

# توجيه فيرمونت المسبق للرعاية الصحية

من إعداد شبكة فيرمونت للأخلاقيات



## Vermont Advance Directive for Health Care

Prepared by the Vermont Ethics Network

### الشرح والتعليمات

#### EXPLANATION & INSTRUCTIONS

لديك الحق في:

■ You have the right to:

١. تسمية شخص آخر لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك عندما تكون غير قادر أو إذا كنت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك.

1. Name someone else to make health care decisions for you when or if you are unable to make them yourself.

٢. إعطاء تعليمات حول أنواع الرعاية الصحية التي تريدها أو لا تريدها.

2. Give instructions about what types of health care you want or do not want.

■ من المهم التحدث مع أقرب الأشخاص إليك ومع مقدمي الرعاية الصحية حول أهدافك ورغباتك وتفضيلاتك فيما يتعلق بالعلاج.

■ It is important to talk with those people closest to you and with your health care providers about your goals, wishes and preferences for treatment.

■ يمكنك استخدام هذا النموذج كله أو استخدام أي جزء منه. على سبيل المثال، إذا كنت ترغب فقط في اختيار وكيل في الجزء الأول، فيمكنك ملء هذا القسم فقط ثم الانتقال إلى الجزء الخامس للتوقيع في وجود الشهود المناسبين.

■ You may use this form in its entirety or you may use any part of it. For example, if you only want to choose an agent in Part One, you may fill out just that section and then go to Part Five to sign in the presence of appropriate witnesses.

■ ولك مطلق الحرية في استخدام نموذج آخر ما دام هذا يتم في حضور الشهود المناسبين. ويمكن العثور على نماذج أكثر تفصيلاً توفر مزيد من الخيارات والمعلومات فيما يتعلق بتفضيل رعاية الصحة العقلية على الموقع الإلكتروني لشبكة فيرمونت للأخلاقيات: [www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org)

■ You are free to use another form so long as it is properly witnessed. More detailed forms providing greater options and information regarding mental health care preference can be found on the VEN website at [www.vtethicsnetwork.org](http://www.vtethicsnetwork.org).

يتيح لك الجزء الأول من هذا النموذج تحديد أهداف العلاج والرغبات بشأنه. ويتم تزويدك بخيارات للتعبير عن رغباتك بشأن تلقي العلاج أو عدم تلقيه أو إيقافه في ظل ظروف معينة. كما يتم توفير مساحة لك لكتابة أي رغبات إضافية أو محددة بناءً على قيمك أو حالتك الصحية أو معتقداتك.

#### Part TWO of this form lets you state Treatment Goals & Wishes.

Choices are provided for you to express your wishes about having, not having, or stopping treatment under certain circumstances. Space is also provided for you to write out any additional or specific wishes based on your values, health condition or beliefs.

ويتيح لك الجزء الثالث من هذا النموذج التعبير عن رغباتك بشأن قيود العلاج. وتشمل هذه العلاجات الإنعاش القلبي الرئوي وأجهزة التنفس وأدوية التغذية والمضادات الحيوية. وتوجد مساحة لك لكتابة أي رغبات إضافية. ملاحظة: إذا كنت لا تريد الإنعاش القلبي الرئوي أو جهاز تنفس أو أنبوب تغذية أو مضادات حيوية، فيرجى مناقشة هذا الأمر مع طبيبك، الذي يمكنه ملء طلب عدم إنعاش القلب/عدم اللجوء للعلاج الذي يُبقي المريض على قيد الحياة لضمان عدم تلقيك علاجات لا تريدها، خاصة في حالات الطوارئ. يتعين على موظفي الطوارئ الطبية تزويدك بعلاج منقذ للحياة ما لم يكن لديهم «طلب عدم إنعاش القلب/عدم اللجوء للعلاج الذي يُبقي المريض على قيد الحياة» موقَّع يحدد بعض قيود العلاج. إذا لم يكن هناك «طلب عدم إنعاش القلب/عدم اللجوء للعلاج الذي يُبقي المريض على قيد الحياة»، يتعين على فريق الطوارئ الطبية إجراء الإنعاش القلبي الرئوي عندما لا يكون لديهم الوقت للرجوع إلى التوجيه المسبق أو استشارة عائلتك أو وكيلك أو طبيبك.

Part THREE of this form lets you express your wishes about Limitations of Treatment. These treatments include CPR, breathing machines, feeding tubes, and antibiotics. There is space for you to write any additional wishes. NOTE: If you DO NOT want CPR, a

يتيح لك الجزء الأول من هذا النموذج تسمية شخص باعتباره "وكيلك" لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك إذا أصبحت غير قادر أو غير راغب في اتخاذ قراراتك بنفسك. ويمكنك أيضاً تسمية وكلاء بديلين. ويجب عليك اختيار شخص تثق به، ويكون راضياً باتخاذ ما قد يكون قرارات صعبة نيابة عنك. ويجب أن يسترشد باهتماماتك واعتباراتك عند اتخاذ الخيارات نيابة عنك ويوافق على التصرف كوكيل لك. ويمكنك ملء نموذج التوجيه المسبق الذي يوضح تفضيلاتك الطبية حتى إذا لم تحدد وكيلاً. ويتعين على مقدمي الخدمات الطبية توجيهاتك المذكورة في التوجيه المسبق دون وكيل بأفضل ما لديهم من إمكانية، ولكن تعيين شخص كوكيل لك لاتخاذ القرارات نيابة عنك سيساعد مقدمي الخدمات الطبية وأولئك الذين يهتمون بأن تتخذ أفضل القرارات في المواقف التي ربما لم يتم تفصيلها في توجيهك المسبق. ووفقاً لقانون فيرمونت، لا يجوز أن يتخذ أقرب الأقارب قرارات تلقائياً نيابة عنك إذا كنت غير قادر على القيام بذلك. وهذا هو السبب الذي يجعل من الأفضل تعيين شخص من اختيارك مسبقاً.

