



## Advance Directives and Durable Power of Attorney for Health Care

التوجيهات المُسبقة والوكالة  
القانونية غير القابلة للعزل  
لِلرعاية الطبية

*This form lets you have a say about how you want  
to be treated if you get very sick.*

تتيح لك هذه الاستمارة إبداء رأيك حول الطريقة التي تود  
العلاج بها إذا كنت مريضًا جدًّا.



Adapted with approval from the Creative Commons Attribution-Non Commercial-Share Alike License  
by Henry Ford Health System. Revised March 2014

تم التعديل بواسطة شركة Henry Ford Health System بموافقة من  
رخصة المشاع الإبداعي المشتركة غير التجارية. تمت المراجعة في مارس 2014



This form has five parts. It lets you:  
تشتمل هذه الاستمارة على خمسة أجزاء. وهي تتيح لك:

**Part 1: Choose a Patient Advocate.**  
الجزء 1: اختيار وكيل المريض.

A Patient Advocate is a person who can make medical decisions for you if you are too sick or unable to make them yourself. وكيل المريض هو شخص يستطيع اتخاذ القرارات الطبية من أجلك إذا كنت مريضًا جدًا أو غير قادر على اتخاذ تلك القرارات بنفسك.



**Part 2: Make your own health care choices.**  
الجزء 2: اتخذ اختيارات الرعاية الصحية الخاصة بك.

This form lets you choose the kind of health care you want. تتيح لك هذه الاستمارة اختيار نوع الرعاية الصحية التي تريدها.

This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are too sick to tell them yourself. وبهذه الطريقة، لن يضطر من يهتمون بك إلى تخمين ما تريد إذا كنت مريضًا جدًا لدرجة أنك لا تستطيع أن تخبرهم بنفسك.



**Part 3: Sign the form.**  
الجزء 3: توقيع الاستمارة.

You must sign the form before it can be used. يجب عليك توقيع الاستمارة قبل استخدامها.

**Part 4: Ask your Patient Advocate to sign.**  
الجزء 4: اطلب من وكيل المريض التوقيع.

Your Patient Advocate must sign on page 11 to agree to be your Patient Advocate. يجب على وكيل المريض التوقيع على صفحة 11 للموافقة على أن يكون وكيل المريض.



**Part 5: Have your Patient Advocate make mental health choices for you. (This is optional.)**  
الجزء 5: اسمح لوكيل المريض بأن يقوم بإجراء اختيارات الصحة النفسية من أجلك. (هذا أمر اختياري.)

يجب عليك التوقيع على هذه الصفحة فقط إذا كنت ترغب في هذا الخيار.

You must sign this page only if you want this option. يجب عليك التوقيع على هذه الصفحة فقط إذا كنت ترغب في هذا الخيار.

Fill out only the parts you want. Always sign the form in Part 3.

2 witnesses need to sign on page 10.

املأ الأجزاء التي تريدها فقط. وقم بتوقيع الاستمارة في الجزء 3 دائمًا.  
يلزم وجود شاهدين للتوقيع على صفحة 10.

WRITE YOUR NAME HERE

اكتب اسمك هنا

DATE OF BIRTH: (Month/Day/Year)

تاريخ الميلاد: (شهر/يوم/سنة)

If you only want a Patient Advocate named go to Part 1 on page 3.

إذا كنت تريد تعيين وكيل مريض فقط، فانتقل إلى الجزء 1 في صفحة 3.

If you only want to make your own health care choices go to Part 2 on page 6.

إذا كنت تريد القيام باختيارات رعايتك الصحية بنفسك، فانتقل إلى الجزء 2 في صفحة 6.

If you want both then fill out Part 1 and Part 2.

إذا كنت تريد كليهما، فعليك إكمال الجزء 1 والجزء 2.

Always sign the form in Part 3 on page 9. Two witnesses need to sign on page 10.

وقع الاستمارة دائماً في الجزء 3 في صفحة 9. يلزم وجود شاهدين للتوقيع على صفحة 10.

## What do I do with the form after I fill it out and everyone has signed?

ما الذي يجب عليّ فعله بالاستمارة بعد إكمالها وتوقيع الجميع عليها؟

Share the form with those who care for you:

شارك الاستمارة مع من يهتمون بك:

- your Patient Advocate/وكيل المريض
- doctors/الأطباء
- nurses/الممرضات/الممرضين
- social workers/الأخصائيون الاجتماعيون
- family & friends/الأسرة والأصدقاء

Keep a copy for yourself in a safe place.

