

# وكيلك في التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية في ولاية أوهايو، إن وجد؛

[القسم 1337 من القانون المنقح]

(الاسم الكامل بحروف واضحة)

(تاريخ الميلاد)

هذا هو التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية. ألغى جميع التوكيلات الرسمية الخاصة بالرعاية الصحية السابقة الموقعة من جانبي. حيث إنني أدرك طبيعة هذا المستند والغرض منه. وإذا تبين أن أي بند غير صالح أو غير قابل للتنفيذ، فلن يؤثر ذلك على بقية هذا المستند.

أدرك أن وكيلي يمكنه اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني فقط عندما يقرر الطبيب المعالج أنني فقدت القدرة على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن الرعاية الصحية. ومع ذلك، فإن هذا الأمر لا يتطلب أو يعني ضمناً أنه يجب على المحكمة أن تعلن عدم أهليتي.

## تعريفات

الشخص البالغ يعني الشخص الذي يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر.

الوكيل أو المحامي يعني الشخص البالغ الذي يتمتع بالأهلية الذي يمكن للشخص ("الموكل") تسميته في التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عن الموكل.

التغذية أو عملية الترطيب الاصطناعية أو التكنولوجيا تعني الأطعمة والسوائل التي يتم توفيرها بطريقة صناعية أو تكنولوجية من خلال أنابيب التغذية الوريدية أو الأنبوبية. [يمكنك رفض أو إيقاف أنبوب التغذية، أو تفويض وكيل يختص بتنفيذ التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية لرفض أو وقف وسائل التغذية أو عملية الترطيب الاصطناعية.]

السندات تعني وثيقة تأمين صادرة لحماية أصول الشخص الخاضع للوصاية من السرقة أو الخسارة التي تنتج عن تقاعس الوصي على التركة عن أداء واجباته بشكل صحيح.

رعاية توفير الراحة تعني أي إجراء، أو إجراء طبي أو تمريضي، أو علاج أو تدخل جراحي، بما في ذلك التغذية و/أو الترطيب، سيتم اتخاذه لتقليل آلام المريض أو شعوره بعدم الراحة، ولكن لا تهدف إلى تأجيل الوفاة.

الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) يعني عملية الإنعاش القلبي الرئوية، وهي إحدى الطرق العديدة لإعادة التنفس أو ضربات قلب الشخص بمجرد توقف أي منهما. ولا يشمل ذلك إخلاء مجرى الهواء لأي سبب غير الإنعاش.

أمر عدم الإنعاش (DNR) يعني الأمر الطبي الصادر من الطبيب ويتم تدوينه في سجل المريض للإشارة إلى أن المريض لا يجب أن يتلقى إنعاشًا قلبيًا رئويًا.



الوصي يعني الشخص المعين من قبل المحكمة بموجب إجراء قانوني لاتخاذ القرارات بالنيابة عن الشخص الخاضع للوصاية. الوصاية تقرر بموجب هذا التعيين من قبل المحكمة.

الرعاية الصحية تعني أي رعاية، أو علاج، أو خدمة أو إجراء للحفاظ على الصحة البدنية أو العقلية للفرد، أو تشخيصها أو علاجها.

قرار الرعاية الصحية يعني إعطاء الموافقة المستنيرة، أو رفض إعطاء الموافقة المستنيرة، أو سحب الموافقة المستنيرة على الرعاية الصحية.

التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية يعني المستند القانوني الذي يسمح للموكل بتفويض الوكيل لاتخاذ قرارات الرعاية للموكل في معظم حالات الرعاية الصحية عندما لا يستطيع الموكل اتخاذ مثل هذه القرارات. وكذلك، يمكن للموكل تفويض الوكيل بجمع المعلومات الصحية المحمية لصالح الموكل أو بالنيابة عنه فورًا أو في أي وقت آخر. التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية ليس توكيل رسمي بالأمر المالية.

يمكن كذلك استخدام مستند التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية لترشيح شخص (أشخاص) ليكون بمثابة وصي على الشخص الموكل أو تركته. حتى إذا عينت المحكمة وصيًا للموكل، يظل التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية ساري المفعول ما لم تحكم المحكمة بخلاف ذلك.

العلاج الذي يهدف لإبقاء المريض على قيد الحياة يعني أي إجراء طبي، أو علاجي، أو تدخل، أو إجراء طبي آخر والذي يؤدي، عند إعطائه للمريض، بشكل أساسي إلى إطالة أمد الوفاة.

إقرار وصية إنهاء الحياة يعني المستند القانوني الذي يتيح للشخص البالغ المختص ("المُقر") تحديد الرعاية الصحية التي يريدها المُقر أو لا يريدها عندما يُصاب بمرض يفضي إلى الموت أو عندما يُصاب بفقدان دائم للوعي ولم يعد بإمكانه إعلان رغباته. ولا يُعتبر هذا الإقرار بمثابة الوصية، والتي تُستخدم لتعيين وصي لإدارة تركة الشخص بعد الوفاة ولا يحل محلها.