Part ONE of this form allows you to name a person as your "agent" to make health care decisions for you if you become unable or unwilling to make your own decisions. You may also name alternate agents. You should choose someone you trust, who will be comfortable making what might be hard decisions on your behalf. They should be guided by your values in making choices for you and agree to act as your agent. You may fill out the Advance Directive form stating your medical preferences even if you do not identify an agent. Medical providers will follow your directions in the Advance Directive without an agent to their best ability, but having a person designated as your agent to make decisions for you will help medical providers and those who care for you make the best decisions in situations that may not have been detailed in your Advance Directive. According to Vermont law, next-of-kin will not automatically make decisions on your behalf if you are unable to do so. That is why it is best to appoint someone of your choosing in advance.



STEP  
2  
TAKING  
STEPS  
VERMONT

## A Comprehensive Guide to Medical Decision-Making

Includes advance directive form to appoint a health care agent and document treatment preferences



A publication by the Vermont Ethics Network

قد ترغب في قراءة كتيب اتخاذ الخطوات لمساعدتك في التفكير بشأن الخيارات والمواقف المختلفة ومناقشتها مع وكيلك (وكلائك) أو أحبائك.

You may wish to read the booklet *Taking Steps* to help you think about and discuss different choices and situations with your agent(s) or loved ones.

يمكن شراء نسخ من كتيب اتخاذ الخطوات من:

Copies of *Taking Steps* can be purchased from:

**Vermont Ethics Network**

**61 Elm Street**

**Montpelier, VT 05602.**

**(802) 828-2909** هاتف (Tel)

**(802) 828-2646** فاكس (Fax)

**www.vtethicsnetwork.org**

للحصول على معلومات حول سجل توجيهات فيرمونت المسبقة، يرجى زيارة:  
For information about the Vermont Advance Directive Registry visit:

موقع شبكة فيرمونت للأخلاقيات:

VEN website

**www.vtethicsnetwork.org**

أو / or

موقع السجل على الويب في وزارة الصحة بفيرمونت:

Registry website at the Vermont Department of Health:

**www.healthvermont.gov/vadr**

breathing machine, a feeding tube, or antibiotics, please discuss this with your doctor, who can complete a **DNR/COLST order** (Do Not Resuscitate/Clinician Order for Life Sustaining Treatment) to ensure that you do not receive treatments you do not want, especially in an emergency. Emergency Medical Personnel are required to provide you with life-saving treatment unless they have a signed DNR/COLST order specifying some limitation of treatment. If there is no DNR/COLST order the emergency medical team will perform CPR as they will not have time to consult an Advance Directive, your family, agent, or physician.

ويسمح لك الجزء الرابع من هذا النموذج بالتعبير عن رغباتك المتعلقة بالتبرع بالأعضاء/الأنسجة والتفضيلات بشأن الجنازة والدفن والتخلص من رفاتك.

**Part FOUR** of this form allows you to express your wishes related to **organ/tissue donation & preferences for funeral, burial and disposition** of your remains.

الجزء الخامس مخصص للتوقيعات. يجب عليك التوقيع على النموذج وتدوين تاريخه في حضور شاهدين بالغين. ولا يجوز أن يكون الأشخاص التالي ذكرهم شهودًا: وكيلك ووكلائك البدلاء، أو الزوج/الزوجة أو الشريك/الشريكة، أو الوالدين، أو الأخوة، أو الأبناء، أو الأحفاد.

يجب عليك تقديم نسخ من النموذج المكتمل إلى وكيلك ووكيلك البديل (وكلائك البدلاء)، وإلى طبيبك، وعائلتك وإلى أي مرفق رعاية صحية تقيم فيه أو يُحتمل أن تتلقى فيه الرعاية. ويرجى منك ذكر اسم من لديه نسخة من توجيهك المسبق حتى يتم إطلاعه على ما هو جديد في حال تغيرت تفضيلاتك.

ونحنك أيضًا على إرسال نسخة من توجيهك المسبق إلى سجل توجيهات فيرمونت المسبقة مع نموذج اتفاقية التسجيل الموجود في نهاية هذه الوثيقة.

يحق لك إلغاء هذا التوجيه المسبق للرعاية الصحية كله أو جزء منه أو استبدال هذا النموذج في أي وقت. وإذا قمت بإلغائه، يجب إتلاف جميع النسخ القديمة. وإذا قمت بإجراء تغييرات وأرسلت نسخة من مستندك الأصلي إلى سجل توجيهات فيرمونت المسبقة، فتأكد من إرسال نسخة جديدة أو إخطار بنموذج التغيير مع المعلومات اللازمة لتحديث توجيهك المسبق هناك.

