيع صاحب الإقرار

أقر بأنني مسؤول عن إبلاغ أفراد أسرتي ووكيلي المعين في توكيل الرعاية الصحية (إذا كان عندي وكيل) وطبيبي المعالج والمحامي الخاص والمستشار الديني والآخرين بإعلان وصية الحياة. أدرك أنه يمكنني إعطاء نسخ من إعلان وصية الحياة لأي شخص.

أدرك أنه يتعين عليّ التوقيع (أو توجيه فرد للتوقيع نيابةً عني) على إعلان وصية الحياة هذا وذكر تاريخ التوقيع والإشهاد على هذا التوقيع من رجلين يتمتعان بأهلية الشهادة على التوقيع أو الإقرار على التوقيع أمام كاتب العدل. [R.C. §2133.02]

أوقع باسمي على إعلان وصية الحياة هذا

في يوم _____، في تمام الساعة _____، ولاية أوهايو.

صاحب الإقرار

[اختر إقرار الشهود أو كاتب العدل].

الشهود [R.C. §2133.02(B)(1)]

[لا يعتبر الأشخاص التالي أسماءهم شهوداً على إعلان وصية الحياة هذا:

- وكيلك في توكيل رعايتك الصحية، إن وجد.
- الوصي على شخصك أو عقاراتك، إن وجد.
- أي وكيل أو وصي بديل، إن وجد؛ أي شخص تربطه بك قرابة دم أو علاقة زواج أو تبني (مثلاً زوجتك وأطفالك).
- طبيبك المعالج.
- مدير دار التمريض الذي تتلقى الرعاية فيه.]

أنا أقر بأن صاحب الإقرار وقع أو أقر بإعلان وصية الحياة في وجودي، وأن صاحب الإقرار يبدو في كامل قواه العقلية ولا يقع تحت الإكراه أو الاحتيال أو تحت تأثير أو يخضع له.

توقيع الشاهد الأول / اسم الشاهد الأول بحروف واضحة / التاريخ

عنوان الشاهد

توقيع الشاهد الثاني / اسم الشاهد الثاني بحروف واضحة / التاريخ

عنوان الشاهد الثاني

أو إذا لم يوجد شهود آخرين،

إقرار كاتب العدل [R.C. §2133.02(B)(2)]

ولاية أو هايو
مقاطعة

إنه في يوم _____، لدي أنا، كاتب العدل الموقع أدناه، قد حضر شخصياً _____، صاحب إقرار إعلان وصية الحياة المذكورة أعلاه والذي أقر بتوقيع هذا الإعلان للأغراض المذكورة به. أشهد بأن صاحب الإقرار يبدو أنه يتمتع بكامل قواه العقلية ولا يقع تحت الإكراه أو الاحتيال أو تحت تأثير أو يخضع له.

كاتب العدل

ننتهي صلاحية تفويضي في: _____

تفويضي دائم:

@ أغسطس 2016. يمكن إعادة طبعه ونسخه لاستخدامه من قبل المحامين العموميين والأطباء المعالجين وأخصائي العظام والمستشفيات ونقابات المحامين والجمعيات الطبية والجمعيات والمؤسسات غير الربحية. لا يجوز إعادة نسخ هذا الإعلان تجارياً لبيعه بربح.

ولاية أوهايو إشعار نموذج التسجيل بسجل المتبرعين لصاحب الإقرار

(State of Ohio Donor Registry Enrollment Form Notice to Declarant)

الغرض من نموذج التسجيل بسجل المتبرعين هو توثيق رغبتك في التبرع بالأعضاء والأنسجة و/أو القرنية في وقت وفاتك.

يجب استكمال هذا النموذج فقط إذا لم تكن مسجلاً بالفعل كمتبرع في إدارة المركبات بولاية أوهايو عند تجديد رخصة القيادة أو بطاقة الهوية بالولاية عبر الإنترنت من خلال موقع إدارة المركبات بولاية أوهايو أو في السابق على نموذج ورقي. إذا كنت ترغب في تقديم هبة تشريرية أو تعديل هبة موجودة، فيجب إرسال هذا النموذج إلى إدارة المركبات بولاية أوهايو لضمان قبول رغباتك في التبرع بالأعضاء والأغشية و/أو القرنية. هذا المستند تفويض لاسترداد الأعضاء والأغشية و/أو القرنية المشار إليه في وقت وفاتك إذا كان هذا الأمر ممكنًا طبيًا.

عند إرسال هذا النموذج، سيتم تسجيل رغباتك في سجل المتبرعين بولاية أوهايو لدى إدارة المركبات بولاية أوهايو ويمكن الوصول إليه فقط من خلال هيئات استرداد الأعضاء والأغشية و/أو القرنية في وقت الوفاة. نحن نحثك على مشاركة رغباتك مع أقرب أقاربك حتى يكونوا على وعي بنيتك للتبرع.