حالة الفقدان الدائم للوعي تعني حالة لا يمكن علاجها يصبح فيها المريض غير واع بشكل دائم بنفسه وبمحيطه. ويجب أن يقوم طبيبان على الأقل بفحص المريض والاتفاق على أن المريض قد فقد تمامًا وظائف المخ العليا وأنه غير قادر على المعاناة أو الشعور بالألم.

الموكل يعني الشخص البالغ الذي يتمتع بالأهلية والذي يوقع على التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية.

المرض الذي يفضي إلى الموت يعني حالة لا رجعة فيها، ولا يُرجى الشفاء منها وغير قابلة للعلاج ناتجة عن داء، أو مرض، أو إصابة والتي تم تقريرها طبيًا إلى حد اليقين على النحو المحدد وفقًا للمعايير الطبية المعقولة من قبل الطبيب المعالج للموكل وطبيب آخر يقوم بفحص الموكل، على أن يسري على هذه الحالة ما يلي: (1) مرض عضال لا شفاء منه و (2) أن تكون الوفاة محتملة ومتوقعة في غضون فترة زمنية قصيرة نسبيًا إذا لم يتم إعطاء العلاج الذي يبقي المريض على قيد الحياة.

الشخص الخاضع للوصاية يعني الشخص الذي قررت المحكمة أنه فاقد للأهلية. ويقوم الوصي الذي تعينه المحكمة وتشرف عليه بحماية الشخص الخاضع للوصاية، أو ممتلكاته المالية، أو كليهما.

تسمية وكيل. الشخص المذكور أدناه هو وكيل الذي سيتخذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني على النحو المصرح به في هذا المستند.

اسم الوكيل وصلته بالشخص: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم (أرقام) الهاتف: \_\_\_\_\_

بوضع الأحرف الأولى من اسمي، أو التوقيع، أو بوضع علامة صح أو أي علامة أخرى في هذا المربع، أفوض أنا وكيل على وجه التحديد بالحصول على معلومات الرعاية الصحية المحمية الخاصة بي على الفور وفي أي وقت في المستقبل.

توجيهات للوكيل. يتخذ وكيل قرارات الرعاية الصحية نيابة عني بناءً على إرشاداتي في هذا المستند وخلاف ذلك بناءً على رغباتي التي أعرب عنها لوكيلي. وإذا اعتقد وكيل أن ما أتمناه يتعارض مع ما ورد في هذا المستند، تصبح الأولوية في التطبيق لهذا المستند. وإذا لم تكن هناك تعليمات وإذا كانت رغباتي غير واضحة أو غير معروفة في أي موقف معين، يحدد وكيل ما يتوافق مع مصلحتي بعد النظر في الفوائد والأعباء والمخاطر التي قد تنجم عن قرار معين. وفي حالة عدم توافر الوكيل، يحدد هذا المستند القرارات المتعلقة برعايتي الصحية.

تسمية الوكيل (الوكلاء) البديل. إذا لم يكن وكيل المذكور أعلاه متاحًا على الفور أو كان غير راغب أو غير قادر على اتخاذ قرارات نيابة عني، فأنا أسمي، الأشخاص التالي ذكرهم، حسب ترتيب الأولوية التالي، بوصفهم وكلاءي البديلين [يُرَجَى الشطب على أي سطور غير مستخدمة]:

اسم الوكيل البديل الأول وصلته بالشخص: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم (أرقام) الهاتف: \_\_\_\_\_

اسم الوكيل البديل الثاني وصلته بالشخص: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم (أرقام) الهاتف: \_\_\_\_\_

يُرجى وضع علامة X على المنطقة  
حال عدم استخدامها

يمكن لأي شخص الاعتماد على بيان من أي وكيل بديل مذكور أعلاه بأنه يتصرف بشكل صحيح بموجب هذا المستند ولا يتعين على هذا الشخص إجراء أي تحقيق أو استفسار آخر.

**سلطة الوكيل.** باستثناء تلك العناصر التي شطبته وبموجب الخيارات التي قمت بها في هذا التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية، يتمتع وكيلي بالسلطة الكاملة والمطلقة في اتخاذ جميع قرارات الرعاية الصحية نيابة عني. وتشمل هذه السلطة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