**Part FIVE** is for signatures. You must sign and date the form in the presence of two adult witnesses. The following persons may not be witnesses: your agent and alternate agents; your spouse or partner; parents; siblings; children or grandchildren.

You should give copies of the completed form to your agent and alternate agent(s), to your physician, your family and to any health care facility where you reside or at which you are likely to receive care. Please note who has a copy of your Advance Directive so it may be updated if your preferences change.

You are also encouraged to send a copy of your Advance Directive to the Vermont Advance Directive Registry with the Registration Agreement Form found at the end of this document.

You have the right to revoke all or part of this Advance Directive for Health Care or replace this form at any time. If you do revoke it, all old copies should be destroyed. If you make changes and have sent a copy of your original document to the Vermont Advance Directive Registry, be sure to send them a new copy or a notification of change form with information needed to update your Advance Directive there.

# توجيه فيرمونت المسبق للرعاية الصحية

## Vermont Advance Directive for Health Care



التاريخ  
DATE

تاريخ الميلاد  
DATE OF BIRTH

اسمك  
YOUR NAME

الرمز البريدي  
ZIP

الولاية  
STATE

العنوان  
ADDRESS

المدينة  
CITY

### الجزء الأول: وكيلك للرعاية الصحية

#### PART ONE: YOUR HEALTH CARE AGENT

يستطيع وكيل الرعاية الصحية الخاص بك أن ينوب عنك في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية عندما لا تكون قادرًا على اتخاذ قرارات بنفسك أو غير راغب في ذلك. وحينها يجب عليك اختيار شخص ينال ثقتك ويتفهم رغباتك ويوافق على أن يقوم بدور الوكيل لك. مع العلم بأن مقدم الرعاية الصحية لا يجوز أن يكون وكيلك إلا إذا كان من أقاربك. ولا يجوز أن يكون وكيلك مالكًا أو مشغلًا أو موظفًا في أو متعهدًا لمرفق رعاية مقيمين أو مرفق رعاية صحية أو إصلاحية تُقيم أنت في أي منها وقت ملء بيانات توجيهك المسبق.

Your health care agent can make health care decisions for you when you are unable or unwilling to make decisions for yourself. You should pick someone that you trust, who understands your wishes and agrees to act as your agent. Your health care provider may **NOT** be your agent unless they are a relative. Your agent may **NOT** be the owner, operator, employee or contractor of a residential care facility, health care facility or correctional facility where you reside at the time your advance directive is completed.

أنا أعين هذا الشخص ليكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بي:

I appoint this person to be my health care **AGENT**:

البريد الإلكتروني  
EMAIL

اسم الوكيل  
AGENT NAME

العنوان  
ADDRESS

الهاتف المحمول  
CELL PHONE

هاتف المنزل  
WORK PHONE

هاتف المنزل  
HOME PHONE

(إذا قمت بتعيين وكلاء مشتركين، فقم بإدراجهم في ورقة منفصلة)

(If you appoint **CO-AGENTS**, list them on a separate sheet of paper)

وإذا كان هذا الوكيل غير متوفر أو غير راغب في أو غير قادر على أن يقوم بدور الوكيل لي، فأنا أعين هذا الشخص باعتباره الوكيل البديل:

If this agent is unavailable, unwilling or unable to act as my agent, I appoint this person as my **ALTERNATE AGENT**:

البريد الإلكتروني  
EMAIL

اسم الوكيل البديل  
ALTERNATE AGENT NAME

العنوان  
ADDRESS

الهاتف المحمول  
CELL PHONE

هاتف المنزل  
WORK PHONE

هاتف المنزل  
HOME PHONE

الآخرون الذين يمكن استشارتهم بشأن القرارات الطبية نيابة عني هم:

Others who may be consulted about medical decisions on my behalf include:

مقدم الرعاية الأولية (طبيب أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس):

Primary care provider (Physician, PA or Nurse Practitioner):

الهاتف  
PHONE

الاسم  
NAME

العنوان  
ADDRESS

الهاتف  
PHONE

الاسم  
NAME

العنوان  
ADDRESS

Those who should **NOT** be consulted include:

أولئك الذين لا ينبغي استشارتهم هم:

التاريخ  
DATEتاريخ الميلاد  
DOBالاسم  
NAME

I want my Advance Directive to start:

أريد تنفيذ توجيهي المسبق:

عندما لا أستطيع اتخاذ قراراتي بنفسي  
When I cannot make my own decisionsالآن  
Nowعندما يحدث هذا:  
When this happens:

## الجزء الثاني: أهداف الرعاية الصحية والرغبات الروحية

## PART TWO: HEALTH CARE GOALS AND SPIRITUAL WISHES

## تتضمن أهدافي العامة للرعاية الصحية ما يلي: / My overall health care goals include:

أريد علاجًا موجهًا لراحتي فقط.  
I only want treatment directed toward my comfort.أريد العلاج للإبقاء على حياتي فقط في حالة أنني:  
I want treatment to sustain my life only if I will:  
سأكون قادرًا على التواصل مع الأصدقاء والعائلة.  
be able to communicate with friends and family.  
سأكون قادرًا على الاعتناء بنفسي.  
be able to care for myself.  
سأعيش بدون ألم مُعجز.  
live without incapacitating pain.  
سأكون واعيًا ومدركًا لما يدور حولي.  
be conscious and aware of my surroundings.أريد الإبقاء على حياتي لأطول فترة ممكنة  
بأي وسيلة طبية.  
I want to have my life sustained as long as possible  
by any medical means.