احتفظ بنسخة لنفسك في مكان آمن.

## What if I change my mind?

ماذا لو غيرت رأيي؟

You can change your mind at any time. •

يمكنك تغيير رأيك في أي وقت.

Any spoken wish about a medical treatment must be honored by a Patient Advocate, •

even if it is different than what you put in your form.

يجب احترام أية رغبة لفظية حول أي معالجة طبية من قبل أي "وكيل مريض"، حتى لو كانت مختلفة عما قمت بوضعه في الاستمارة.

It is best to fill out and sign a new form. •

من الأفضل إكمال استمارة جديدة والتوقيع عليها.

Tell those who care for you about your changes. •

أخبر أولئك الذين يهتمون بك عن تغييراتك.

Give the new form to your Patient Advocate and your doctors. •

أعط الاستمارة إلى وكيل المريض والأطباء.

## What if I have questions about the form?

ماذا لو كانت لدي أسئلة حول الاستمارة؟

Bring it to your doctors, nurses, social workers, Patient Advocate, family •

or friends to answer your questions.

أحضرها إلى الأطباء أو الممرضات/الممرضين أو الأخصائيين الاجتماعيين أو وكيل المريض أو الأسرة أو الأصدقاء للإجابة على أسئلتك.

## What if I want to make health care choices that are not on this form?

ماذا لو أردت اختيار اختيارات رعاية صحية غير الموجودة في هذه الاستمارة؟

Write your choices on a piece of paper. •

اكتب اختياراتك على ورقة.

Keep the paper with this form. •

احتفظ بالورقة مع هذه الاستمارة.

Share your choices with those who care for you. •

شارك اختياراتك مع أولئك الذين يهتمون بك:

# Choose your Patient Advocate

## اختيار وكيل المريض

# PART 1

## الجزء 1

The person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.

الشخص الذي يمكنه اتخاذ القرارات الطبية من أجلك إذا كنت مريضًا جدًا لدرجة أنك لا تستطيع اتخاذ تلك القرارات بنفسك.

### Whom should I choose to be my Patient Advocate?

من الذي يجب عليّ اختياره ليكون وكيل المريض؟

A family member or friend who:

أحد أفراد الأسرة أو صديق:

- is at least 18 years old/يبلغ 18 عامًا على الأقل
- knows you well/يعرفك جيدًا
- can be there for you when you need them/يمكنه التواجد من أجلك عند الحاجة إليه
- you trust to do what is best for you/تثق فيه للقيام بما هو أفضل بالنسبة لك
- can clearly tell your doctors about the decisions you made on this form/يمكنه إبلاغ الأطباء بالقرارات التي اتخذتها في هذه الاستمارة بوضوح

### What will happen if I do not choose a Patient Advocate?

ماذا سيحدث إذا لم أختار وكيل مريض؟

If you are too sick to make your own decisions, your doctors will ask your closest family members to make decisions for you.

إذا كنت مريضًا جدًا لدرجة لا يمكنك معها اتخاذ القرارات الخاصة بك، فسيطلب الأطباء من أقرب أفراد أسرتك اتخاذ قرارات من أجلك.

If your family members cannot make a decision, then a judge may appoint someone to make decisions for you.

إذا لم يستطع أفراد أسرتك اتخاذ قرارٍ ما، فربما يعين أحد القضاة شخصًا ما لاتخاذ قرارات من أجلك.

### What kind of decisions can my Patient Advocate make?

ما نوع القرارات التي يُمكن لوكيل المريض اتخاذها؟

Agree to, say no to, change, stop or choose:

الموافقة على أو رفض أو تغيير أو إيقاف أو اختيار:

- doctors, nurses, social workers/الأطباء أو الممرضات/الممرضين أو الأخصائيون الاجتماعيون
- hospitals or clinics/المستشفيات أو العيادات
- medications, tests, or treatments/الأدوية أو الاختبارات أو طرق المعالجة
- what happens to your body and organs after you die/ما يحدث لجسمك وأعضائك بعد وفاتك

Your Patient Advocate may also:

كما يجوز لوكيل المريض أن:

- make other decisions like whether or not to take you to a nursing home/يتخذ قرارات أخرى مثل أخذك أو عدم أخذك إلى دار للرعاية
- look at your medical records to help make these decisions/فحص سجلاتك الطبية للمساعدة في اتخاذ تلك القرارات.