1. الموافقة على إعطاء الأدوية أو العلاجات أو الإجراءات المسكنة للألم (بما في ذلك الجراحة) التي يعتقد وكيلي، بناءً على نصيحة طبية، أنها قد توفر لي الراحة، على الرغم من أن هذه الأدوية، أو العلاجات أو الإجراءات قد تعجل من وفاتي.
2. اتخاذ قرارات بشأن العلاج الذي من شأنه أن يبقيني على قيد الحياة، بما في ذلك وسائل التغذية أو عملية الترطيب الاصطناعية أو التكنولوجيا، وذلك إذا كنت أعاني من مرض يفضي إلى الموت وليس لدي إقرار لوصية إنهاء الحياة يتعامل مع العلاج في مثل هذه الحالة.
3. إعطاء الموافقة المستنيرة، أو سحبها أو رفضها وذلك فيما يتعلق بأي إجراء للرعاية الصحية، أو العلاج، أو التدخلات الجراحية أو أي إجراء آخر.
4. طلب المعلومات، الشفهية أو الكتابية، ومراجعتها وتلقيها، وذلك فيما يتعلق بحالي البدنية أو العقلية، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، جميع سجلات الرعاية الطبية والصحية الخاصة بي.
5. الموافقة على مزيد من الإفصاح عن المعلومات والكشف عن المعلومات الطبية والمعلومات ذات الصلة المتعلقة بحالي وعلاجي لأشخاص آخرين.
6. تحرير أي إقرارات أو مستندات أخرى قد تكون مطلوبة من أجل الحصول على المعلومات الطبية والمعلومات ذات الصلة.
7. تحرير الموافقات، والتنازلات وإخلاء المسؤولية عني وعن تركتي وذلك لجميع الأشخاص الذين يمثلون لتعليمات وقرارات وكيلي. تعويض أي شخص يتصرف معتمدًا على هذا التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية، على نفقتي الخاصة، وإبراء ذمته. ويتوجب عليّ الالتزام بهذا التعويض الذي يبرمه وكيلي.
8. اختيار، وتوظيف وتسريح العاملين في مجال الرعاية الصحية والخدمات الذين يقدمون الرعاية الصحية المنزلية وما في حكمها.
9. اختيار أي من مرافق الرعاية الصحية أو الطبية، والتعاقد معها من أجل دخولي، أو نقلي أو التصريح بخروجي من أي مرفق طبي أو صحي، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، المستشفيات، ودور رعاية المسنين، ومرافق دعم الحياة، ودور الرعاية، ومنازل البالغين وما إلى ذلك.
10. نقلي أو الترتيب لنقلي إلى مكان يتم فيه احترام التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية، إذا كنت في مكان لا يتم فيه تطبيق شروط هذا المستند.
11. استيفاء ما يلي والتوقيع عليه:
  - الموافقات الخاصة بعلاج الرعاية الصحية، أو بإصدار أوامر عدم الإنعاش أو أي أوامر أخرى مماثلة؛ و
  - طلبات التحويل إلى منشأة أخرى، أو الخروج من المستشفى على عكس مشورة الرعاية الصحية، أو أي طلبات أخرى مماثلة؛ و
  - أي مستند آخر مرغوب فيه أو لازم لتنفيذ قرارات الرعاية الصحية التي يُصرح لوكيلي باتخاذها وفقًا لهذا المستند.

إرشادات خاصة. [تنطبق هذه التعليمات فقط إذا لم يكن لدى إقرار وصية حياة ساري.]

بوضع الأحرف الأولى من اسمي، أو توقيعي، أو علامة صح أو أي علامة أخرى في هذا المربع، فأنا أفوض طبيبي بوجه خاص بحجب العلاج، أو في حالة بدء العلاج بالفعل، بسحب موافقتي، أو أوامري بتوفير وسائل التغذية أو الترطيب الاصطناعية أو التكنولوجية إذا كنت في حالة فقدان دائم للوعي وقرر طبيبي وطبيب آخر على الأقل قام بفحصي، إلى درجة معقولة من اليقين الطبي، أن التغذية والترطيب الاصطناعية أو التكنولوجية لن توفر لي الراحة أو تخفف الألم. [القانون المنقح، القسم 1337.13(a)(2)(E) و(b)]



قيود سلطة الوكيل. أدرك أنا أنه توجد قيود على سلطة وكيلي بموجب قانون ولاية أوهايو:

1. لا يتمتع وكيلي بأي سلطة رفض أو سحب الموافقة المستنيرة على الرعاية الصحية اللازمة لتوفير سبل الراحة لي.
  2. لا يتمتع وكيلي بسلطة رفض أو سحب الموافقة المستنيرة على الرعاية الصحية إذا كنت حاملاً، أو إذا كان رفض أو سحب الرعاية الصحية سيؤدي إلى إنهاء الحمل، ما لم يكن الحمل أو الرعاية الصحية يشكلان خطرًا كبيرًا على حياتي، أو ما لم يقرر الطبيب المعالج وطبيب آخر على الأقل بدرجة معقولة من اليقين الطبي أن الجنين لن يولد حيًا.
  3. لا يستطيع وكيلي إصدار الأمر بسحب علاج الحفاظ على الحياة الذي من شأنه أن يبقيني على قيد الحياة، بما في ذلك وسائل التغذية أو عملية الترطيب الاصطناعية أو التكنولوجية، إلا إذا كنت أعاني من مرض يفضي إلى الموت أو في حالة فقدان دائم للوعي وأن يقرر طبيبان أن العلاج المستدام لن يكون أو لم يعد يوفر لي الراحة أو يخفف ألمي.
  4. إذا كنت قد وافقت مسبقًا على أي رعاية صحية، فلا يمكن للوكيل الخاص بي سحب هذا العلاج ما لم تتغير حالتي بشكل مؤثر بحيث تكون الرعاية الصحية أقل فائدة لي بشكل ملحوظ، أو ما لم تحقق الرعاية الصحية الغرض الذي اخترت الرعاية الصحية من أجله.
- التعليمات أو القيود الإضافية. يجوز أن أقوم بإصدار تعليمات إضافية أو أن أفرض قيودًا إضافية على سلطة وكيلي. فيما يلي أدناه إرشاداتي أو القيود المحددة الخاصة بي:

*[إذا كانت المساحة الموجودة أدناه غير كافية، فيمكنك إرفاق صفحات إضافية. إذا لم يكن لديك أي تعليمات أو قيود إضافية، اكتب "لا شيء" أدناه.]*

## ترشيح وصي

[القانون المنقح، القسم 1337.28 (A) والقانون المنقح، القسم 2111.121] يجوز لك، ولكن ليس مطلوبًا منك، استخدام هذا المستند لترشيح وصي، في حالة بدء إجراءات الوصاية، بالنيابة عنك أو عن ممتلكاتك. [

أدرك أنا أن أي شخص أقوم بترشيحه ليس ملزمًا بقبول واجبات الوصاية، وأن المحكمة الحسبية تحتفظ بالولاية القضائية على أي وصاية. [القانون المنقح، القسم 2111.121(C)]

أدرك أنا أن المحكمة ستحترم ترشيحاتي إلا لسبب وجيه موضح أو عدم الأهلية. [القانون المنقح، القسم 2111.121(B)]

أدرك أنه إذا تم تعيين وصي على الشخص من أجلي، فإن واجبات هذا الوصي تشمل اتخاذ قرارات يومية ذات طبيعة شخصية نيابة عني، مثل احتياجات الطعام، والملبس، والترتيبات المعيشية، ولكن هذا التوكيل أو أي توكيل رسمي لاحق خاص بالرعاية الصحية يظل ساري المفعول ويتحكم في قرارات الرعاية الصحية بالنسبة لي، ما لم تقرر المحكمة خلاف ذلك. تحدد المحكمة الحدود، أو تعلق أو تنتهي هذا التوكيل أو أي توكيل رسمي لاحق خاص بالرعاية الصحية، إذا وجدت أن القيود، أو التعليق أو الإنهاء في مصلحتي. [القانون المنقح، القسم 1337.28 (C)]

أنوي أنا أن تلغي السلطة الممنوحة لوكيلي في التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية الحاجة إلى قيام أي محكمة بتعيين وصي على شخصي. ومع ذلك، في حال البدء في مثل هذه الإجراءات، فأنا أشرح الشخص (الأشخاص) أدناه بالترتيب المدرج ليكون وصي على شخصي.

بموجب التوقيع بالأحرف الأولى من اسمي، أو التوقيع، أو وضع علامة صح أو أي علامة أخرى في هذا المربع، أقوم بترشيح وكيلي ووكيلي (وكلائي) البديلين، إن وجدوا، ليكون وصيًا على شخصي، بالترتيب المذكور أعلاه.

إذا لم أختَر وكيلي أو وكيلاً بديلاً ليكون وصيًا على شخصي، فأنا أختار الشخص (الأشخاص) التالي ذكرهم، بهذا الترتيب [يرجى شطب أي سطور غير مستخدمة]:



الوصي على اسم شخصي وصلته بي: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم (أرقام) الهاتف: \_\_\_\_\_

الوصي البديل على اسم شخصي وصلته بي: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم (أرقام) الهاتف: \_\_\_\_\_

يرجى وضع علامة X على المنطقة  
حال عدم استخدامها

الوصي على التركة يعني الشخص المعين من قبل المحكمة لاتخاذ القرارات المالية بالنيابة عن فاقد الأهلية، بمشاركة المحكمة. يلزم وجود وثيقة مع الوصي على التركة، ما لم يتم التنازل عن هذا المستند كتابيًا أو وجدت المحكمة أنه أمر غير ضروري.

بموجب التوقيع بالأحرف الأولى من اسمي، أو التوقيع، أو وضع علامة صح أو أي علامة أخرى في هذا المربع، أشرح أنا وكيلي أو الوكيل (الوكلاء) البديلين، إن وجدوا، كوصي على تركتي، بالترتيب الموضح أعلاه.