Additional Goals, Wishes, or Beliefs I wish to express include:

تشمل الأهداف أو الرغبات أو المعتقدات الإضافية التي أود التعبير عنها ما يلي:

People to notify if I have a life-threatening illness:

الأشخاص المطلوب إخطارهم إذا كنت أعاني من مرض يهدد الحياة:

If I am dying it is important for me to be (check choice):

إذا كنت على وشك الموت، فمن المهم بالنسبة لي أن أكون (حدد الاختيار):

في المنزل  
At homeفي المستشفى  
In the hospitalأخرى:  
Other:بدون تفضيل  
No preference

## My Spiritual Care Wishes include:

تشمل رغباتي في الرعاية الروحية ما يلي:

ديني / إيماني:  
My Religion/Faith:مكان للعبادة  
PLACE OF WORSHIPالعنوان  
ADDRESSالهاتف  
PHONE

The following items or music or readings would be a comfort to me:

العناصر أو الموسيقى أو التلاوات التالية ستكون مريحة لي:

التاريخ  
DATEتاريخ الميلاد  
DOBالاسم  
NAME

## الجزء الثالث: قيود العلاج

## PART THREE: LIMITATIONS OF TREATMENT

يمكنك تحديد نوع العلاج الذي تريده أو لا تريده إذا مرضت بشدة أو كنت تحتضر. وبغض النظر عن قيود العلاج التي تم ذكرها، يحق لك أن يتم التحكم في ما تعانيه من ألم وأعراض (الغثيان والتعب وضيق التنفس). وما لم يتم ذكر قيود العلاج، فمن اللازم والمتوقع أن يبذل الفريق الطبي قصارى جهده لإنقاذ حياتك.

You can decide what kind of treatment you want or don't want if you become seriously ill or are dying. Regardless of the treatment limitations expressed, you have the right to have your pain and symptoms (nausea, fatigue, shortness of breath) managed. Unless treatment limitations are stated, the medical team is required and expected to do everything possible to save your life.

## ١. إذا توقف قلبي (اختر واحدًا):

## If my heart stops (choose one):

لا أريد إجراء الإنعاش القلبي الرئوي لمحاولة إعادة تشغيل قلبي.  
I DON'T want CPR done to try to restart my heart.

أريد إجراء الإنعاش القلبي الرئوي لمحاولة إعادة تشغيل قلبي.  
I DO want CPR done to try to restart my heart.

الإنعاش القلبي الرئوي يعني إنعاش القلب والرئة، بما في ذلك الضغط الشديد على الصدر، واستخدام التحفيز الكهربائي، والأدوية لدعم أو استعادة عمل القلب، وأنفاس الإنقاذ (دفع الهواء إلى رئتيك).

CPR means cardio (heart)-pulmonary (lung) resuscitation, including vigorous compressions of the chest, use of electrical stimulation, medications to support or restore heart function, and rescue breaths (forcing air into your lungs).

## ٢. إذا كنت غير قادر على التنفس بمفردي (اختر واحدًا):

## If I am unable to breathe on my own (choose one):

لا أريد جهاز تنفس لأي مدة من الوقت.  
I DO NOT want a breathing machine for ANY length of time.

أريد جهاز تنفس لفترة قصيرة لمعرفة ما إذا كنت سأعيش أو أتحسن.  
I want to have a breathing machine for a short time to see if I will survive or get better.

أريد جهاز تنفس بدون أي حد زمني.  
I DO want a breathing machine without any time limit.

يشير مصطلح «جهاز تنفس» إلى جهاز ينقل الهواء ميكانيكيًا من وإلى رئتيك مثل جهاز التنفس الصناعي.

"Breathing machine" refers to a device that mechanically moves air into and out of your lungs such as a ventilator.

## ٣. إذا كنت غير قادر على ابتلاع ما يكفي من الطعام أو الماء للبقاء على قيد الحياة (اختر واحدًا):

## If I am unable to swallow enough food or water to stay alive (choose one):

لا أريد أنبوب تغذية لأي مدة من الوقت.  
I DO NOT want a feeding tube for any length of time.

أريد الحصول على أنبوب تغذية لفترة قصيرة لمعرفة ما إذا كنت سأعيش أو أتحسن.  
I want to have a feeding tube for a short time to see if I will survive or get better.

أريد أنبوب تغذية بدون أي حدود زمنية.  
I DO want a feeding tube without any time limits.

ملاحظة: إذا كنت تخضع للعلاج في ولاية أخرى، لا يجوز لوكيلك تلقائيًا منع أو سحب أنبوب التغذية. وإذا كنت ترغب في أن يتخذ وكيلك قرارًا بشأن أنابيب التغذية، فيرجى تحديد المربع أدناه.

NOTE: If you are being treated in another state your agent may not automatically have the authority to withhold or withdraw a feeding tube. If you wish to have your agent decide about feeding tubes please check the box below.