Your Patient Advocate will need to follow the health care choices you make in Part 2.

سيحتاج وكيل المريض إلى اتباع اختيارات الرعاية الصحية التي اخترتها في الجزء 2.

# Part 1: Choose your Patient Advocate

## الجزء 1: اختيار وكيل المريض

### Other decisions your Patient Advocate can make:

ومن القرارات الأخرى التي يمكن لوكيل المريض اتخاذها:

#### Life support treatments – medical care to try to help you live longer

علاجات دعم الحياة – رعاية طبية لمحاولة مساعدتك على الحياة لمدة أطول

#### • CPR/CPR or cardiopulmonary resuscitation أو الإنعاش القلبي الرئوي

cardio = heart /متعلق بالقلب = قلب

pulmonary = lungs /رئوي = الرئتان

resuscitation = to bring back /إنعاش = لإعادة الوعي

This may involve:

وقد يشمل ذلك:

– pressing hard on your chest to keep your blood pumping –

الضغط بقوة على صدرك للحفاظ على ضخ الدم

– electrical shocks to jump start your heart –

الصدمات الكهربائية لتنشيط قلبك

– medicines in your veins –

وضع الأدوية في أوردة

#### • Breathing machine or ventilator/جهاز التنفس أو المُنْفَسَة

The machine pumps air into your lungs and breathes for you.

هو الجهاز الذي يضخ الهواء داخل رنتيك ويساعدك على التنفس.

You are not able to talk when you are on the machine.

لن تكون قادرًا على التحدث أثناء وضع الجهاز.

#### • Dialysis/الديال

A machine that cleans your blood if your kidneys stop working.

جهاز ينظف الدم عند توقف الكليتين عن العمل.

#### • Feeding Tube/أنبوب التغذية

A tube used to feed you if you cannot swallow. The tube is placed down your throat into your stomach.

It can also be placed by surgery.

أنبوب يستخدم لتغذيتك إذا كان لا يمكنك البلع. يتم وضع الأنبوب أسفل حلقك إلى داخل المعدة. ويمكن وضعه أيضًا عن طريق الجراحة.

#### • Blood transfusions/عمليات نقل الدم

To put blood in your veins/لضخ الدم في أوردة.

#### • Surgery/الجراحة

#### • Medicines/الأدوية

#### End-of-life care – if you might die soon, your Patient Advocate can:

الرعاية في مرحلة الاحتضار – في حالة توقع وفاتك قريبًا، يمكن لوكيل المريض أن:

• call in a spiritual leader /يستدعي قائد روحي

• decide if you die at home or in the hospital /يقرر مكان وفاتك سواء في المنزل أو المستشفى

#### Show your Patient Advocate this form.

Tell him/her what kind of medical care you want.

أطلع وكيل المريض على هذه الاستمارة.

أخبره/أخبرها بنوع الرعاية الطبية التي تريدها.

# Part 1: Choose your Patient Advocate

## الجزء 1: اختيار وكيل المريض

### Your Patient Advocate

#### وكيل المريض

I want this person to make my medical decisions and be my Patient Advocate. •

أريد أن يتخذ هذا الشخص القرارات الطبية بشأني وأن يكون وكيل المريض الخاص بي.

الاسم الأول/First name		اسم العائلة/Last name	
عنوان الشارع/Street address		المدينة/City	الولاية/State
رقم تليفون المنزل/Home phone number		رقم تليفون العمل/Work phone number	رقم الهاتف المحمول/Cell phone number

If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions and be my Patient Advocate. •

إذا كان الشخص الأول لا يمكنه القيام بذلك، فأريد أن يتخذ هذا الشخص القرارات الطبية بشأني وأن يكون هو وكيل المريض الخاص بي.

الاسم الأول/First name		اسم العائلة/Last name	
عنوان الشارع/Street address		المدينة/City	الولاية/State
رقم تليفون المنزل/Home phone number		رقم تليفون العمل/Work phone number	رقم الهاتف المحمول/Cell phone number

Select your health care choices on this form. How do you want your Patient Advocate to follow these choices? Put an X next to the one sentence you most agree with.