إذا لم أختَر وكيلي أو وكيلًا بديلاً ليكون وصيًا على تركتي، فأنا أختار الشخص (الأشخاص) التالي ذكرهم، بهذا الترتيب /يرجى شطب أي سطور غير مستخدمة]:

الوصي على ممتلكاتي وصلتي به: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم (أرقام) الهاتف: \_\_\_\_\_

الوصي البديل على تركتي وصلتي به: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم (أرقام) الهاتف: \_\_\_\_\_

يرجى وضع علامة X على المنطقة  
حالة عدم استخدامها

من خلال وضع الأحرف الأولى من اسمي، أو التوقيع، أو وضع علامة صح أو أي علامة أخرى في هذا المربع، أوجه أنا بالتنازل عن هذا المستند للوصي أو الوصي الذي يخلفه على تركتي. [القانون المنقح، القسم 1337.28 (B)]



إذا لم أضع أي علامة في هذا المربع، فهذا يعني أنني أتوقع أن يتم تقييد الوصي أو الوصي الذي يخلفه على تركتي بوثيقة. [القانون المنقح، القسم 1337.28 (B)]

لا يوجد تاريخ انتهاء صلاحية. لا ينتهي سريان التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية ولا يتأثر بإعاقتي أو بمرور الوقت.

التنفيذ من قبل الوكيل. يجوز أن يتخذ وكيلي، على نفقتي، أي إجراء يراه وكيلي مناسبًا لتنفيذ رغباتي بموجب هذا المستند.

إخلاء المسؤولية الشخصية للوكيل. لن يكون وكيلي مسؤولاً تجاهي أو تجاه أي شخص آخر عن أي خرق للمهام ما لم يتم ارتكاب هذا الخرق بطريقة غير شريفة، أو بدافع غير لائق، أو بعدم تكرار ولا مبالاة لأغراض هذا المستند أو ما يصب في مصالحتي. [القانون المنقح، القسم 1337.35]

نسخ طبق الأصل. يمكن لأي شخص الاعتماد على نسخة من هذا المستند. [القانون المنقح، القسم 1337.26 (C)]

التطبيق خارج الولاية. أعتزم أنا أن يتم احترام هذا المستند في أي ولاية قضائية إلى الحد الذي يسمح به القانون. [القانون المنقح، القسم 1337.26 (C)]

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

إنني استوفيت وصية إنهاء الحياة:

## توقيع الموكل

أدرك أنني مسؤول عن إخبار أفراد عائلتي وطبيبي، والمحامي الخاص بي، ومستشاري الديني وآخرين بشأن هذا التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية. وأدرك أنه يجوز لي تقديم نسخ من هذا التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية إلى أي شخص.

أدرك أنا أنه يجوز لي تقديم نسخة من هذا التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية إلى المحكمة الحسبية لحفظها. [القانون المنقح، القسم 1337.12(E)(3)]

أدرك أنا أنه يتوجب عليّ التوقيع على هذا التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية مع ذكر تاريخ توقيعي، وأن توقيعي يجب أن يشهد عليه إما شخصان بالغان يتمتعان بالأهلية للشهادة على توقيعي أو يجب الإقرار بالتوقيع أمام كاتب العدل. [القانون المنقح، القسم 1337.12]

أوقع باسمي على هذا التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية

في يوم \_\_\_\_\_، في \_\_\_\_\_، أوهايو.

الموكل

[اختر الشهود أو إقرار كاتب العدل.]

[الشهود [القانون المنقح، القسم 1337.12(B)]

[لا يمكن للأشخاص التالية أسماؤهم أن يكونوا شهوداً على هذا التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية:

- وكيلك، إن وجد؛
- الوصي على شخصك أو عقارك، إن وجد؛
- أي وكيل بديل أو من يخلفه أو الوصي، إن وجد؛
- أي شخص تربطه صلة بك عن طريق الدم، أو الزواج أو التبني (على سبيل المثال، زوجك/زوجتك وأطفالك)؛
- الطبيب المتابع لحالتك؛ و
- مدير أي من دور الرعاية الذي تتلقى الرعاية به.]

أشهد أن الموكل قد وقع أو أقر بهذا التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية بحضوري، وأن الموكل يبدو سليم العقل ولا يخضع أو غير خاضع لإكراه، أو احتيال أو تأثير لا مسوغ له.

توقيع الشاهد الأول / اسم الشاهد الأول بحروف واضحة / التاريخ

عنوان الشاهد الأول

توقيع الشاهد الثاني / اسم الشاهد الثاني بحروف واضحة / التاريخ

عنوان الشاهد الثاني

**أو، إذا لم يكن هناك شهود:**

إقرار كاتب العدل [القانون المنقح، القسم 1337.12]

ولاية أوهايو

مقاطعة \_\_\_\_\_

في \_\_\_\_\_، مثل أمامي أنا، كاتب العدل الموقع أدناه، بشخصه  
، الموكل في التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية أعلاه، والذي  
أقر بأنه قد حرر هذا التوكيل للأغراض الواردة فيه. أشهد أن المدير يبدو أنه سليم العقل ولا يخضع أو غير خاضع لإكراه أو احتيال أو  
تأثير لا مسوغ له.