أفوض وكيلي لاتخاذ قرارات بشأن أنابيب التغذية.  
I authorize my agent to make decisions about feeding tubes.

## ٤. إذا كنت مريضًا ميؤوسًا من شفائه أو مريضًا جدًا لدرجة أنه من غير المحتمل أن أتحسن (اختر واحدًا):

## If I am terminally ill or so ill that I am unlikely to get better (choose one):

لا أريد مضادات حيوية أو أدوية أخرى لمكافحة العدوى.  
I DON'T want antibiotics or other medication to fight infection.

أريد مضادات حيوية أو أدوية أخرى لمكافحة العدوى.  
I DO want antibiotics or other medication to fight infection.

إذا كنت قد ذكرت أنك لا تريد الإنعاش القلبي الرئوي أو جهاز تنفس أو أنبوب تغذية أو مضادات حيوية تحت أي ظرف من الظروف، فيرجى مناقشة هذا الأمر مع طبيبك، الذي يمكنه ملء «طلب عدم إنعاش القلب/عدم اللجوء للعلاج الذي يُبقي المريض على قيد الحياة» لضمان عدم تلقيك علاجات لا تريدها، خاصة في حالات الطوارئ. يتم الوفاء بـ«طلب عدم إنعاش القلب/عدم اللجوء للعلاج الذي يُبقي المريض على قيد الحياة» خارج نطاق المستشفى.

If you have stated you DO NOT want CPR, a breathing machine, a feeding tube, or antibiotics under any circumstances, please discuss this with your doctor who can complete a DNR/COLST form to ensure you don't receive treatments you don't want, particularly in an emergency situation. A DNR/COLST order will be honored outside of the hospital setting.

القيود الإضافية للعلاج التي أرغب في إدراجها:

Additional Limitations of Treatment I wish to include:

التاريخ  
DATEتاريخ الميلاد  
DOBالاسم  
NAME

الجزء الرابع: التبرع بالأعضاء والأنسجة والدفن/التخلص من الرفات  
PART FOUR: ORGAN/TISSUE DONATION & BURIAL/DISPOSITION OF REMAINS

رغباتي بشأن التبرع بالأعضاء والأنسجة (حدد اختياراتك): / My wishes for organ & tissue donation (check your choices):

أوافق على التبرع بالأعضاء والأنسجة التالية:  
I consent to donate the following organs & tissues:

أي أعضاء مطلوبة  
Any needed organs

أي نسيج مطلوب (جلد، عظم، قرنية)  
Any needed tissue (skin, bone, cornea)

لا أرغب في التبرع بالأعضاء والأنسجة التالية:  
I do not wish to donate the following organs and tissues:

لا أريد التبرع بأي أعضاء أو أنسجة  
I do not want to donate any organs or tissues

أريد أن يقرر وكيل الرعاية الصحية الخاص بي  
I want my health care agent to decide

أرغب في التبرع بجسدي لبرنامج (برامج) بحثي أو تعليمي. (ملاحظة: سيتعين عليك إجراء ترتيباتك الخاصة مع كلية من كليات الطب أو أي برنامج آخر مسبقًا.)  
I wish to donate my body to research or educational program(s). (Note: you will have to make your own arrangements with a medical school or other program in advance.)

توجيهاتي بشأن دفن/التخلص من رفاقي بعد موتي (حدد وأكمل):

My Directions for Burial/Disposition of My Remains after I Die (check & complete):

لدي عقد حاجة مسبقة بشأن ترتيبات الجنازة:  
I have a Pre-Need Contract for Funeral Arrangements:

الهاتف  
PHONE

الاسم  
NAME

العنوان  
ADDRESS

أريد أن يقرر الأشخاص التالي ذكرهم بشأن ما يخص دفني أو التخلص من رفاقي (حدد اختياراتك):

I want the following individuals to decide about my burial or disposition of my remains (check your choices):

العائلة:  
Family:

الوكيل البديل  
Alternate Agent

الوكيل  
Agent

الهاتف  
PHONE

الاسم  
NAME

العنوان  
ADDRESS

أخرى:  
Other:

الهاتف  
PHONE

الاسم  
NAME

العنوان  
ADDRESS

رغبات محددة (حدد اختياراتك):

Specific Wishes (check your choices):

أريد سهر الليل بجوار الجثمان/ إلقاء نظرة على الجثمان  
I want a Wake/Viewing

أفضل الدفن - إذا أمكن في الموقع التالي: (مقبرة، العنوان، رقم الهاتف)  
I prefer a Burial — If possible at the following location: (cemetery, address, phone number)

أفضل حرق الجثة، مع حفظ رمادي أو نثره على النحو التالي:  
I prefer Cremation — With my ashes kept or scattered as follows:

أريد مراسم جنازة يعقبها دفن أو حرق الجثة  
I want a Funeral Ceremony with a burial or cremation to follow

أفضل فقط مراسم بجوار القبر  
I prefer only a Graveside Ceremony

أفضل فقط مراسم تذكارية قبل دفن أو حرق الجثة  
I prefer only a Memorial Ceremony with burial or cremation preceding

تفاصيل أخرى: (مثل الموسيقى، التلاوات، رجل دين)  
Other Details: (such as music, readings, Officiant)

التاريخ  
DATEتاريخ الميلاد  
DOBالاسم  
NAME

## الجزء الخامس: بيان الرغبات الموقَّع

## PART FIVE: SIGNED DECLARATION OF WISHES

يجب عليك التوقيع على هذا البيان في حضور شاهدين بالغين. لا يجوز للأشخاص التالي ذكرهم التوقيع كشهود: وكيلك (وكلائك) أو الزوج/الزوجة أو الوالدان أو الأشقاء أو الأطفال أو الأحفاد.