حدد اختيارات الرعاية الصحية لك في هذه الاستمارة. كيف تريد لوكيل المريض متابعة تلك الاختيارات؟ ضع علامة X بجوار الجملة الوحيدة التي توافق عليها بشكل أكبر.

I want my Patient Advocate to work with my doctors and to use her/his best judgment. It is OK for my Patient Advocate to follow my health care choices on this form as a general guide.

أريد أن يتعاون وكيل المريض مع الأطباء وأن يقوم بإبداء أفضل رأي له/لها. أوافق على أن يقوم وكيل المريض باتباع اختيارات الرعاية الصحية لي في هذه الاستمارة باعتبارها دليلاً عاماً.

I want my Patient Advocate to follow my health care choices on this form EXACTLY. I never want my Patient Advocate to change my choices, even if the doctors think this is not good for me.

أريد أن يتبع وكيل المريض اختيارات الرعاية الصحية لي في هذه الاستمارة بالضبط. لا أريد على الإطلاق أن يقوم وكيل المريض بتغيير اختياراتي، حتى إذا اعتقد الأطباء أن هذا الأمر ليس جيداً بالنسبة لي.

To make your own health care choices go to Part 2 on the next page.

To sign this form go to Part 3 on page 9. Your Patient Advocate must sign on page 11.

لإجراء اختيارات الرعاية الصحية الخاصة بك، انتقل إلى الجزء 2 في الصفحة التالية.

لتوقيع هذه الاستمارة، انتقل إلى الجزء 3 في صفحة 9. يجب على وكيل المريض الخاص بك التوقيع على صفحة 11.

Write down your choices so those who care for you will not have to guess.

قم بتدوين اختياراتك حتى لا يضطر القائمون على رعايتك بتخمينها.

### Think about what makes your life worth living. •

فكر فيما يجعل حياتك تستحق المعيشة.

#### My life is only worth living if I can:

حياتي تستحق المعيشة إذا كان بإمكانني:

Put an X in the circle next to all the sentences you most agree with.

ضع علامة X في الدائرة بجوار كل الجمل التي توافق عليها بشكل أكبر.

talk to family or friends /التحدث مع الأسرة أو الأصدقاء

wake up from a coma /الاستيقاظ من غيبوبة

feed, bathe, or take care of myself /التغذية أو الاستحمام أو العناية بنفسي

be free from pain /التخلص من الألم

live without being hooked up to machines /العيش بدون توصيلي بأجهزة

I am not sure /الست متأكدًا.

أو/or

#### My life is always worth living no matter how sick I am.

حياتي تستحق المعيشة دائمًا ولا يهم مدى مرضي.

### If I am dying, it is important for me to be: •

في حالة احتضاري، من المهم بالنسبة لي أن أكون:

at home /في المنزل

in the hospital /في المستشفى

I am not sure /الست متأكدًا.

### Is religion or spirituality important to you? •

هل يمثل الدين أو الروحية أمرًا مهمًا بالنسبة لك؟

Yes/نعم  No/لا

If you have one, what is your religion?

إذا كنت تدين بإحدى الديانات، فما هي؟

Buddhism/البوذية

Christianity (Catholic, Protestant, Orthodox)/المسيحية (كاثوليكي أو بروتستانتي أو أرثوذكسي)

Hinduism/الهندوسية  Islam/الإسلام  Judaism/اليهودية  Sikhism/السيخية

Other (please include the English name)/غير ذلك (الرجاء تضمين الاسم باللغة الإنجليزية):

If you are sick, your doctors and nurses will always try to keep you comfortable and free from pain.

إذا كنت مريضًا، فسيحاول الأطباء والممرضون دائمًا الحفاظ على راحتك وإزالة الألم عنك.



## Part 2: Make your own health care choices

### الجزء 2: القيام باختيارات رعايتك الصحية بنفسك

**Life support treatments** are used to try to keep you alive. These can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, blood transfusions, or medicine. تستخدم طرق العلاج لدعم الحياة في محاولة للحفاظ على حياتك. وقد تكون طرق العلاج هذه CPR (الإنعاش القلبي الرئوي) أو جهاز التنفس أو أنابيب التغذية أو الديال أو عمليات نقل الدم أو الدواء.

Put an X next to the **ONE** choice you most agree with. Please read this whole page before you make your choice.