كاتب العدل

ينتهي تفويضي في: \_\_\_\_\_

تفويضي دائم: \_\_\_\_\_

@ يناير 2022. يمكن إعادة طباعة هذا الإقرار ونسخه للاستخدام من قبل الجمهور، والمحامين، والأطباء وأطباء تقويم العظام، والمستشفيات، ونقابات المحامين، والجمعيات الطبية والجمعيات والمنظمات التي لا تهدف للربح. لا يجوز إعادة إنتاجه تجارياً للبيع بربح.

## إشعار للبالغين المحررين لهذا المستند

تُعد هذه الوثيقة وثيقةً مُهمّةً للغاية. قبل تحرير هذا المستند، يجب عليك معرفة هذه الحقائق:

يمنح هذا المستند الشخص الذي تعينه (المحامي الفعلي) سلطة اتخاذ معظم قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك إذا فقدت القدرة على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن الرعاية الصحية بنفسك. وتسري هذه السلطة فقط عندما يقرر طبيبك المعالج أنك فقدت القدرة على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن الرعاية الصحية بنفسك، وعلى الرغم من هذا المستند، طالما أن لديك القدرة على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن الرعاية الصحية لنفسك، فإنك تحتفظ بالحق في اتخاذ جميع القرارات الطبية وغيرها من قرارات الرعاية الصحية بنفسك.

يمكنك تضمين قيود محددة في هذا المستند على سلطة المحامي الفعلي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك.

مع مراعاة أي قيود محددة تقوم بتضمينها في هذا المستند، إذا قرر طبيبك المعالج أنك فقدت القدرة على اتخاذ قرار مستنير بشأن مسألة تتعلق بالرعاية الصحية، يتم تفويض المحامي الفعلي بشكل عام بموجب هذا المستند لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية لك بالقدر نفسه الذي يمكنك فيه اتخاذ تلك القرارات بنفسك، إذا كانت لديك القدرة على القيام بذلك. وتشمل سلطة المحامي الفعلي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك بشكل عام سلطة إعطاء الموافقة المستنيرة، أو رفض إعطاء الموافقة المستنيرة، أو سحب الموافقة المستنيرة على أي رعاية، أو علاج، أو خدمة، أو إجراء للحفاظ على، أو تشخيص، أو علاج حالة جسدية أو عقلية.

ومع ذلك، حتى لو كان للمحامي الفعلي سلطة عامة لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك بموجب هذا المستند، لن يكون المحامي الفعلي مخولاً أبداً للقيام بأي مما يلي:

(1) رفض أو سحب الموافقة المستنيرة على العلاجات التي من شأنها أن تقيّدك على قيد الحياة، ما لم يقرر طبيبك المعالج وطبيب آخر يفحصك، إلى درجة معقولة من اليقين الطبي ووفقاً للمعايير الطبية المعقولة، أن أيّاً مما يلي ينطبق:

أ. أنك تعاني من حالة لا أمل فيها، وغير قابلة للشفاء وغير قابلة للعلاج ناتجة عن داء، أو مرض، أو إصابة (i) لا يمكن شفاؤها، و

(ii) من المحتمل أن تحدث وفاتك في غضون فترة زمنية قصيرة نسبياً إذا لم يتم تقديم العلاج الذي من شأنه أن يبقيك على قيد الحياة، وقرر طبيبك المعالج بالإضافة إلى ذلك، إلى درجة معقولة من اليقين الطبي، ووفقاً للمعايير الطبية المعقولة، أنه لا توجد إمكانية معقولة أن تستعيد القدرة على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن الرعاية الصحية بنفسك.

ب. إذا كنت في حالة فقدان دائم للوعي تتسم بعدم إدراكك على نحو لا أمل فيه لنفسك ولمحيطك وبفقدان كامل لوظيفة القشرة الدماغية، مما يؤدي إلى عدم قدرتك على الشعور بالألم أو المعاناة، وأن يقرر طبيبك المعالج بالإضافة إلى ذلك، إلى درجة معقولة من اليقين الطبي ووفقاً للمعايير الطبية المعقولة، أنه لا توجد إمكانية معقولة لاستعادة قدرتك على اتخاذ قرارات رعاية صحية مستنيرة بنفسك؛

(2) رفض أو سحب الموافقة المستنيرة على الرعاية الصحية اللازمة لتزويدك برعاية توفير الراحة (باستثناء أنه، إذا لم يكن المحامي الفعلي ممنوعاً من القيام بذلك بموجب بند (4) أدناه، يمكن للمحامي الفعلي رفض أو سحب الموافقة المستنيرة على توفير وسائل التغذية أو عملية الترطيب لك كما هو موضح تحت بند (4) أدناه). (يجب أن تفهم أن رعاية توفير الراحة مُعرّفة في قانون ولاية أوهايو بأنها تعني التغذية (القوت) أو السوائل (الترطيب) الاصطناعية أو التكنولوجية والتي يتم إعطاؤها لك لتقليل الألم أو الشعور بعدم الراحة، وليس لتأجيل وفاتك، وأي إجراءات

