



respect for the right to choose |

شكل 3أ - 2021

## توجيه الرعاية المسبقة

صنعت تحت

قانون تخطيط وقرارات العلاج الطبي لعام 2016 (Vic).

بمجرد أن يتم استكمال وتوقيعه وشاهدته ، يحل توجيه الرعاية المسبقة هذا محل أي توجيه رعاية مسبقة سابق ربما تكون قد قمت به. توصي Dying With Dignity Victoria بشدة بإكمال هذا النموذج بعد دراسة متأنية.

### 1. البيانات الشخصية

اسم:	
عنوان:	
حالة:	
الرمز البريدي:	
تاريخ الولادة:	

حالي الصحية الحالية وقت التوقيع:

انا بصحة جيدة
ينصح طبيبي أنني أعاني من (صف تشخيصك):

## 2. التوجيه التعليمي

هذا التوجيه الإرشادي هو ملزم قانوناً وينقل قرارات العلاج الطبي الخاصة بك مباشرة إلى الممارسين الصحيين الخاصين بك. توصي Dying With Dignity Victoria بشدة باستشارة ممارس طبي إذا اخترت إكمال هذا التوجيه الإرشادي.

### ● سيتم استخدام التوجيه الإرشادي الخاص بك فقط إذا لم تكن لديك القدرة على اتخاذ قرار العلاج الطبي.

● تسري قرارات العلاج الطبي الواردة في هذا التوجيه الإرشادي كما لو كنت قد وافقت أو رفضت بدء العلاج الطبي أو مواصلته.

● إذا كان أي من عباراتك غير واضح أو غير مؤكد في ظروف معينة ، فسيصبح توجيهاً للقيم (انظر الصفحة 5).

● تحت s51 من قانون تخطيط وقرارات العلاج الطبي، قد لا يطلب من الممارس الصحي الامتثال للتوجيه الإرشادي الخاص بك إذا تغيرت الظروف بحيث لم يعد تنفيذ التوجيه الخاص بك متوافقاً مع تفضيلاتك ورغباتك.

## تطبيق هذا التوجيه الإرشادي

يجب تطبيق هذا التوجيه الإرشادي ما لم:

يوافق      تعارض

أعاني فقط من فقدان مؤقت (مؤقت) للكفاءة ، مثل نقص سكر الدم أو TIA (نوبة إقفارية عابرة) أو ارتجاج خفيف.

أعاني من مرض خطير ولكن في رأي اثنين من الممارسين الطبيين المستقلين (واحد على الأقل متخصص) ، من المحتمل أن أعود إلى حالة من الاستقلال والكفاءة ، دون معاناة جسدية أو نفسية عميقة.

مع مراعاة الشروط المذكورة أعلاه في "تطبيق هذا التوجيه التعليمي"، أقر بأنه فيما يتعلق بالتدخل الطبي أو العلاج الذي يهدف إلى إطالة حياتي أو إدامتها:

موافق

أرفض

علاج او معاملة

التغذية الاصطناعية (التغذية و / أو الترطيب)
مضادات حيوية
التنفس الاصطناعي
أي إجراءات جراحية
دعم الدورة الدموية ، بما في ذلك الإنعاش القلبي الرئوي
تصحيح المستويات غير الطبيعية لأي مادة سامة
نقل الدم
العلاج الدوائي لارتفاع / انخفاض سكر الدم
العلاج الدوائي لارتفاع / انخفاض ضغط الدم
غسيل الكلى

إضافي، أعلن أن أي أعراض مزعجة مستمرة (الألم وضيق التنفس وتلك الناجمة عن نقص الطعام والسوائل) يجب أن تكون كذلك. **أقصى حد مخفف** عن طريق المسكنات المناسبة أو المسكنات أو غيرها من العلاجات الملطفة (بما في ذلك الحفاظ على ترطيب الشفاه والفم والعينين) ، على الرغم من أن هذا العلاج الملطف قد يكون له أيضاً نتيجة إضافية تتمثل في تقصير حياتي.

## مرض عقلي

يمكن اعتبار أن الخرف يتقدم عبر عدد من المراحل. تصنيف واحد<sup>1</sup> سبع مراحل ، مع المراحل المبكرة (1-3) تظهر فقط تدهوراً طفيفاً والمراحل المتأخرة (6-7) تظهر تدهوراً إدراكياً شديداً إلى شديداً جداً. من المرحلة 5 ، يبدأ الفرد في طلب المساعدة للبقاء على قيد الحياة.