ضع علامة X بجوار الاختيار الوحيد الذي تتفق معه بشكل أكبر. يرجى قراءة هذه الصفحة بالكامل قبل اختيارك.

#### If I am so sick that I may die soon:

إذا كنت مريضًا جدًا وعلى وشك الوفاة:

Try all life support treatments that my doctors think might help.

تجربة جميع طرق علاج دعم الحياة التي يعتقد الأطباء أنها قد تساعد.

If the treatments **do not work** and there is little hope of getting better, I **want** to stay on life support machines.

وإذا لم تعمل طرق العلاج وكان هناك أمل ضئيل في التحسن، فلا أرغب في البقاء على أجهزة دعم الحياة.

أو/or

Try all life support treatments that my doctors think might help.

تجربة جميع طرق علاج دعم الحياة التي يعتقد الأطباء أنها قد تساعد.

If the treatments **do not work** and there is little hope of getting better, I **do not want** to stay on life support machines.

وإذا لم تعمل طرق العلاج وهناك أمل ضئيل في التحسن، فأرغب في البقاء على أجهزة دعم الحياة.

أو/or

Try all life support treatments that my doctors think might help

but not these treatments.

تجربة جميع طرق علاج دعم الحياة التي يعتقد الأطباء أنها قد تساعد ولكن ليست طرق العلاج هذه.

Mark what you **do not want**:

ضع علامة على ما لا تريده:

Feeding tube/أنبوب التغذية

CPR/الإنعاش القلبي الرئوي

Blood transfusion/نقل الدم

Dialysis/الديال

Medicine/الدواء

Breathing machine/جهاز التنفس

أو/or

I **do not want** any life support treatments

لا أريد أيًا من الطرق العلاجية لدعم الحياة.

أو/or

I want my **Patient Advocate** to decide for me

أرغب في أن يتخذ وكيل المريض القرار من أجلي.

أو/or

I am not sure

أنا لست متأكدًا.

## Part 2: Make your own health care choices

### الجزء 2: القيام باختيارات رعايتك الصحية بنفسك

Your Patient Advocate may decide to stop treatments and allow you to die.

ربما يتخذ وكيل المريض القرار بإيقاف المعالجة وتركك تموت.

Your Patient Advocate may make this decision ONLY if they think it is what you would have wanted.

ربما يتخذ وكيل المريض هذا القرار فقط إذا كان يعتقد أن هذا هو ما تريده.

Your Patient Advocate may never need to make this decision. But if they do, Michigan law will only let them stop treatment and let you die if your doctors know this is OK ahead of time.

ربما لن يحتاج وكيل المريض إلى اتخاذ هذا القرار مطلقًا. ولكن إذا فعلوا ذلك، فإن قانون ميشيغان سيبيح لهم فقط إيقاف العلاج وتركك تموت إذا أدرك الأطباء أنه قد حان الوقت لذلك.

Please put an X in the ONE box you most agree with.

يرجى وضع علامة X في المربع الوحيد التي توافق عليها بشكل أكبر.

**My Patient Advocate can decide to stop treatments and let me die.**

يمكن لوكيل المريض اتخاذ القرار بإيقاف المعالجة وتركك أموت.

**My Patient Advocate can NEVER decide to stop treatments and let me die.**

لا يمكن لوكيل المريض اتخاذ القرار مطلقًا بإيقاف المعالجة وتركك أموت.

Your doctors may ask about organ donations after you die. Donating (giving) your organs can help save lives. Please tell us your wishes.

قد يتساءل الأطباء عن التبرع بأعضائك بعد وفاتك. قد يساعد التبرع (منح) بأعضائك في إنقاذ الأرواح. يرجى إخبارنا برغباتك.

Put an X next to the one choice you most agree with.

ضع علامة X بجوار الخيار الوحيد الذي تتفق معه بشكل أكبر.

**I want to donate my organs.**

أرغب في التبرع بأعضائي.

Which organs do you want to donate?/ما هي الأعضاء التي ترغب في التبرع بها؟

**Any organ**

أي عضو

**Only these organs**

هذه الأعضاء فقط:

**Skin**

الجلد

**Kidneys**

الكليتان

**Liver**

الكبد

**Lungs**

الرئتان

**Heart**

القلب

**Pancreas**

البنكرياس

**Bone**

العظم

**Eyes**

العينان

**I want my Patient Advocate to decide. If you let your Patient Advocate decide,**

he/she can make that choice after you die.