You must sign this before TWO adult witnesses. The following people may **not** sign as witnesses: your agent(s), spouse, parents, siblings, children or grandchildren.

أقر بأن هذا المستند يعكس رغباتي في الرعاية الصحية وأني أقوم بتوقيع هذا التوجيه المسبق بمحض إرادتي.

I declare that this document reflects my health care wishes and that I am signing this Advance Directive of my own free will.

التاريخ  
DATEموقَّع  
SIGNED

أؤكد أن الموقَّع على هذه الوثيقة بدأ مدرِّجاً لطبيعة هذا التوجيه المسبق وأنه لم يتعرض لإكراه أو تأثير غير مبرر في وقت التوقيع على هذا التوجيه. (الرجاء التوقيع والكتابة)  
I affirm that the signer appeared to understand the nature of this advance directive and to be free from duress or undue influence at the time this was signed. (Please sign and print)

الشاهد الأول (اكتب الاسم)  
WITNESS 1 (PRINT NAME)التاريخ  
DATEالتوقيع  
SIGNATUREالشاهد الثاني (اكتب الاسم)  
WITNESS 2 (PRINT NAME)التاريخ  
DATEالتوقيع  
SIGNATURE

إذا تم قبول الشخص الذي يوقَّع على هذه الوثيقة في مستشفى أو كان مريضاً حالياً فيها، فيجب أن يوقَّع أحد الأشخاص التاليين ويؤكد أنه قد أوضح طبيعة وتأثير التوجيه المسبق وأن المريض بدأ مدرِّجاً لذلك ولم يتعرض لإكراه أو تأثير غير مبرر في وقت التوقيع: الشارح المعين من قبل المستشفى أو أمين المظالم أو ممثل مرضى الصحة العقلية أو رجل دين معترف به أو محامي فيرمونت أو من ينوب عن محكمة الوصايا.

If the person signing this document is being admitted to or is a current patient in a **hospital**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the patient appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *designated hospital explainer, ombudsman, mental health patient representative, recognized member of the clergy, Vermont attorney, or Probate Court designee.*

إذا تم قبول الشخص الذي يوقع على هذه الوثيقة في دار لرعاية المسنين أو مرفق لرعاية المقيمين أو كان مقيماً بأي منها، فيجب أن يوقَّع أحد الأشخاص التاليين ويؤكد أنه قد أوضح طبيعة وتأثير التوجيه المسبق وأن المقيم بدأ مدرِّجاً لذلك ولم يتعرض لإكراه أو تأثير غير مبرر في وقت التوقيع: أمين المظالم أو رجل دين معترف به أو محامي فيرمونت أو من ينوب عن محكمة الوصايا أو الشارح المعين من قبل المستشفى أو ممثل مرضى الصحة العقلية أو طبيب غير موظف في المرفق، أو متطوع في دار لرعاية المسنين/مرفق لرعاية المقيمين تم تدريبه بشكل مناسب.

If the person signing this document is being admitted to or is a resident in a **nursing home or residential care facility**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the resident appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *an ombudsman, recognized member of the clergy, Vermont attorney, Probate Court designee, designated hospital explainer, mental health patient representative, clinician not employed by the facility, or appropriately trained nursing home/residential care facility volunteer.*

يجوز أن يقوم الشارح كما هو موضح أعلاه أيضاً بدور أحد الشاهدين المطلوبين.

The explainer as outlined above may also serve as one of the two required witnesses.

الهاتف  
PHONEالاسم  
NAME  
المنصب/الوظيفة  
TITLE/POSITIONالعنوان  
ADDRESSالتاريخ  
DATEالتوقيع  
SIGNATURE

التاريخ  
DATEتاريخ الميلاد  
DOBالاسم  
NAME

The following have a copy of my Advance Directive (please check):

في ما يلي نسخة من توجيهي المسبق (يرجى التحديد)

تاريخ التسجيل:  
Date registered:سجل توجيه فيرمونت المسبق  
Vermont Advance Directive Registryوكيل الرعاية الصحية  
Health care agentوكيل الرعاية الصحية البديل  
Alternate health care agentالطبيب/مقدم الرعاية:  
Doctor/Provider(s):المستشفى:  
Hospital(s):أفراد العائلة: اذكر  
Family Member(s): Please list:الاسم  
NAMEالعنوان  
ADDRESSالاسم  
NAMEالعنوان  
ADDRESSالاسم  
NAMEالعنوان  
ADDRESSالاسم  
NAMEالعنوان  
ADDRESSالاسم  
NAMEالعنوان  
ADDRESSأخرى:  
Other:الاسم  
NAMEالعنوان  
ADDRESSالاسم  
NAMEالعنوان  
ADDRESSالاسم  
NAMEالعنوان  
ADDRESSالاسم  
NAMEالعنوان  
ADDRESSالاسم  
NAMEالعنوان  
ADDRESSالاسم  
NAMEالعنوان  
ADDRESS