مع وضع هذه المراحل التقدمية في الاعتبار ، إذا حكم عليّ طبيب بأنني لست مؤهلاً لاتخاذ قرارات بشأن علاجي الطبي و

إذا تم تشخيصي بأي مرحلة من مراحل الخرف.
فقط إذا تم تشخيصي بالخرف في المرحلة السادسة.
فقط إذا تم تشخيصي بالخرف في المرحلة السابعة.

وأيضاً،

بغض النظر عما إذا كانت رعايتي الأولية في المنزل / المجتمع ، أو في مؤسسة.
فقط إذا تم قبولي في رعاية مؤسسية مستمرة.

**ثم أصرح ، باستثناء استخدام المضادات الحيوية للعدوى الطفيفة غير المهددة للحياة ، أنني أرفض أي علاج طبي بغرض أو نتيجة لإطالة أمد حياتي (كما هو مذكور في الصفحة 3 أعلاه):**

حتى لو بدت راضية عن رأي صانع قرار العلاج الطبي الخاص بي.
الإإذا بدا لي أنني راضٍ كما حكم عليه صانع قرار العلاج الطبي (ويمكن إبطال هذا الشرط إذا لم أعدأبدو راضياً).

**أنا أيضاً أعلن ذلك:**

أنا أرفض التغذية والماء عن طريق التغذية بالملعقة المساعدة في أي ظرف من الظروف.
أقبل التغذية بالملعقة ولكن فقط إذا بدا أنني أقبل ذلك طواعية وأستمتع بطعامي ، وفقاً لتقدير صانع قرار العلاج الطبي الخاص بي.
قديتم إبطال هذا الشرط إذا قررت MTDM الخاص بي لاحقاً أنني لا أقبل طواعية التغذية بالملعقة أو لا يبدو أنني أستمتع بهذه التغذية.

انظر المراحل السبع لمرض الزهايمر في [Reisberg هنا](#).

### 3. توجيه القيم

الرجوع إلى موقع MyValues ([www.myvalues.org.au](http://www.myvalues.org.au)) للحصول على أفكار للمساعدة في توجيه الردود على هذا القسم.

إذا كنت قد أكملت التوجيه الإرشادي في الصفحات 2-3 بشكل صحيح ووقعت عليه ، فإنه يكون له الأسبقية على التفضيلات التي قد تعبر عنها في توجيه القيم هذا. **تأكد من عدم وجود أي شيء في توجيه القيم الخاص بك يتعارض مع ما قمت بتوجيهه في التوجيه التعليمي الخاص بك.**

لا يتعين عليك إكمال جميع أقسام توجيه القيم هذا.

(أ) ما هو أهم شيء في حياتي (ما الذي يعنيه العيش الكريم بالنسبة لك؟) النقاط التي يجب مراعاتها في هذا القسم يمكن أن تكون المعتقدات الدينية أو الثقافية ، والأسرة والأصدقاء ، والاهتمامات الروحية ، والاستقلال. اشرح سبب أهميتها بالنسبة لك ، حتى يفهم صانع قرار العلاج الطبي ما تعنيه جودة الحياة بالنسبة لك.

(ب) أكثر ما يقلقني بشأن مستقبلي هو:  
بالنسبة لبعض الأشخاص ، يمكن أن يشمل ذلك الشعور بالألم ، أو الانتقال إلى مرفق رعاية ، أو عدم القدرة على الحفاظ على الرعاية الشخصية ، أو عدم القدرة على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية / العائلية ، أو فقدان القدرة على التواصل.

(ج) بالنسبة لي ، النتائج غير المقبولة للعلاج الطبي بعد المرض أو الإصابة هي:  
بالنسبة للبعض ، سيكون عدم القدرة على التعرف على العائلة والأصدقاء أمراً غير مقبول. قد لا يرغب البعض الآخر في الاعتماد على الآلات أو مقدمي الرعاية.

(د) الأشياء الأخرى التي أود أن أعرفها هي:  
الأمور الأخرى التي ترغب في أن يأخذها صانع قرار العلاج الطبي في الاعتبار. قد تكون هذه هي المكان المفضل لديك  
للعناية أو إجراءات العلاج الطبي أو المتطلبات الروحية / الدينية / الثقافية.

(هـ) الأشخاص الآخرون الذين أود مشاركتهم في المناقشات حول رعايتي هم:  
زوّج صانع قرار العلاج الطبي الخاص بك بتفاصيل أي شخص آخر ترغب (أو لا ترغب) في المشاركة فيه في المناقشات حول  
رعايتك الطبية.

F) إذا كنت على وشك الموت ، فستكون الأشياء التالية مهمة بالنسبة لي:  
ضع في اعتبارك الأشخاص الذين ترغب في تواجدهم. قد ترغب في تشغيل الموسيقى المفضلة لديك ، أو الصور  
لإحاطةك أو اصطحاب حيوانك الأليف معك.