يمكن أيضًا استخدام هذا النموذج لتعديل أو إلغاء رغبتك للتبرع. يجب إرسال النموذج المكتمل بالبريد إلى:

Ohio Bureau of Motor Vehicles
Attn: Records Request
P. O. Box 16583
Columbus, OH 43216--6583

تتناول الأسئلة الشائعة التبرع بالأعضاء والأغشية والقرنية في الصفحة الثالثة من هذا الجزء. إذا كانت لديك أسئلة أخرى محددة، فيوجد أدناه معلومات الاتصال الخاصة بهيئات استرداد الأعضاء والأغشية بالولاية ولا تتردد في الاتصال بهم أو التوجه لزيارة مواقعهم.

نموذج التسجيل بسجل المتبرعين بولاية أوهايو

إذا لم تكن مسجلاً بالفعل كمتبرع في إدارة المركبات بولاية أوهايو عند تجديد رخصة القيادة أو بطاقة الهوية بالولاية، فيجب إرسال نموذج تسجيل المتبرع بولاية أوهايو إلى إدارة المركبات بولاية أوهايو للتأكد من قبول رغباتك بخصوص التبرع بالأعضاء والأغشية. هذا المستند تفويض لاسترداد الأعضاء والأغشية و/أو القرنية المشار إليه في وقت وفاتك إذا كان هذا الأمر ممكن طبيًا. عند إرسال هذا النموذج، سيتم تسجيل رغباتك في سجل المتبرعين بولاية أوهايو لدى إدارة المركبات بولاية أوهايو ويمكن الوصول إليه فقط من خلال هيئات استرداد الأعضاء والأغشية و/أو القرنية في وقت الوفاة. نحن نحثك على مشاركة رغباتك مع أقرب أقاربك حتى يكونوا على وعي بنيتك للتبرع. يمكن أيضًا استخدام هذا النموذج لتعديل أو إلغاء رغبتك للتبرع.

للتسجيل، يُرجى استكمال وإرسال نموذج التسجيل هذا بالبريد إلى:

Ohio Bureau of Motor Vehicles
Attn: Records Request
P.O. Box 16583
Columbus, OH 43216--6583

يُرجى الكتابة بحروف واضحة

الاسم الأخير	الأول	الأوسط
العنوان البريدي		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الهاتف	تاريخ الميلاد	رقم رخصة القيادة/بطاقة الهوية بولاية أوهايو أو رقم الضمان الاجتماعي

خيارات التسجيل بسجل المتبرعين

الخيار الأول		
<input type="checkbox"/> عند وفاتي، أتبرع بأعضائي والأنسجة والعيون كهبة تشريحية لأي غرض يصرح به القانون.		
الخيار الثاني		
<input type="checkbox"/> عند وفاتي، أتبرع بأعضائي التالية والأنسجة و/أو العيون كهبة تشريحية على النحو المحدد أدناه:		
<input type="checkbox"/> جميع الأعضاء والأنسجة والعيون		
الأعضاء		
<input type="checkbox"/> القلب	<input type="checkbox"/> الأمعاء	<input type="checkbox"/> العيون/القرنية
<input type="checkbox"/> الرئتين	<input type="checkbox"/> الأمعاء الدقيقة	<input type="checkbox"/> صمامات القلب
<input type="checkbox"/> الكبد (والأوعية المتصلة به)	<input type="checkbox"/> العظام	<input type="checkbox"/> الأوردة
<input type="checkbox"/> الكلية (والأوعية المتصلة بها)	<input type="checkbox"/> أوتار العضلات	<input type="checkbox"/> غشاء البطن
<input type="checkbox"/> البنكرياس/الخلايا الجزيرية	<input type="checkbox"/> الأربطة	<input type="checkbox"/> الجلد
<input type="checkbox"/> جميع الأغراض للأغراض التالية التي يصرح بها القانون:	<input type="checkbox"/> إجراء الأبحاث	<input type="checkbox"/> التعليم
<input type="checkbox"/> زرع الأعضاء	<input type="checkbox"/> العلاج	
الخيار الثالث		
<input type="checkbox"/> الرجاء حذف من سجل المتبرعين.		

توقيع المُسجِّل المتبرع	التاريخ
X	

التبرع بأعضاء الجسم والأنسجة في ولاية أوهايو

يمكن أن يساعد الفرد على تحسين جودة حياة الآخرين الذين يعانون من فشل في وظائف الأعضاء أو عيوب خلقية أو سرطان بالعظام أو إصابات العظام أو الحروق أو فقدان البصر وغيرها. يمكن للمتبرع بالأعضاء إنقاذ حياة 8 أشخاص بالتبرع بالقلب والرئتين والكلية والبنكرياس والأمعاء الدقيقة والكبد. هناك ما يزيد على 123,000 أمريكي في قائمة الانتظار الوطنية لزراعة الأعضاء المنقذة للحياة؛ يوجد 3,400 شخص في ولاية أوهايو بحاجة إلى ذلك. وتشير الإحصاءات إلى أن 18 شخصاً في الولايات المتحدة يموتون كل يوم انتظاراً لعمليات زرع الأعضاء. عندما تسجل كمتبرع، تأكد من مشاركة القرار مع أفراد أسرتك.