**سجل توجيه فيرمونت المسبق**  
**نموذج تغيير اتفاقية التسجيل والتفويض**  
(المستندان (أ) و (ب) وفقاً لقاعدة توجيه فيرمونت المسبق)

**Vermont Advance Directive Registry**  
**Registration Agreement & Authorization to Change Form**  
(Documents A & B per the Vermont Advance Directive Rule)

**Directions / التوجيهات**

- اقرأ سياسة التسجيل في الصفحة 3 وأكمل الأقسام ذات الصلة أدناه. يرجى الكتابة أو الطباعة بشكل واضح.  
1. Read the Registration Policy on page 3 and complete the relevant sections below. Please type or print clearly.
  - المُسجّلون لأول مرة:** أكمل معلومات المُسجّل المطلوبة والمستند (أ).
  - تحديث توجيه مسبق موجود بالفعل في الملف:** أكمل معلومات المُسجّل المطلوبة والمستند (ب).
- أرفق نسخة موقّعة وعليها توقيع الشهود من توجيهك المسبق.  
2. Attach a signed and witnessed copy of your advance directive.
- يجب أن تتضمن عمليات التسجيل نموذج تغيير لاتفاقية التسجيل أو التفويض يكون مكتملاً وموقّعاً عليه ونسخة من مستند التوجيه المسبق موقّعة وعليها توقيعات الشهود.  
3. Registrations **must** include a completed and signed Registration Agreement or Authorization to Change form and a copy of the signed and witnessed advance directive document.
- بمجرد إكمال النماذج وتوقيعها، أرسلها بالبريد الإلكتروني أو البريد أو الفاكس:  
4. Once forms are completed and signed, send forms by email, mail or fax:

عبر البريد الإلكتروني إلى: [VADRSubmissions@uslwr.com](mailto:VADRSubmissions@uslwr.com)  
E-mail to:

أو بالبريد إلى:  
Or Mail to:

Westfield, NJ 2789-07091

أو بالفاكس إلى:  
Or Fax to:

للحصول على معلومات إضافية، يرجى زيارة: <http://healthvermont.gov/vadr> أو الاتصال بالرقم 1-888-548-9455  
For additional information visit: <http://healthvermont.gov/vadr/> or call 1-888-548-9455

**Required Registrant Information / معلومات المُسجّل المطلوبة**

الاسم: الاول First Name	الأوسط Middle	الأخير Last	اللاحقة Suffix
تاريخ الميلاد: Date of Birth			
العنوان البريدي الأساسي: Primary Mailing Address			
البلدة/المدينة: Town/City	الولاية: State	الرمز البريدي: Zip code	
رقم أساسي: Phone Number	الهاتف: Primary	آخر: Other	
هل ترغب في أن يتم الاتصال بك عن طريق البريد الإلكتروني? Would you like to be contacted by e-mail?			
عنوان البريد الإلكتروني: Email Address			
العنوان البريدي الثانوي (إن وجد): Secondary Mailing Address (if applicable):			
البلدة/المدينة: Town/City	الولاية: State	الرمز البريدي: Zip code	

**Emergency Contacts / جهات يتم الاتصال بها في حالة الطوارئ**

الاسم: Primary	الاسم: Secondary
العلاقة بالمُسجّل: Relationship to Registrant	العلاقة بالمُسجّل: Relationship to Registrant
رقم الهاتف: Phone Number	رقم الهاتف: Phone Number

ملاحظة: يجب أن يتضمن جميع ما تقدمه إلى السجل نسخة موقَّعة وعليها توقيعات الشهود من التوجيه المسبق للمُسجِّل. وهذا ينطبق على كل ما تقدمه لأول مرة والتحديثات على المستندات الموجودة.

**NOTICE: All submissions to the Registry must include a signed and witnessed copy of the registrant's Advance Directive. This applies to both first-time submissions and updates to existing documents.**

المستند (أ): اتفاقية التسجيل  
Document A: Registration Agreement

لا تكمل هذا القسم إلا إذا كانت هذه هي المرة الأولى التي تسجل فيها توجيهك المسبق.  
Complete this section only if this is your first time registering your advance directive.

أطلب أنا \_\_\_\_\_ (اكتب الاسم) أن يتم تسجيل توجيهي المسبق في سجل توجيه فرمونت المسبق، وأفوض بالوصول إليه على النحو الذي يسمح به قانون فرمونت. أقر أنا الموقع أدناه وأؤكد أن: المعلومات المقدمة دقيقة، وأني قرأت وفهمت وأوافق على شروط سياسة التسجيل في السجل؛ وسأحمي رقم تعريف المُسجِّل الخاص بي وبطاقة محفظتي من الوصول غير المصرح به؛ وسأقوم على الفور بإخطار السجل كتابياً بالتغييرات التي تطرأ على معلومات التسجيل الخاصة بي أو توجيهي المسبق. وأنا أبرم هذه الاتفاقية طواعية وبدون إجبار أو إكراه أو تأثير لا داعي له من أي طرف. وأدرك أن أي شخص لديه إمكانية الوصول إلى بطاقة محفظتي يمكنه استخدامها للوصول إلى مستندي ومعلوماتي الشخصية. ويظل هذا التفويض ساري المفعول حتى أقوم بإلغائه.

