

التوجيهات المسبقة كومولث فرجينيا

أنا، _____، أكشف عن قصد وطوعاً عن رغباتي في حالة عدم قدرتي على اتخاذ قرار سليم، كما يلي:

إنني أفهم أن التوجيه المسبق الخاص بي قد يتضمن اختيار وكيل وكذلك توضيح اختياري المتعلقة بالرعاية الصحية. ويعني مصطلح "الرعاية الصحية" تقديم الخدمات لأي شخص بغرض منع الإصابة بالأمراض البشرية أو تخفيفها أو علاجها أو علاج الإصابات أو الإعاقة البدنية، التي تشمل دون الاقتصار على، العلاجات؛ أو الجراحة أو عمليات نقل الدم؛ أو العلاج الكيماوي؛ أو العلاج الإشعاعي؛ أو الدخول إلى مستشفى، أو منشأة حياة معززة أو منشأة رعاية صحية أخرى؛ أو العلاج النفسي أو علاجات الصحة العقلية الأخرى؛ وإجراءات إطالة الحياة والرعاية الملطفة.

أما عبارة "عدم القدرة على اتخاذ قرار سليم" فتعني عدم القدرة على فهم الطبيعة أو المدى أو النتائج المتوقعة لقرار رعاية صحية مقترح أو عدم القدرة على القيام بتقييم عقلائي لمخاطر وفوائد قرار الرعاية الصحية المقترح مقارنة بمخاطر وفوائد بدائل هذا القرار، أو عدم القدرة على نقل هذا الفهم بأي طريقة من الطرق.

سيتم اتخاذ القرار الخاص بعدم قدرتي على اتخاذ قرار سليم بواسطة طبيبي المعالج وطبيب ثان أو أخصائي نفسي علاجي مصرح له بعد إجراء اختبار شخصي لي وسوف يتم اعتماد ذلك القرار كتابياً. ولن يشارك الطبيب الثاني أو الأخصائي النفسي العلاجي المصرح له في علاجي في الوقت الحالي، إلا إذا كان ذلك الطبيب المستقل أو الأخصائي النفسي العلاجي المصرح له غير متواجد بشكل معقول. سوف يُطلب هذه الشهادة قبل تقديم الرعاية الصحية أو استمرارها أو إيقافها أو منعها، وقبل منح أي وكيل محدد سلطة اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عني، وقبل أو بأسرع وقتٍ ممكن من الناحية العملية وبشكل معقول بعد تقديم الرعاية الصحية أو استمرارها أو إيقافها أو منعها وكل 180 يوم بعد ذلك مع تواجد الحاجة إلى استمرار الرعاية الصحية.

إذا تقرر، في أي وقت، أنني غير قادر على اتخاذ قرار سليم قائم على المعرفة فإنه سيتم إخطاري، إلى الحد الذي أستطيع به تلقي ذلك الإخطار، بأنه قد تم اتخاذ هذا القرار قبل تقديم الرعاية الصحية أو استمرارها أو إيقافها أو منعها. كما سيتم تقديم هذا الإخطار، بأسرع وقتٍ ممكن من الناحية العملية، إلى وكيلي المحدد أو الشخص المصرح له بواسطة § 54.1-2986 باتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني. إذا قررت في وقتٍ لاحق أنني قادر على اتخاذ قرار سليم بواسطة طبيب ما، كتابياً، بمجرد إجراء اختبار شخصي، فإن أية قرارات أخرى للرعاية الصحية سوف تتطلب موافقة قائمة على المعرفة.

الخيار 1: تعيين وكيل ما (اشطب الخيارين الأول والثاني إذا كنت لا ترغب في تعيين وكيل ما لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك).

إنني بموجب هذه الوثيقة أعين _____ (وكيل أساسي)، (العنوان والهاتف)

_____،
كوكيل خاص بي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني كما هو مصرح به في هذه الوثيقة.
إذا كان _____ غير متواجد أو غير قادر أو غير مستعد
للتصرف كوكيل لي، فإنني أعين بناءً على ذلك (وكيل لاحق)، أو (العنوان والهاتف)

_____،
للتصرف في حدود هذه المقدر.

إنني بموجب هذه الوثيقة أمنح وكيلي، المحدد أعلاه، كل الصلاحيات والسلطة لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني كما هو مبين أدناه متى تحدد عدم قدرتي على اتخاذ قرار سليم. وتعتبر سلطة وكيلي التالية سلطة فعالة بمجرد ما أن يتحدد عدم قدرتي على اتخاذ قرار سليم.

