

## إخطار بإقرار وصية إنهاء الحياة في ولاية

### أوهايو للمُقر بما فيها

الغرض من إقرار وصية إنهاء الحياة هو توثيق رغبتك في حجب أو سحب العلاج الذي يبقيك على قيد الحياة، بما في ذلك التغذية والترطيب الاصطناعية أو التكنولوجية، إذا كنت غير قادر على اتخاذ قرارات طبية مستنيرة وكنت تعاني من مرض يفضي إلى الموت أو كنت في حالة فقدان دائم للوعي. لا يؤثر إقرار وصية إنهاء الحياة هذا على مسؤولية موظفي الرعاية الصحية على تقديم رعاية توفير الراحة. حيث تعني رعاية توفير الراحة أي إجراء يتم اتخاذه لتقليل الألم أو الشعور بعدم الراحة، ولكن ليس لتأجيل الوفاة.

إذا لم تختَر تقييد أي أو كل أشكال العلاج الذي يبقيك على قيد الحياة، بما في ذلك الإنعاش القلبي الرئوي (CPR)، فلديك الحق القانوني في اختيار ذلك وقد ترغب في تحديد تفضيلات العلاج الطبي الخاصة بك كتابةً في مستند مختلف.

بموجب قانون ولاية أوهايو، لا ينطبق إقرار وصية إنهاء الحياة إلا على الأفراد الذين يعانون من مرض يفضي إلى الموت أو من هم في حالة فقدان دائم للوعي. وإذا كنت ترغب في توجيه العلاج الطبي في ظروف أخرى، فيجب عليك إعداد توكيل رسمي خاص بالرعاية الصحية. وإذا كنت تعاني من مرض يفضي إلى الموت أو في حالة فقدان دائم للوعي، فإن إقرار وصية إنهاء الحياة هذا له الأولوية في التطبيق على التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية.

*[يجب أن تفكر في إكمال إقرار وصية إنهاء الحياة جديدة إذا تغيرت حالتك الطبية أو إذا قررت لاحقاً إكمال التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية. وإذا كان لديك إقرار وصية إنهاء الحياة وكذلك التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية، فيجب عليك الاحتفاظ بنسخ من هذه المستندات معاً. وعليك إحضار المستندات الخاصة بك معك متى كنت مريضاً في إحدى مؤسسات الرعاية الصحية أو عندما تقوم بتحديث سجلاتك الطبية مع طبيبك.]*



# إقرار وصية إنهاء الحياة في ولاية أوهايو

[القسم 2133 من القانون المنقح]

(الاسم الكامل بحروف واضحة)

(تاريخ الميلاد)

هذا هو إقرار وصية إنهاء الحياة الخاص بي. حيث ألغي أنا جميع إقرارات وصية إنهاء الحياة السابقة التي وقّعت عليها. 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.

أنا شخص سليم العقل ولست خاضعًا لإكراه، أو احتيال أو تأثير لا مسوغ له. أنا شخص بالغ وامتتع بالأهلية اللازمة لفهم عواقب هذا الإجراء وتقبلها. أقر طواعية بتوجيهي بعدم إطالة العمر بشكل صناعي. [القانون المنقح، القسم 2133.02 (A)]

أعتزم أنا أن يتم احترام إقرار وصية إنهاء الحياة هذا من قبل عائلتي وأطباي باعتباره التعبير الأخير عن حقي القانوني في رفض رعاية صحية معينة. [القانون المنقح، القسم 2133.03(2)(B)]

## 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 التكنولوجية** 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. /

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

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

المُقر يعني الشخص الذي يوقع على إقرار وصية إنهاء الحياة.

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.

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 بالأموال 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 فقدان 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 للمُقر وطبيب آخر يقوم بفحص المُقر، على أن يسري على هذه الحالة ما يلي: (1) مرض عضال لا شفاء منه و (2) أن تكون الوفاة محتملة ومنتوقعة في غضون فترة زمنية قصيرة نسبيًا إذا لم يتم إعطاء العلاج الذي يبقي المريض على قيد الحياة.

لا يوجد تاريخ انتهاء صلاحية. لا يوجد تاريخ انتهاء لإقرار وصية إنهاء الحياة. ومع ذلك، يجوز لي إنهائه في أي وقت. [القانون المنقح، القسم 2133.04(A)]

نسخ طبق الأصل. يمكن لأي شخص الاعتماد على نسخة من هذا المستند. [القانون المنقح، القسم 2133.02(C)]

التطبيق خارج الولاية. أعتزم أنا أن يتم احترام هذا المستند في أي ولاية قضائية إلى الحد الذي يسمح به القانون. [القانون المنقح، القسم 2133.14]

لقد استكملت التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية: نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

الإخطارات. [ملاحظة: لا تحتاج إلى تسمية أي شخص. إذا لم يتم ذكر اسم أي شخص، فإن القانون ينص على قيام طبيبك المعالج ببذل جهد معقول لإخطار أحد الأشخاص التالي أسماءهم بالترتيب المذكور: الوصي عليك، أو زوجك، أو أطفالك البالغين المتوافرين، أو والديك، أو غالبية الأشقاء البالغين المتوافرين.]