من الذي يصبح متبرعاً؟ يستطيع جميع الأفراد الذين تزيد أعمارهم على 15½ عاماً التسجيل وتقديم تفويض مسبق بالتبرع. يتم تحديد الجدوى الطبية للتبرع في وقت الوفاة. في حالة وفاة قاصر قبل عمر 18 عاماً، فيمكن للوالد تعديل أو إلغاء قرار التبرع.

هل توجد قيود عمرية للمتبرعين؟ يعتبر الناس من جميع الأعمار والسجلات الطبية متبرعين محتملين. كما يعتبر المواليد الجدد وكبار السن من المواطنين متبرعين بالأعضاء. تحدد الحالة الطبية في وقت الوفاة الأعضاء والأغشية التي يمكن التبرع بها.

إذا انضمت إلى سجل المتبرعين، هل يؤثر ذلك على جودة الرعاية الطبية التي ألقاها في المستشفى؟ لا، يُعنى الأطباء في المستشفى برعاية المريض الموجود بين أيديهم ولا يهتمون بالتبرع وزرع الأعضاء. إذ يُبذل كل جهد لإنقاذ حياتك قبل النظر في التبرع.

هل يؤدي التبرع إلى تشويه جسمي؟ هل توجد جنازة الصندوق المفتوح؟ لا يُحدث التبرع تشويهاً في الجسم ولا يمنع من أو يؤخر الجنازة بما في ذلك خدمات الصندوق المفتوح.

هل تتحمل الأسرة أي تكاليف نظير التبرع؟ لا تسدد أسرة المتبرع تكلفة التبرع. تتكفل هيئة الإنعاش المحددة بسداد كل التكاليف المتعلقة بالتبرع بالأعضاء والعيون والأنسجة.

هل التبرع موافق للشرع؟ توافق جميع الأديان الرئيسية على التبرع بالأعضاء والعيون والأنسجة كعمل خيري إيثاري.

هل يمكنني بيع أعضائي؟ لا، إن القانون الوطني لزراعة الأعضاء يحظر بيع أعضاء وأنسجة الإنسان. يخضع مخالفو القانون للغرامة والسجن. من بين الأسباب التي استند إليها هذا القانون هي قلق الكونجرس بأن شراء وبيع الأعضاء قد يؤدي إلى الوصول غير العادل إلى أعضاء المتبرع مع توافر ميزة غير عادلة للأثرياء.

كيف يتم توزيع الأعضاء؟ يتم توفيق أعضاء المتبرع مع المستفيدين منها من خلال نظام منظم فيدرالياً بناء على عدد من العوامل مثل نوع الدم وحجم الجسم والاستعجال الطبي والوقت في قائمة الانتظار والموقع الجغرافي.

هل يمكن أن أكون متبرعاً بالأعضاء والأنسجة وأتبرع في نفس الوقت بجسمي لإجراء التجارب العلمية. للتبرع بالجسم ككل أولوية على التبرع بالأعضاء والأنسجة. إذا أردت التبرع بالجسم ككل، فيجب اتخاذ الترتيبات مع كلية الطب أو مؤسسة الأبحاث قبل وفاتك. تدرس كليات الطب ومؤسسات الأبحاث والهيئات الأخرى الجسم للحصول على تصور أكبر للتشريح وطبيعة المرض لدى البشر. كما يعتبر هذا البحث مهم للغاية لإنقاذ وتحسين حياة البشر.

هل هذا التسجيل يصرح بالتبرع بالحياة؟ لا، التبرع بالحياة ليس مصرحاً به في هذا التسجيل. من الممكن التبرع بالكلية أو جزء من الكبد أو الرئة أثناء الحياة، لكن يتم ترتيب ذلك على أساس فردي من خلال مراكز زرع الأعضاء الخاصة.

لمزيد من المعلومات حول التبرع، اتصل بأحد جمعيات التبرع بالأعضاء الأربعة على نطاق الولاية المحددة فيدرالياً:

شمال شرق ولاية أوهايو لايف بانك	غرب ولاية أوهايو جمعية الاتصال بالحياة بولاية أوهايو	وسط وجنوب غرب ولاية أوهايو خط الحياة بولاية أوهايو	جنوب غرب ولاية أوهايو مركز الحياة
www.lifebanc.org	www.lifeconnectionofohio.org	www.lifelineofohio.org	www.lifepassiton.org
216.752.5433	937.223.8223	877.223.6667	513.558.5555