

اسم المريض _____

تاريخ الولادة _____

رقم السجل الطبي إن وجد : _____

← **التعليمات:** يجب أن يتلقى كل مريض عناية تامة لراحته.

← يجب أن يتم توقيع هذه الاستمارة استناداً لأهداف نقاشات الرعاية بين المريض (أو الممثل عن المريض الموقع أدناه) والطبيب الموقع.

← الفقرات **A** إلى **C** تُعتبر أوامر سارية المفعول فقط إذا كانت الفقرات **D** و **E** كاملة. الفقرة **F** سارية المفعول فقط إذا كانت الفقرتان **G** و **H** كاملتان.

← إذا كانت أي فقرة غير كاملة فلا يوجد حد للعلاج المشار له في تلك الفقرة.

← الاستمارة سارية المفعول فور توقيعها. النسخ والفاكس والصور الالكترونية منها والموقعة بشكل صحيح تعتبر إستمارة الأوامر الطبية لولاية ماساشوستس لعلاج إدامة الحياة سارية المفعول.

<p>الإنعاش القلبي الرئوي: للمريض المتعرض لتوقف قلبي أو رئوي</p> <p>حاول الإنعاش <input type="radio"/> لا تُنَعِش <input type="radio"/></p>	<p>A</p> <p>أشّر على دائرة واحدة ←</p>
<p>التهوية: لمريض يعاني من ضائقة تنفسية</p> <p>لا تُقَم بالتنبيب والتهوية <input type="radio"/></p> <p>قُم بالتنبيب ادخال انبوب " والتهوية <input type="radio"/></p> <p>إستخدم التهوية الغير اجتياحية (مثلا التهوية بالضغط الإيجابي المستمر) <input type="radio"/></p> <p>لا تستخدم التهوية الغير اجتياحية (مثلا التهوية بالضغط الإيجابي المستمر) <input type="radio"/></p>	<p>B</p> <p>أشّر على دائرة واحدة ←</p> <p>أشّر على دائرة واحدة ←</p>
<p>النقل للمستشفى</p> <p>لا تنقل للمستشفى (إلا إذا كان المريض بحاجة للراحة) <input type="radio"/></p> <p>انقل للمستشفى <input type="radio"/></p>	<p>C</p> <p>أشّر على دائرة واحدة ←</p>
<p>أشّر على دائرة واحدة أدناه لمعرفة من يوقع الفقرة D :</p> <p>مريض <input type="radio"/> وكيل الرعاية الصحية <input type="radio"/> وصي* <input type="radio"/> والدة(ة) / وصي على طفل قاصر * <input type="radio"/></p> <p>توقيع المريض يؤكد أن هذه الاستمارة قد تم توقيعها بإرادة المريض الحرة وتعكس وصاياها/وصاياها وأهداف العلاج كما تم شرحها للموقع في الفقرة (E). التوقيع من قبل ممثل المريض (المذكور أعلاه) يؤكد على أن هذه الاستمارة تعكس تقييم الموقع(ة) لوصايا وأهداف العلاج، أو إذا كانت هذه الأهداف غير معروفة ، فيعكس التوقيع تقدير الموقع لأفضل مصالح المريض. * يستطيع الوصي أن يوقع فقط للحد الذي تسمح به قوانين ولاية ماساشوستس . إستشر مستشار قانوني إذا كانت لديك أسئلة حول سلطة الوصي.</p> <p>توقيع المريض (أو الشخص الذي يمثل المريض) _____</p> <p>تاريخ التوقيع _____</p> <p>اسم الموقع بخط واضح _____</p> <p>رقم هاتف الموقع _____</p>	<p>D</p> <p>مطلوب</p> <p>أشّر على دائرة واحدة</p> <p>وأملأ جميع الأسطر للحصول على صفحة رقم 1 سارية المفعول</p>

توقيع الطبيب
E
مطلوب
أملأ جميع الأسطر
للحصول على صفحة
رقم 1 سارية المفعول

توقيع الدكتور أو الممرضة الممارسة أو مساعد الدكتور يؤكد أن هذه الاستمارة تعكس وبدقة نقاش/ مناقشات مع موقع الفقرة D

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
تاريخ وقت التوقيع

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
توقيع الدكتور أو الممرضة الممارسة أو مساعد الدكتور

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
رقم هاتف الموقع

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
اسم الموقع بخط واضح

أختياري

لا تنتهي صلاحية هذه الاستمارة إلا إذا تم التصريح لذلك بوضوح

تاريخ انتهاء
صلاحية الاستمارة
(إن وجد)
ومعلومات أخرى

تاريخ انتهاء صلاحية الاستمارة (إن وجد) _____

اسم وكيل الرعاية الصحية _____ رقم الهاتف _____

ا

اسم طبيب العائلة _____ رقم الهاتف _____

أرسل هذه الاستمارة مع المريض في جميع الأوقات
قانون المسائلة وقابلية التأمين الصحي يسمح للكشف عن هذه الاستمارة لأخصائيي الرعاية الصحية عند الضرورة للعلاج