أريد أن يتخذ وكيل المريض القرار. إذا تركت القرار بيد وكيل المريض، فيمكنه/يمكنها اتخاذ ذلك الاختيار بعد وفاتك.

**I am not sure**

لست متأكدًا.

# Sign the Form

## التوقيع على الاستمارة

# PART 3

## الجزء 3

### Before this form can be used, you must:

قبل استخدام هذه الاستمارة، يجب عليك:

- sign this form /توقيع هذه الاستمارة
- have two witnesses sign the form /احضار شاهدين لتوقيع الاستمارة

### Sign your name and write the date.

قم بالتوقيع باسمك و اكتب التاريخ.

التاريخ/Date			قم بالتوقيع باسمك/Sign your name
الكتابة اسم العائلة/Print your last name			الكتابة اسمك الأول/Print your first name
الرقم البريدي/Zip code	الولاية/State	المدينة/City	عنوان الشارع/Street address
/ /			Date of Birth: (Month/Day/Year)
تاريخ الميلاد: (شهر/يوم/سنة)			

### Your witnesses must:

يجب على الشاهدين:

- be at least 18 years of age /أن يكونوا 18 سنة على الأقل
- see you sign this form /أن يشاهدوك وأنت توقع هذه الاستمارة

### Your witnesses cannot:

لا يمكن أن يكون الشاهدان:

- be your Patient Advocate /وكيل المريض الخاص بك
- be your health care provider /مقدم الرعاية الصحية لك
- work for your health care provider /يعملان لدى مقدم الرعاية الصحية لك
- work at the place where you live (if you live in a nursing home or group home) (إذا كنت تعيش في دار مسنين أو دار لرعاية مجموعة من الأشخاص)
- be related to you in any way /على صلة بك بأي شكل من الأشكال
- benefit financially (get any money or property) after you die (يحصلان على أية أموال أو ممتلكات) بعد وفاتك
- work for your insurance company /يعملان لدى شركة التأمين الخاصة بك

### Witnesses need to sign their names on the next page.

يلزم توقيع الشاهدين باسمهما على الصفحة التالية.

## Part 3: Sign the Form

### الجزء 3: التوقيع على الاستمارة

Have your witnesses sign their names and write the date.

اجعل الشاهدين يوقعان باسمهما ويكتبان التاريخ.

By signing, I promise that \_\_\_\_\_ signed this form while I watched.

(name)

بالتوقيع، أتعهد بأن \_\_\_\_\_ قام بتوقيع هذه الاستمارة أمامي.

(الاسم)

He/She was thinking clearly and was not forced to sign it.

كان له/لها حرية التفكير ولم يجبره/يجبرها أحد على التوقيع.

#### Witness #1

الشاهد رقم 1

Date/التاريخ

Sign your name/قم بالتوقيع باسمك

Print your last name/اكتب اسم العائلة

Print your first name/اكتب اسمك الأول

Zip code/الرقم البريدي

State/الولاية

City/المدينة

Street address/عنوان الشارع

#### Witness #2

الشاهد رقم 2

Date/التاريخ

Sign your name/قم بالتوقيع باسمك

Print your last name/اكتب اسم العائلة

Print your first name/اكتب اسمك الأول

Zip code/الرقم البريدي

State/الولاية

City/المدينة

Street address/عنوان الشارع

Sign on page 11 if you are named a Patient Advocate.

قم بالتوقيع على صفحة 11 إذا كنت قد عينت وكيل مريض.

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and Patient Advocate. Talk with them about your choices.

شارك هذه الاستمارة مع الأطباء والممرضات والمرضى والأخصائيين الاجتماعيين والأصدقاء والأسرة ووكيل المريض. وتحدث معهم حول اختياراتك.

### Your Patient Advocate must read and sign this form.

يجب على وكيل المريض قراءة هذه الاستمارة وتوقيعها.