عند ممارسة سلطة اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني، سوف يتبع وكيلي الخاص أي رغبات وتفضيلات مذكورة في هذه الوثيقة أو أي رغبات وتفضيلات أخرى معروفة من جانبه. سيتم توجيه وكيلي من خلال التشخيص الطبي الخاص بي ومن خلال أية معلومات مقدمة من جانب الأطباء فيما يتعلق بالتدخل والألم والمخاطر والمضاعفات الجانبية المرتبطة بتناول العلاج من عدمه. لن يقوم وكيلي الخاص بي باتخاذ أي قرار يتعلق بالرعاية الصحية يعرف، أو تحت استفسار معقول ينبغي أن يعرف، أنه يتعارض مع معتقداتي الدينية أو قيمي الأساسية، سواء تم التعبير عنها شفهيًا أم كتابياً. إذا لم يتمكن وكيلي من تحديد خيار الرعاية الصحية الذي كنت سأأخذُه بنفسِي، فحين إذن سيقوم وكيلي الخاص بالاختيار نيابة

عني استناداً إلى ما يعتقد أنه أفضل مصلحة بالنسبة لي.

الخيار 2: سلطات الوكيل الخاص بي (اشطب أية لغة لا تريدها وأضف أية لغة تريدها).

سوف تتضمن سلطات الوكيل الخاص بي ما يلي:

- أ. قبول أو رفض أو سحب الموافقة على أي نوع من أنواع علاج الرعاية الصحية، أو الإجراءات الجراحية، أو الإجراءات التشخيصية أو الأدوية واستخدام الإجراءات الميكانيكية أو الإجراءات الأخرى التي تؤثر على أية وظيفة من وظائف الجسم، التي تشمل دون الاقتصار على، التنفس الاصطناعي والتغذية والإمالة التي يتم إجراؤها صناعياً والإنعاش القلبي الرئوي. يتضمن هذا التفويض بشكل خاص سلطة الموافقة على تناول الجرعات الخاصة بأدوية تخفيف الألم بشكل يزيد عن الجرعات الموصى بها بقدر يكفي لتخفيف الألم، حتى وإن كانت هذه الأدوية تنطوي على مخاطر الإدمان أو تعجل من وفاتي بشكل غير مقصود.
- ب. طلب وتلقي ومراجعة أية معلومات، سواء كانت شفوية أم مكتوبة، تتعلق بالصحة البدنية أو العقلية، التي تشمل دون الاقتصار على، السجلات الطبية وسجلات المستشفى، وكذلك الموافقة على الكشف عن هذه المعلومات؛
- ج. توظيف وفصل مقدمي خدمات الرعاية الصحية؛
- د. التصريح بدخولي أو خروجي (بما في ذلك الانتقال إلى منشأة أخرى) من أي مستشفى، أو دار رعاية المحتضرين أو دار للرعاية الصحية أو منشأة الحياة المساعدة أو أية منشأة أخرى من منشآت الرعاية الصحية الطبية. إذا صرحت بالدخول إلى إحدى منشآت الرعاية الصحية من أجل علاج مرض عقلي، فإن هذه السلطة يتم تحديدها في مكان آخر في هذا التوجيه المسبق.
- هـ. التصريح بأي دخول إلى إحدى منشآت الرعاية الصحية للعلاج من مرض عقلي لمدة لا تزيد عن 10 أيام بشرط ألا أعارض على عملية الدخول وأن يقوم أحد أطباء طاقم العمل أو المعينين بواسطة منشأة الدخول المقترح بفحصي وأن يحدد كتابياً أنني مصاب بمرض عقلي وأني غير قادر على اتخاذ قرار سليم فيما يتعلق بدخولي، ولذا فأنا أحتاج إلى العلاج داخل المنشأة؛ والتصريح بخروجي (بما في ذلك الانتقال إلى منشأة أخرى) منها؛
- و. التصريح بدخولي إلى إحدى منشآت الرعاية الصحية لتلقي العلاج من مرض عقلي لمدة لا تزيد عن 10 أيام تقويمية، حتى رغم اعتراضي، في حالة قيام أحد أطباء طاقم العمل أو المعينين بواسطة منشأة الدخول المقترحة بفحصي وحدد كتابياً أنني مصاب بمرض عقلي وأني غير قادر على اتخاذ قرار سليم قائم على المعرفة فيما يتعلق بدخولي، ولذا فأنا أحتاج إلى العلاج داخل المنشأة؛ والتصريح بخروجي (بما في ذلك الانتقال إلى منشأة أخرى) منها. (يشهد طبيبي الخاص أو الأخصائي النفسي العلاجي المصرح له بموجب هذه الوثيقة أنني قادر على اتخاذ قرار سليم وأني أفهم وأعي النتائج المترتبة على تقديم توجيهاتي المسبقة:
- ز. التصريح بأشكال محددة من الرعاية الصحية الموضحة في هذا التوجيه المسبق (حدد الإسناد الترافقي إلى الأجزاء الأخرى من التوجيه) حتى رغم اعتراضي. (يشهد طبيبي الخاص أو الأخصائي النفسي العلاجي المصرح له بموجب هذه الوثيقة أنني قادر على اتخاذ قرار سليم وأني أفهم وأعي النتائج المترتبة على تقديم التوجيه المسبق الخاص بي:
- ح. الاستمرار في القيام بوظيفة الوكيل حتى في حالة اعتراضي على سلطة الوكيل الخاص بي بعد أن قررت عدم قدرتي على اتخاذ قرار سليم؛
- ط. التصريح بمشاركتي في أي دراسة من دراسات الرعاية الصحية المصدّق عليها من جانب مجلس المراجعة المؤسسية أو لجنة مراجعة الأبحاث بما يتفق مع القانون الفيدرالي وقانون الولاية الذي يقدم ما هو متوقع من الفائدة العلاجية لي؛
- ي. التصريح بمشاركتي في أي دراسة من دراسات الرعاية الصحية المصدّق عليها من جانب مجلس المراجعة المؤسسية أو لجنة مراجعة الأبحاث بما يتفق مع القانون الفيدرالي وقانون الولاية الذي يهدف إلى زيادة الفهم العلمي لأي ظرف من الظروف يُحتمل أن يكون موجود أو بطريقة أخرى تحسين الرفاهية البشرية، رغم أنها لا تقدم أي توقع للفائدة المباشرة لي؛
- ك. لاتخاذ قرارات تتعلق بالزيارة خلال أي وقت مسموح لي فيه بالدخول إلى أية منشأة منشآت الرعاية الصحية، بما يتفق مع التوجيهات التالية:

؛ و

ل. القيام بأية إجراءات قانونية ربما تكون ضرورية لتنفيذ هذه القرارات، بما في ذلك منح حالات إعفاء من المسؤولية لمقدمي خدمات الرعاية الصحية، علاوة على ذلك، لن يكون الوكيل الخاص بي مسؤولاً عن تكاليف الرعاية الصحية بموجب تصريحه، والذي يستند بالشكل الأوحد إلى ذلك التصريح.

الخيار 3: إرشادات الرعاية الصحية (اشطب الفقرات 'أ' و/أو 'ب'، إذا كنت لا ترغب في تقديم إرشادات خاصة إضافية عن رعايتك الصحية).
أ. إنني أمر وبشكل محدد أنني سوف ألتقى الرعاية الصحية التالية إذا كانت مناسبة من الناحية الطبية في ظل ظروف معينة كما هو محدد من جانب طبيبي المعالج

ب. إنني أمر وبشكل محدد أن الرعاية الصحية التالية لن أقدم لي في ظل الظروف التالية (يمكنك تحديد الرعاية الصحية غير المقدمة تحت أي ظرف من الظروف):

الخيار 4: الإرشادات الخاصة بإنهاء الحياة (اشطب هذا الخيار إذا كنت لا ترغب في تقديم الإرشادات الخاصة بالرعاية الصحية إذا كنت في المرحلة النهائية من المرض).