إخطار وفق ما ينص عليه قانون أوهايو المنقح القسم 1337.17

طبية أخرى أو إجراءات رعاية، أو إجراءات علاجية، أو إجراءات تدخلية جراحياً، أو أي إجراء آخر يمكن اتخاذه لتقليل الألم أو الشعور بعدم الراحة، وليس لتأجيل وفاتك. وبالتالي، إذا قرر طبيبك المعالج أن الإجراء الطبي أو إجراء الرعاية الموصوف سابقاً، أو الإجراء العلاجي، أو التدخل، أو أي إجراء آخر لن يوفر لك أو لم يعد يوفر لك تخفيف الألم، إذًا، بموجب بند (4) أدناه، يحق لمحاميك الفعلي رفض أو سحب الموافقة المستنيرة على الإجراء، أو العلاج، أو التدخل، أو أي إجراء آخر؛

(3) رفض أو سحب الموافقة المستنيرة على الرعاية الصحية لك إذا كنت حاملاً وإذا كان الرفض أو الانسحاب سيؤدي إلى إنهاء الحمل (ما لم يكن الحمل أو الرعاية الصحية يشكلان خطرًا كبيرًا على حياتك، أو ما لم يكن طبيبك المعالج وطبيبًا آخر على الأقل قام بفحصك، بدرجة معقولة من اليقين الطبي ووفقًا للمعايير الطبية المعقولة، ووجد أن الجنين لن يولد حيًا)؛

(4) رفض أو سحب الموافقة المستنيرة على توفير التغذية (القوت) أو السوائل (الترطيب) الاصطناعية أو التكنولوجية لك، ما لم:

أ. تكن مصابًا بمرض يفرض الموت أو في حالة فقدان دائم للوعي.

ب. يقرر طبيبك المعالج وطبيب آخر على الأقل قام بفحصك، إلى درجة معقولة من اليقين الطبي ووفقًا للمعايير الطبية المعقولة، أن وسائل التغذية أو عملية الترطيب لم يعودا ولن يتمكننا من توفير سبل الراحة لك أو من التخفيف من الآلام.

ج. إذا، ولكن فقط إذا، كنت في حالة فقدان دائم للوعي، فأنت تخول المحامي الفعلي في رفض أو سحب الموافقة المستنيرة على توفير وسائل التغذية أو عملية الترطيب لك من خلال القيام بكل من الإجراءات التالية الواردة في هذا المستند:  
(i) بما في ذلك بيان بأحرف كبيرة أو أي نوع آخر واضح، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، خط مختلف، أو نوع أكبر، أو نوع داكن، أن المحامي الفعلي قد يرفض أو يسحب الموافقة المستنيرة على توفير وسائل التغذية أو عملية الترطيب لك إذا أنت في حالة فقدان دائم للوعي وإذا تقرر أن وسائل التغذية أو عملية الترطيب لن تجدي لن تعد مجدية في توفير سبل الراحة لك أو في التخفيف من الألم، أو وضع علامة صح أو أي علامة أخرى على المربع أو الخط (إن وجد) القريب من البيان المماثل الوارد في هذا المستند؛  
(ii) وضع الأحرف الأولى من اسمك أو توقيعك أسفل البيان أو بجواره، أو وضع علامة صح، أو أي علامة أخرى موصوفة مسبقًا.

د. إذا قرر طبيبك المعالج، بحسن نية، أنك فوضت المحامي الفعلي برفض أو سحب الموافقة المستنيرة على توفير وسائل التغذية أو عملية الترطيب لك إذا كنت في حالة فقدان دائم للوعي من خلال الامتثال للمتطلبات المذكورة أعلاه في بند (4)(ج)(1) و(2) أعلاه.

(5) سحب الموافقة المستنيرة على أي رعاية صحية وافقت عليها مسبقًا، ما لم يؤدي تغيير حالتك الجسدية إلى انخفاض كبير في فائدة تلك الرعاية الصحية لك، أو ما لم تكن الرعاية الصحية فعالة، أو لم تعد فعالة بشكل كبير في تحقيق الأغراض التي وافقت على استخدامها.

بالإضافة إلى ذلك، عند ممارسة السلطة لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك، يتعين على المحامي الفعلي أن يتصرف وفقًا لرغباتك أو، إذا كانت رغباتك غير معروفة، التصرف بما يصب في مصلحتك. ويجوز لك التعبير عن رغباتك للمحامي الفعلي من خلال تضمينها في هذا المستند أو عن طريق إطلاع المحامي الفعلي عليها بطريقة أخرى.

وعند التصرف وفقًا لهذا المستند، سيتمتع المحامي الفعلي بشكل عام بنفس الحقوق التي تتمتع بها لتلقي معلومات حول الرعاية الصحية المقترحة، ومراجعة سجلات الرعاية الصحية، والموافقة على الكشف عن سجلات الرعاية الصحية. يمكنك تقييد هذا الحق الوارد في هذا المستند إذا ما رغبت في ذلك.