اسم المريض: _____ تاريخ ولادة المريض: _____ رقم السجل الطبي إن وجد _____

إفادة تفضيلات المريض لطرق العلاج الطبية الأخرى

F

التنبيب "إدخال انبوب التنفس" والتهوية

أشر على دائرة واحدة ←

- ارجع إلى الفقرة B
صفحة 1
- استخدم التنبيب والتهوية كما مشار اليه في
الفقرة B ولكن لفترة قصيرة الامد فقط
- غير مقرر
 لم يتم مناقشته

تهوية غير أجتياحية (مثلا التهوية بالضغط الإيجابي المستمر)

أشر على دائرة واحدة ←

- ارجع إلى الفقرة B
صفحة 1
- استخدم التنبيب والتهوية كما مشار اليه في
الفقرة B ولكن لفترة قصيرة الامد فقط
- غير مقرر
 لم يتم مناقشته

ديليزة (غسيل الكلية)

أشر على دائرة واحدة ←

- لا تستخدم الديليزة (غسيل
الكلية)
- استخدم الديليزة ولكن لفترة قصيرة الامد فقط
- غير مقرر
 لم يتم مناقشته

التغذية الاصطناعية

أشر على دائرة واحدة ←

- لا تستخدم التغذية
الاصطناعية
- استخدم التغذية الاصطناعية ولكن لفترة
قصيرة الامد فقط
- غير مقرر
 لم يتم مناقشته

التروية " إعطاء سوائل " الاصطناعية

أشر على دائرة واحدة ←

- لا تستخدم التروية
الاصطناعية
- استخدم التروية الاصطناعية ولكن لفترة قصيرة
الامد فقط
- غير مقرر
 لم يتم مناقشته

أشر على دائرة واحدة أدناه لمعرفة من يوقع الفقرة G :

0 مريض 0 وكيل الرعاية الصحية 0 وصي* 0 والد(ة) / وصي على طفل قاصر *

توقيع المريض (أو الشخص الذي يمثل المريض)
G
 مطلوب

أشر على دائرة واحدة وأملأ جميع الأسطر للحصول على صفحة رقم 2 سارية المفعول

توقيع المريض يؤكد أن هذه الاستمارة قد تم توقيعها بإرادة المريض الحرة وتعكس وصاياه/وصاياها وأهداف العلاج كما تم شرحها للموقع في الفقرة (H) . التوقيع من قبل ممثل المريض (المذكور أعلاه) يؤكد على أن هذه الاستمارة تعكس تقييم الموقع(ة) لوصايا وأهداف العلاج، أو إذا كانت هذه الأهداف غير معروفة ، فيعكس التوقيع تقدير الموقع لمصلحة المريض.*
يستطيع الوصي أن يوقع فقط للحد الذي تسمح به قوانين ولاية ماساشوستس . إستشر مستشار قانوني إذا كانت لديك أسئلة حول سلطة الوصي.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

تاريخ التوقيع

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

توقيع المريض (أو الشخص الذي يمثل المريض)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

اسم الموقع بخط واضح

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

رقم هاتف الموقع

توقيع الدكتور أو الممرضة الممارسة أو مساعد الدكتور يؤكد أن هذه الاستمارة تعكس وبدقة نقاش/ نقاشات مع موقع الفقرة D

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

تاريخ ووقت التوقيع

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

توقيع الدكتور أو الممرضة الممارسة أو مساعد الدكتور

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

رقم هاتف الموقع

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

اسم الموقع بخط واضح

توقيع الطبيب

H

مطلوب

أملأ جميع الأسطر للحصول على صفحة رقم 2 سارية المفعول

تعليمات إضافية للمتخصصين في الرعاية الصحية

- ← اتبع التعليمات المدرجة في A و B و C و أحترم التفضيلات المدرجة في الفقرة F إلى أن تتاح الفرصة لطبيب للاطلاع كما هو موضح أدناه.
- ← أي تغيير في هذه الاستمارة يتطلب أن تلغى هذه الاستمارة وتوقيع استمارة جديدة. لإلغاء الاستمارة أكتب كلمة ملغى بأحرف كبيرة عبر جانبي الاستمارة. إذا لم يتم ملئ استمارة جديدة ، فلن تكون هناك أي حدود موثقة للعلاج وقد يتم إعطاء علاج كامل.
- ← أعد مناقشة أهداف المريض لتفضيلات الرعاية والعلاج بطريقة طبية تتماشى مع تطور المرض، أو أثناء النقل إلى مكان رعاية جديد أو درجة رعاية جديدة، أو إذا تغيرت التفضيلات. عدّل الاستمارة عند الحاجة لكي تعكس تفضيلات العلاج بدقة.
- ← يستطيع المريض أو الوكيل الصحي (إذا كان المريض غير قادر) أو الوصي أو الوالد(ة)/الوصي* إذا كان المريض قاصرا ، أن يبطل مفعول إستمارة الأوامر الطبية لولاية ماساشوستس لعلاج إدامة الحياة في أي وقت و/أو طلب وإستلام العلاج الطبي اللازم و المرفوض في السابق.* يستطيع الوصي أن يوقع فقط للحد الذي تسمح به قوانين ولاية ماساشوستس . إستشر مستشار قانوني إذا كانت لديك أسئلة حول سلطة الوصي.