- You should always act with the patient's best interests and not your own interests. •  
يجب أن تعمل دائمًا وفقًا لمصالح المريض، وليس لمصالحك الشخصية.
- You will only start making decisions for the patient after 2 doctors agree that the patient is too sick to make his or her own decisions. •  
لن تبدأ في اتخاذ القرارات الخاصة بالمريض إلا بعد اتفاق اثنين من الأطباء على أن المريض يعاني من المرض بشدة لدرجة لا يمكنه معها اتخاذ القرارات الخاصة به/بها.
- You will not be able to make decisions that the patient would not usually be able to make. •  
لن تتمكن من اتخاذ قرارات لن يتخذها المريض غالبًا.
- You don't have the power to stop a pregnant patient's treatment if it would cause her to die. •  
ليس لديك الحق في إيقاف معالجة مريضة حامل إذا كان ذلك سيتسبب في وفاتها.
- You can make a decision to stop treatments and allow the patient to die naturally IF he or she has made it clear that you can make that decision. •  
يمكنك اتخاذ قرار بوقف العلاج وترك المريض يموت بشكل طبيعي إذا قام/قامت بتوضيح أنه يمكنك اتخاذ ذلك القرار.
- You cannot be paid for your role as a Patient Advocate but you can get paid back for the money you spend on the patient's medical expenses. •  
لن تتقاضى أموالاً على قيامك بدور "وكيل المريض"، ولكن يمكنك استرداد الأموال التي قمت بدفعها للنفقات الطبية للمريض.
- The patient can remove you as Patient Advocate whenever he or she wants. •  
يمكن للمريض إلغاء تعيينك كوكيل مريض وقتما يشاء أو تشاء.
- You can remove yourself as Patient Advocate whenever you want. •  
يمكنك إلغاء تعيين نفسك كوكيل مريض وقتما تشاء.
- If the patient wants you to make mental health treatment decisions see Part 5. •  
إذا كان المريض يريد منك اتخاذ قرارات علاجية صحية نفسية، فانظر الجزء 5.

By signing, you are saying that you understand what this document says and that you will be the Patient

Advocate for \_\_\_\_\_ (name of patient) who signed on page 9

on \_\_\_\_\_ (date).

بالتوقيع، تقر بأنك تفهم ما هو وارد في هذا المستند وأنت ستكون وكيل المريض (اسم المريض) الذي قام بالتوقيع على صفحة

9 (التاريخ).

التاريخ/Date

Patient Advocate's Signature/توقيع وكيل المريض

التاريخ/Date

2nd Patient Advocate's Signature/توقيع وكيل المريض الثاني  
(If a second Patient Advocate is named)/(إذا تم ذكر اسم وكيل المريض الثاني)

FILL THIS PART OUT ONLY IF YOU WANT TO GIVE YOUR PATIENT ADVOCATE THE POWER TO DECIDE IF YOU GET MENTAL HEALTH CARE.

لا تملأ هذا الجزء إلا إذا كنت تريد منح وكيل المريض سلطة اتخاذ قرار حصولك على رعاية صحية نفسية.

Before my Patient Advocate can make mental health decisions for me 2 things must happen.

First, a doctor and a mental health provider have to examine me and talk with me. Then they must write down that I can't make my own decisions.

قبل أن يتخذ وكيل المريض قرارات صحية نفسية من أجلي، فيجب حدوث أمرين. أولاً، يجب أن يفحص أحد الأطباء ومقدمي الصحة النفسية حالتي والتحدث معي. يجب عليهم بعد ذلك تدوين أنه لا يمكنني اتخاذ القرارات الخاصة بي.

I can cancel my Patient Advocate's power to make mental health decisions for me. But it won't take effect for 30 days. It takes this long only for mental health care, but not medical care.

يمكنني إلغاء سلطة وكيل المريض في اتخاذ قرارات صحية نفسية من أجلي. ولكن لن يسري هذا لمدة 30 يوماً. فقد يستغرق هذا الأمر هذه الفترة الطويلة فقط للرعاية الصحية النفسية، وليس الرعاية الطبية.

If my Patient Advocate agrees that I need to be in a mental health hospital, I still have the right to tell the hospital I want to leave. But I have to give the hospital 3 days' notice.

إذا أقر وكيل المريض بضرورة تواجدي في أحد مستشفيات الصحة النفسية، فلا يزال لدي الحق في إطلاع المستشفى على رغبتني في المغادرة. ولكن لا بد من إخطار المستشفى قبل ذلك بثلاثة أيام.

This is a list of decisions your Patient Advocate can make about your mental health care. Put a (X) in all the boxes you agree with.