إخطار وفق ما ينص عليه قانون أوهايو المنقح القسم 1337.17

بشكل عام، يمكنك تعيين أي شخص بالغ يتمتع بالأهلية كمحامي فعلي بموجب هذا المستند. ومع ذلك، لا يمكنك تعيين طبيبك المعالج أو المسؤول عن أي دار رعاية تتلقى فيها الرعاية كمحامي فعلي بموجب هذا المستند. وبالإضافة إلى ذلك، لا يمكنك تعيين موظف لدى طبيبك المعالج أو وكيله، أو موظف أو وكيل منشأة رعاية صحية يتم علاجك فيها، كمحامي فعلي بموجب هذا المستند، ما لم يكن الموظف أو الوكيل مختصًا وبالغ ومرتبط بك بالدم، أو الزواج، أو التبني، أو ما لم يكن أي من الموظفين أو الوكلاء بالغين يتمتعون بالأهلية على أن تكون أنت والموظف أو الوكيل أعضاء في نفس النظام الديني.

لا يوجد تاريخ انتهاء صلاحية لهذا المستند بموجب قانون ولاية أوهايو، ولكن يمكنك اختيار تحديد تاريخ تنتهي فيه صلاحية التوكيل الرسمي الدائم الخاص بك للرعاية الصحية. ومع ذلك، إذا حددت تاريخ انتهاء الصلاحية ثم فقدت القدرة على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن الرعاية الصحية لنفسك في ذلك التاريخ، يستمر سريان المستند والصلاحية التي يمنحها لمحاميك الفعلي حتى تستعيد قدرتك على اتخاذ قرارات صحية مستنيرة بشأن رعايتك الصحية.

لديك الحق في إلغاء تعيين المحامي الفعلي والحق في إلغاء هذا المستند بأكمله في أي وقت وبأي طريقة. ويسري أي إبطال من هذا القبيل بشكل عام عندما تعبر عن نيتك في إجراء الإلغاء. ومع ذلك، إذا أبلغت طبيبك المعالج بهذا المستند، يسري هذا الإلغاء فقط عندما تقوم بإبلاغ طبيبك المعالج به، أو إذا قام الشاهد على الإلغاء أو غيره من موظفي الرعاية الصحية الذين يتم إبلاغهم بالإلغاء من قبل هذا الشاهد بإبلاغ طبيبك المعالج بمثل هذا الإلغاء.

إذا قمت بتحرير هذا المستند وأنشأت توكيلاً رسميًا دائمًا صالحًا للرعاية الصحية به، يلغي هذا المستند أي توكيل رسمي دائم، وساري للرعاية الصحية قمت بإنشائه، ما لم تشر إلى خلاف ذلك في هذا المستند.

لا يصلح هذا المستند لأن يكون توكيلاً رسميًا دائمًا خاص بالرعاية الصحية ما لم يتم الاعتراف به أمام كاتب عدل أو ما لم يتم التوقيع عليه من قبل شاهدين بالغين على الأقل كانا حاضرين عند التوقيع أو عند الإقرار بتوقيعك. لا يجوز لأي شخص مرتبط بك بالدم، أو الزواج، أو التبني أن يكون شاهدًا. ولا يجوز للمحامي الفعلي، أو الطبيب المعالج، أو المسؤول عن أي دار رعاية تتلقى فيها الرعاية أن يكون أحدهم شاهدًا. وإذا كان هناك أي شيء في هذا المستند لا تفهمه، يجب أن تطلب من محاميك أن يشرح لك ذلك.

## إخطار وفق ما ينص عليه قانون أوهايو المنقح القسم 1337.17

### الملحق

لم يتم تحديث هذا الإشعار عندما تم تغيير بعض أحكام القانون المتعلقة بالتوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية في مارس 2014. ويُرجى العلم بالتغييرات التالية:

يجوز لك، ولكن ليس مطلوبًا منك، تفويض وكيلك للحصول على معلوماتك الصحية، بما في ذلك المعلومات المحمية بموجب القانون وغير المتاحة للوكيل الخاص بك. ويمكنك تفويض وكيلك في الوصول إلى معلوماتك الصحية فور توقيعك على هذا المستند أو في أي وقت لاحق، على الرغم من أنك لا تزال قادرًا على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك.

يجوز لك أيضًا، ولكن ليس مطلوبًا منك، استخدام هذا المستند لتسمية الأوصياء عليك أو على تركتك في حالة بدء إجراءات الوصاية.

© يناير 2022. يمكن إعادة طباعة هذا الإقرار ونسخه للاستخدام من قبل الجمهور، والمحامين، والأطباء وأطباء تقويم العظام، والمستشفيات، و نقابات المحامين، والجمعيات الطبية والجمعيات والمنظمات التي لا تهدف للربح. لا يجوز إعادة إنتاجه تجاريًا للبيع بريح.