في حال ما إذا قرر الطبيب المعالج أن العلاج الذي يبقيك على قيد الحياة يجب حجه أو سحبه، يجب على طبيبي بذل جهد معقول لإخطار أحد الأشخاص المذكورين أدناه، بالترتيب التالي للأولوية [يُرجى شطب أي سطور غير مستخدمة]: [القانون المنقح، القسم 2133.05§(2)(a)]

اسم أول شخص للاتصال والصلة التي تربطك به:

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم (أرقام) الهاتف: \_\_\_\_\_

اسم ثاني شخص للاتصال والصلة التي تربطك به: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم (أرقام) الهاتف: \_\_\_\_\_

اسم ثالث شخص للاتصال والصلة التي تربطك به: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم (أرقام) الهاتف: \_\_\_\_\_

يُرجى وضع علامة X على المنطقة  
حال عدم استخدامها

إذا كنت أعاني من مرض يفضي إلى الموت وكنت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي، أو إذا كنت في حالة فقدان دائم لوعي وليس هناك أي احتمال معقول بأنني سأستعيد القدرة على اتخاذ قرارات مستنيرة، عندها أوجه طبيبي للسماح لي بالموت بشكل طبيعى، فقط مع تقديم رعاية توفير الراحة.

لغرض تقديم رعاية توفير الراحة، أفوض طبيبي في القيام بما يلي:

1. عدم تقديم أي علاج لإبقائي على قيد الحياة، بما في ذلك الإنعاش القلبي الرئوي؛
2. حجب أو سحب وسائل التغذية أو عملية الترطيب الاصطناعية أو التكنولوجيا، بشرط أنه إذا كنت في حالة فقدان دائم للوعي، أفوض إجراء هذا الحجب أو السحب بموجب التعليمات الخاصة أدناه مع استيفاء الشروط الأخرى؛
3. إصدار أمر عدم الإنعاش (DNR)؛ و
4. عدم اتخاذ أي إجراء لتأجيل وفاتي، أو تقديم الرعاية اللازمة فقط للعمل على راحتي وتخفيف الألم.

#### التعليمات الخاصة.

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 العلاج، أو الموافقة على توفير وسائل التغذية أو الترطيب الاصطناعية أو التكنولوجيا 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 التكنولوجيا لن توفر لي الراحة أو تخفف الألم. [القانون المنقح، القسم 2133.02(3)(A) والقانون المنقح، القسم 2133.08]

#### التعليمات أو القيود الإضافية.

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

### توقيع الشخص المُقر

أدرك أنني مسؤول عن إخبار أفراد عائلتي، والوكيل المذكور في التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية (إذا كان لدي واحداً)، والطبيب، والمحامي، والمستشار الديني وآخرين بشأن إعلان وصية إنهاء الحياة. وأدرك أنه يجوز لي تقديم نسخ من إقرار وصية إنهاء الحياة هذا إلى أي شخص.

أدرك أنه يجب عليّ التوقيع (أو توجيه أحد الأفراد للتوقيع نيابةً عني) على إقرار وصية إنهاء الحياة هذا وتحديد تاريخ التوقيع، وأن التوقيع يتطلب أن يشهده شخصان بالغان يتمتعان بالأهلية للشهادة على التوقيع أو يجب الإقرار بالتوقيع أمام كاتب العدل. [القانون المنقح، القسم 2133.02]

أوقع باسمي على إقرار وصية إنهاء الحياة

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

المُقر بما فيه

### [اختر الشهود أو إقرار كاتب العدل.]

الشهود [القانون المنقح، القسم 2133.02(1)(B)]

[لا يمكن للأشخاص التالي أسمائهم أن يكونوا شهوداً على إقرار وصية إنهاء الحياة هذا:

- وكيلك في التوكيل الرسمي الخاص بالرعاية الصحية، إن وجد؛
- الوصي على شخصك أو عقارك، إن وجد؛
- أي وكيل أو وصي بديل، إن وجد؛
- أي شخص تربطه صلة بك عن طريق الدم، أو الزواج أو التبني (على سبيل المثال، زوجك وأطفالك)؛
- الطبيب المتابع لحالتك؛ و
- مدير دار الرعاية الذي تتلقى الرعاية به.]

أشهد أن الشخص المُقر قد وقع أو أقر بإقرار وصية إنهاء الحياة هذا في حضور، وأن المُقر بدا لي 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 2133.02(B)]

ولاية أوهايو

مقاطعة \_\_\_\_\_

في \_\_\_\_\_، مثل أممي أنا، كاتب العدل الموقع أدناه، بشخصه \_\_\_\_\_، المُقر في إقرار وصية إنهاء الحياة أعلاه، والذي أقر بأنه حرر هذا الإقرار للأغراض الواردة فيه. أشهد أن المُقر يبدو أنه سليم العقل وغير خاضع لإكراه أو احتيال أو أي 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. ولا يجوز إعادة الاستنساخ بصورة تجارية للبيع بريح.