هذه قائمة بالقرارات التي يمكن لوكيل المريض اتخاذها بشأن الرعاية الصحية النفسية لك. ضع علامة (X) في جميع المربعات التي توافق عليها.

My Patient Advocate can decide for me about:

يمكن لوكيل المريض اتخاذ قرار من أجلي حول:

Getting mental health care at a clinic or someplace besides a hospital.

تلقي الرعاية الصحية النفسية في عيادة أو في مكان آخر غير المستشفيات.

Staying in a hospital to get mental health care as a voluntary patient. But I can still tell the hospital I want to leave in three days.

البقاء في مستشفى لتلقي رعاية صحية نفسية كمريض متطوع. لكن لا يزال باستطاعتي إخبار المستشفى برغبتني في المغادرة خلال ثلاثة أيام.

Going to a hospital to get mental health care even if I don't want to go.

الذهاب إلى أحد المستشفيات للحصول على رعاية صحية نفسية حتى لو لم أرغب في الذهاب.

Getting medicines that may change how I feel, think or act.

تناول الأدوية التي ربما تغير طريقة شعوري أو تفكيري أو سلوكي.

Electroconvulsive (electric shock) therapy

العلاج بالتخليج الكهربائي (الصدمة الكهربائية)

By signing this form, I agree to allow my Patient Advocate to make my mental health care decisions if two doctors say that I cannot make my own decisions.

بالتوقيع على هذه الاستمارة، أوافق على السماح لوكيل المريض باتخاذ قرارات متعلقة برعايتي الصحية النفسية إذا أقر طبيبان بعدم قدرتي على اتخاذ القرارات الخاصة بي.

Date

التاريخ

(Sign your name here to give these powers to your Patient Advocate)

(قم بالتوقيع باسمك هنا لإعطاء هذه الصلاحيات إلى وكيل المريض)

Date of Birth: (Month/Day/Year)

تاريخ الميلاد: (شهر/يوم/سنة)

English	<p>English</p> <p>Henry Ford Health System complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.</p> <p>Let the health care team know if you need an interpreter. Henry Ford Health System provides language assistance services free of charge. For questions or additional information, email <a href="mailto:CommunicationAccess@hfhs.org">CommunicationAccess@hfhs.org</a></p>
Spanish	<p>Español</p> <p>Henry Ford Health System cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina con base en la raza, el color, el país de origen, la edad, la discapacidad o el sexo. Informe al equipo de atención médica si necesita un intérprete. Henry Ford Health System ofrece servicios de asistencia de idioma sin costo alguno. Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, envíe un correo electrónico a <a href="mailto:CommunicationAccess@hfhs.org">CommunicationAccess@hfhs.org</a></p>
Arabic	<p>العربية</p> <p>يمتثل نظام Henry Ford Health System لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية السارية ولا يُميّز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.</p> <p>يُرجى إخبار فريق الرعاية الصحية إذا كنت تحتاج إلى مترجم فوري. يوفر نظام Henry Ford Health System خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. للاستفسارات أو المعلومات الإضافية، أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى <a href="mailto:CommunicationAccess@hfhs.org">CommunicationAccess@hfhs.org</a></p>
Bengali	<p>বাংলা</p> <p>Henry Ford Health System ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীয় উত্পত্তি, বয়স, প্রতিবন্ধকতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। আপনার কোনো দোভাষীর প্রয়োজন থাকলে তা হেল্থ কেয়ার টিমকে জানান। Henry Ford Health System বিনামূল্যে দোভাষী সহায়তা প্রদান করে। প্রশ্ন ও অতিরিক্ত তথ্যের জন্য এখানে ইমেল করুন: <a href="mailto:CommunicationAccess@hfhs.org">CommunicationAccess@hfhs.org</a></p>

**Make an appointment with your doctor if you have questions about your choices, or if you want to add choices.**

حدد موعدًا مع طبيبك إذا كانت لديك أسئلة حول اختياراتك، أو إذا كنت تريد إضافة اختيارات.

**Let the health care team know if you need an interpreter.  
Henry Ford Health System provides interpreter services,  
to all of our patients, free of charge.**

أخبر فريق الرعاية الصحية إذا كنت بحاجة إلى مترجم فوري.  
يوفر نظام Henry Ford الصحي خدمات الترجمة الفورية،  
لجميع المرضى مجانًا.