## التبرع بالأعضاء

في حال وفاتي:

أنا على استعداد للتبرع بالأعضاء والأنسجة ، وأدرك أن التدخلات الطبية قد تكون ضرورية للتبرع

أنالست على استعداد للتبرع بالأعضاء والأنسجة.

أقرباًني أكملت هذه الوثيقة بعد دراسة متأنية.

أحتفظ بالحق في إلغاء توجيه الرعاية المسبقة هذا في أي وقت ، ولكن ما لم أفعل  
لذلك ، ينبغي أن تؤخذ لتمثيل اتجاهاتي المستمرة.

## 4.صناع قرار العلاج الطبي

يرجى ملاحظة ما يلي: يسرد هذا القسم فقط صانع / صناع قرار العلاج الطبي الخاص بك. نعم هو كذلك ليس يعين شخصاً رسمياً في دور صانع قرار العلاج الطبي. يجب أن يتم ذلك عن طريق استكمال النموذج تعيين متخذ قرار العلاج الطبي.

لقد قمت بتعيين صانع / صانعي قرار العلاج الطبي:

### صانع قرار العلاج الطبي 1

اسم:	
تاريخ الولادة:	
عنوان:	
رقم الهاتف:	

### صانع قرار العلاج الطبي 2

اسم:	
تاريخ الولادة:	
عنوان:	
رقم الهاتف:	

## 5. الشهادة

يجب عليك التوقيع في مواجهة شاهدين بالغين.

يجب أن يكون الشاهد 1 ممارساً طبياً. يمكن أن يكون الشاهد 2 بالغاً آخر.

لا يمكن أن يكون أي من الشاهدين شخصاً قمت بتعيينه ليكون صانع قرار العلاج الطبي.

توقيعك:	
تاريخ:	

يشهد كل شاهد أن:

- في وقت التوقيع على المستند ، بدا أن الشخص الذي يعطي توجيه الرعاية المسبقة لديه القدرة على اتخاذ القرار فيما يتعلق بكل بيان في التوجيه
- في وقت توقيع المستند ، بدا أن الشخص الذي يعطي توجيه الرعاية المسبقة يفهم طبيعة وتأثير كل عبارة في التوجيه
- ظهر أن الشخص يوقع على الوثيقة بحرية وطوعية
- قام الشخص بالتوقيع على الوثيقة بحضوري وبحضور الشاهد الثاني ، و
- أنا لست متخذاً لقرار العلاج الطبي المعين للشخص.

الشاهد 1 - ممارس طبي مسجل

الاسم الكامل:	
التأهيل و رقم AHPRA:	
وقعت:	
تاريخ:	

الشاهد ٢ - بالغ آخر

الاسم الكامل:	
وقعت:	
تاريخ:	

## ماذا تفعل بهذا النموذج

● احتفظ بالنموذج الأصلي معك. أعط نسخاً إلى صانع قرار العلاج الطبي والأسرة والأصدقاء وأي طبيب معالج. احتفظ بنسخ احتياطية معك في حال تم إدخالك إلى المستشفى أو سيتم علاجك من قبل أي أطباء أو ممارسين صحيين إضافيين.

● تأكد من أن صانع قرار العلاج الطبي قد قرأ النموذج وفهمه تماماً.

● قد يتم تحميل توجيه الرعاية المسبقة الخاص بك على My Health Record.

## المراجعات

توصي Dying With Dignity Victoria بشدة بمراجعة هذا المستند بانتظام ، حيث قد تتغير رغباتك أو قد يكون هناك تقدم في التكنولوجيا الطبية. سيكون من الحكمة مراجعة المستند كل عامين أو إذا تغيرت حالتك الصحية بشكل كبير.

في كل مرة تقوم فيها بمراجعة المستند الخاص بك ورغباتك ليس تم تغيير أحد الإقرارات الواردة أدناه وتوقيعه وتاريخه. إذا تغيرت رغباتك ، يجب عليك إكمال توجيه جديد للرعاية المسبقة.

### مراجعة الوثيقة: 1

أؤكد أنني راجعت هذا المستند ولا يوجد شيء أود تغييره.

وقعت:	
تاريخ:	

### مراجعة الوثيقة: 2

أؤكد أنني راجعت هذا المستند ولا يوجد شيء أود تغييره.

وقعت:	
تاريخ:	

### مراجعة الوثيقة: 3

أؤكد أنني راجعت هذا المستند ولا يوجد شيء أود تغييره.

وقعت:	
تاريخ:	