إذا كان ينبغي على طبيبي المعالج في أي وقت من الأوقات أن يقرر بأنني في المرحلة النهائية من المرض حيث سيعمل تطبيق إجراءات إطالة الحياة – التي تشمل التنفس الاصطناعي والإنعاش القلبي الرئوي والتغذية والإماهة التي يتم إجراؤها صناعياً – فقط على إطالة عملية الاحتضار بشكل صناعي، فإنني أمر بإيقاف هذه الإجراءات أو منعها، وأن يُسمح لي بالوفاة بشكل طبيعي فقط من خلال تناول الأدوية أو من خلال أداء أي إجراء طبي يُعتقد أنه ضروري لتزويدي بالراحة أو لتخفيف الألم عني.

الخيار أ: إرشادات أخرى عن إجراءات إطالة الحياة. (إذا كنت ترغب في تقديم التوجيهات الخاصة بك، أو كنت ترغب في تكملة التوجيهات التي قمت بتقديمها من قبل، يمكنك القيام بذلك هنا. وإذا كنت ترغب في تقديم إرشادات خاصة تتعلق بإجراءات معينة لإطالة الحياة، كالتنفس الاصطناعي أو الإنعاش القلبي الرئوي أو التغذية أو الإماهة التي يتم إجراؤها صناعياً، فينبغي عليك كتابتها هنا). إنني أمر بـ:

الخيار ب: تتضمن الإرشادات الأخرى التي تتعلق برعايتي إذا كنت في مرحلة نهائية من المرض ما يلي:

في حالة فقدان قدرتي على تقديم التوجيهات المتعلقة باستخدام إجراءات إطالة الحياة، يكون في نيتي أن يتم قبول هذا التوجيه المسبق من جانب أسرتي ومن جانب الطبيب كتعبير نهائي عن حقي القانوني في رفض الرعاية الصحية وقبول النتائج

المرتتبة على هذا الرفض.

الخيار 5: تعيين وكيل ما للقيام بهبة تشريحية أو التبرع بعضو من الأعضاء أو نسيج من الأنسجة أو إحدى العينين (اشطب إذا كنت لا ترغب في تعيين وكيل ما للقيام بهبة تشريحية أو التبرع بعضو من الأعضاء أو نسيج من الأنسجة أو إحدى العينين نيابة عنك).

إنني أمر، بمجرد وفاتي، بأن يتم القيام بهبة تشريحية أو التبرع بجميع أعضاء جسمي أو عضو معين أو نسيج أو إحدى العينين بموجب الفقرة 2 (289.2- 32.1 § وما يليها) من الفصل 8 الباب 32.1 وبما يتفق مع توجيهاتي، إن وجدت. وإنني بموجب هذه الوثيقة أقوم بتعيين _____
كوكيل لي، (العنوان ورقم الهاتف)

6
للقيام بمثل هذه الهبة التشريحية أو التبرع بأحد الأعضاء أو الأنسجة أو إحدى العينين عقب وفاتي. إنني أمر إلى أبعد من ذلك ب: (توجيهات صاحب الإقرار المتعلقة بالهبة التشريحية أو التبرع بأحد الأعضاء أو الأنسجة أو إحدى العينين).

لا يلغى هذا التوجيه المسبق في حالة إعاقتي.

التأكيد وحق الإلغاء: بالتوقيع أدناه، أوضح أنني قادر من الناحية العاطفية والعقلية على إجراء هذا التوجيه المسبق وأني أفهم الغرض من أثر هذه الوثيقة. كما أنني أفهم أنه بإمكانني إلغاء كل أو أي جزء من هذه الوثيقة في أي وقت (1) بكتاب موقع ومؤرخ؛ أو (2) بالإلغاء أو التدمير المادي لهذا التوجيه المسبق بنفسي أو بتوجيه شخص آخر لتدميره في حضوري؛ أو (3) بالإفصاح الشفهي عن نيتي في الإلغاء.

(التاريخ)

(توقيع صاحب الإقرار)

قام صاحب الإقرار بالتوقيع على التوجيه المسبق المذكور أعلاه في حضوري.
(الشاهد)

(الشاهد)