

توجيهات مسبقة للعناية الصحية

منظومة سانت جوزيف عبارة عن منظومة كاثوليكية للعناية الصحية تعتبر احترام الحياة قيمةً عُلْيَا يجب المحافظة عليها في كل المراحل وفي كل الظروف. كما تشجّع المنظومة مشاركة المرضى الفعّالة في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بالعناية الصحية بهم. وترى المنظومة أن تصريحاً بتوجيهات مسبقة تُعطى سلفاً يمكن أن يضمن للمريض احترام رغباته فيما يتعلق بالعناية الصحية به، خاصةً عندما يأتي وقت يصبح فيه المريض غير قادر على المشاركة في اتخاذ قرارات تتعلق بالعناية الصحية به.

هذه استمارة من بين مجموعة استمارات تتعلق بالتوجيهات المسبقة متوفرة لدى المنظومة. والاستمارات الأخرى لا تقل صحة عن هذه الاستمارة. يمكنك ملء الجزء ألف من هذه الاستمارة أو الجزئين كليهما. الجزء ألف عبارة عن "وصية بالتصرف في حالة العجز" تعبّر فيها أنت عن أي نوع من الخدمات الصحية تريد، أو لا تريد، من مقدّم العناية الصحية أو المرفق الصحي أن يقدمها لك. ويحتوي هذا الجزء كذلك على أية تعليمات صحية تريد أن تكون معلومة لدى القائمين على الخدمة إذا كنت غير قادر على الكلام أو الاتصال بالآخرين.

أما الجزء باء فيتعلق بتعيين ممثل لك لأغراض العناية الصحية. فعندما تملأ الجزء باء من هذه الاستمارة، يمكنك أن تختار شخصاً وتعيّنه مسؤولاً عن اتخاذ القرارات الطبية باسمك أو نيابة عنك إذا كنت غير قادر على الاتصال بالآخرين. وعلى الشخص المعين أن يتبع التعليمات الواردة في الجزء ألف من هذه الاستمارة إذا كنت قد ملأت ذلك الجزء.

الجزء ألف: تعليمات توجيهية- (وصية بالتصرف في حالة العجز)

يُطلب منك في هذا الجزء من الاستمارة أن تُعطى تعليمات بشأن العناية الصحية بك. وهذا يتطلب اتخاذ قرارات وخيارات ربما تؤدُّ أن تبحثها سلفاً مع طبيبك وأفراد عائلتك وممتلكك لأغراض العناية الصحية.

إلى أفراد عائلتي وأطباتي وكل المعينين بالعناية الصحية بي:

أنا _____ أعلن بهذا، وأنا بكامل قُوّاي العقلية، وأبلغ كافة المعينين بأن هذه هي تعليماتي ورغباتي فيما يتعلق بالعناية الصحية بي في المستقبل. وإذا حدث لأي سبب ناتج عن عاهة بدنية أو عقلية، أن كنت غير قادر، على المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالعناية الصحية بي.

يرجى التوقيع بالأحرف الأولى من اسمك على الجملة التي توافق عليها:

_____ أوصي باتخاذ جميع الإجراءات الطبية المناسبة بهدف الإبقاء على حياتي، بغض النظر عن حالتي البدنية أو العقلية. إن المعالجة دون جدوى أو دون أمل في الشفاء تُعتبر أمراً غير مناسب من الناحية الطبية.

_____ أوصي بوقف المعالجة للإبقاء على حياتي أو سحبها، إذا كان لدي مرض أو داء فتاك أو جراح، أو إذا أصابني تدهور بالغ في صحتي العقلية، بحيث لا يعود من المتوقع بصورة معقولة أن أسترد عافيتي لأمارس حياة طبيعية. وتشمل أنواع المعالجة الهادفة إلى الإبقاء على الحياة، التي يمكن وقفها أو سحبها، على سبيل المثال لا الحصر، الجراحة، والأدوية، ومحاولة إنعاش القلب بعد الإصابة بنوبة قلبية، ودعم جهاز التنفس، والتغذية الاصطناعية وتزويد الجسم بالسوائل اصطناعياً. وأوصي بتقديم العناية الصحية المناسبة فقط من أجل تخفيف حدة الألم وإبقائي في حالة مريحة.

تعليقات أو تعليمات إضافية (اختيارية):

الجزء باء: تعيين ممثل لك لأغراض العناية الصحية (وكالة طويلة الأجل للتصرف باسمك أو بالنيابة عنك لأغراض العناية الصحية)
في الجزء باء هذا يمكنك أن تختار شخصاً تتفق به ليكون ممثلك المعترف به قانوناً والمفوض باتخاذ قرارات نيابة عنك إذا كنت أنت نفسك غير قادر على اتخاذ هذه القرارات. ويمكن تعيين ممثل بديل أيضاً.

أُعَيِّن بموجب هذا:

اسم الشخص _____ صلة القرابة _____
العنوان : الشارع: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ رقم الهاتف: _____

ممثلاً لي لأغراض العناية الصحية، لاتخاذ جميع القرارات بشأن قبول أو رفض أو سحب المعالجة حسب رغبتي كما هو منصوص عليها في هذه الوثيقة. وإذا كانت رغبتي غير واضحة، أو جدت حالة طارئة لم أكن أتوقعها، فإن ممثلي لأغراض العناية الصحية هذا مفوضٌ باتخاذ القرارات الأكثر خدمة لمصلحتي، انطلاقاً من رغباتي المعروفة.

تعليقات أو تعليمات إضافية (اختيارية):

الممثل البديل

إذا كان الشخص الذي عينته ممثلاً لي لأغراض العناية الصحية غير قادر على ممارسة صلاحياته، أو غير مستعد أو غير موجود فإنني أُعَيِّنُ الشخص التالي ممثلاً بديلاً للقيام بتلك المهمة:

اسم الشخص _____ صلة القرابة _____
العنوان : الشارع: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ رقم الهاتف: _____

التوقيع والشهود

أصرح بأنني أفهم أغراض هذه الوثيقة وإنني أوقعها بكامل وعيي وبمحض إرادتي وبعد تفكير مليٍّ فيها:

التوقيع _____ التاريخ _____

الشهود (لا يجوز أن يكون ممثلي لأغراض العناية الصحية أو البديل عنه من بين الشهود)

أصرح بأن الشخص الذي وقع هذه الوثيقة أو طلب من شخص آخر أن يوقعها نيابةً عنه قد قام بذلك بحضوري ويبدو لي أنه في كامل قواه العقلية ولم يتعرض لأي تأثير غير لازم.

التوقيع _____ التاريخ _____

التوقيع _____ التاريخ _____