أنا، \_\_\_\_\_ (print name) request that my advance directive be registered in the Vermont Advance Directive Registry, and authorize its access as allowed by Vermont law. By signing below, I acknowledge and affirm that: the information provided is accurate; I have read, understand, and agree to the terms of the Registry Registration Policy; I will safeguard my registrant identification number and wallet card from unauthorized access; and I will immediately notify the Registry in writing of changes to my registration information or advance directive. I execute this agreement voluntarily and without coercion, duress, or undue influence by any party. I understand that anyone who has access to my wallet card can use it to gain access to my documents and personal information. This authorization remains in effect until I revoke it.

التاريخ:

Date

توقيع المُسجِّل:

Signature of Registrant:

المستند (ب): تفويض بالتغيير  
Document B: Authorization to Change

لا تكمل إلا إذا كنت مسجلاً حالياً وتقوم بإجراء تحديثات لتوجيه مسبق موجود بالفعل في السجل.  
Complete only if you are currently registered and making updates to an advance directive already on file with the registry.

حدّد المربع أدناه الذي ينطبق على ما تقوم بتقديمه.

Check the box below that applies to your submission.

تعديل: حدّد هذا المربع لتعديل توجيهك المسبق الموجود. سيتم الاحتفاظ بالنسخ السابقة من المستند في ملفك.

Amend: Check this box to amend your existing advance directive. Prior document history will be retained in your file.

استبدال: حدّد هذا المربع لاستبدال توجيهك المسبق الموجود. لن يتم الاحتفاظ بالنسخ السابقة من المستند في ملفك.

Replace: Check this box to replace your existing advance directive. Prior document history will not be retained in your file.

تعليق: حدّد هذا المربع لإلغاء تنشيط التوجيه المسبق كله أو جزء منه مؤقتاً لفترة زمنية محددة.

Suspend: Check this box to temporarily inactivate all or part of your advance directive for a defined period of time.

تاريخ الانتهاء:

End Date

تاريخ البدء:

Begin Date

إلغاء: حدّد هذا المربع لحذف توجيهك المسبق من السجل. (هذا حذف دائم من السجل)

Revoke: Check this box to delete your advance directive from the registry. (This is a permanent removal from the Registry)

أقر أنا، \_\_\_\_\_ (اكتب الاسم) أن هذا النموذج يمثل بدقة التغييرات التي أجريتها، وأن هذه التغييرات

دقيقة. وبالإضافة إلى ذلك، أفوض بأن تنعكس التغييرات في سجل التوجيهات المسبقة.

أنا، \_\_\_\_\_ (print name) certify that this form accurately represents the changes I have made, and these changes are accurate. Additionally, I authorize the changes to be reflected in the Advance Directive Registry.

التاريخ:

Date

توقيع المُسجِّل:

Signature of Registrant

## Registration Policy / سياسة التسجيل

التوجيه المسبق هو مستند قانوني ينقل رغبات الشخص فيما يتعلق بعلاج الرعاية الصحية واختيارات مرحلة الاحتضار في حالة عجزه عن اتخاذ هذه القرارات أو عدم قدرته على اتخاذها. وسجل فيرمونت للتوجيهات المسبقة هو قاعدة بيانات تسمح للأشخاص بتخزين نسخة من مستند التوجيه المسبق الخاص بهم إلكترونياً في قاعدة بيانات آمنة. ويمكن الوصول إلى قاعدة البيانات هذه عند الحاجة بواسطة المُصرِّح لهم من بين مقدمي الرعاية الصحية ومرافق الرعاية الصحية ومرافق رعاية المقيمين ومديري الجنازات ومشغلي محارق الجثث. ولمزيد من المعلومات يرجى زيارة: <http://healthvermont.gov/vadr/>

An advance directive is a legal document that conveys a person's wishes regarding their health care treatment and end of life choices should they become incapacitated or otherwise unable to make those decisions. The Vermont Advance Directive Registry is a database that allows people to electronically store a copy of their advance directive document in a secure database. That database may be accessed when needed by authorized health care providers, health care facilities, residential care facilities, funeral directors, and crematory operators. For more information, visit: <http://healthvermont.gov/vadr/>.

1. لتسجيل توجيه مسبق، يجب على المسجِّل إكمال نموذج اتفاقية التسجيل وإرساله مع نسخة من مستند التوجيه المسبق إلى:
  1. To register an advance directive, the registrant must complete and send the Registration Agreement form along with a copy of the advance directive document to:

**The Vermont Advance Directive Registry**  
**PO Box 2789**  
**Westfield, New Jersey 07091-2789**
2. عند استلام اتفاقية التسجيل والمرفقات، سيقوم السجِّل بفحص التوجيه المسبق وحفظه في قاعدة البيانات جنباً إلى جنب مع معلومات التعريف بالمُسجِّل من واقع اتفاقية التسجيل. وسيرسل السجِّل خطاب تأكيد إلى المسجِّل مع رقم التسجيل، وتعليمات استخدام رقم التسجيل للوصول إلى المستندات على موقع السجِّل، وبطاقة المحفظة، والملصقات لإلصاقها برخصة القيادة أو بطاقة التأمين. ولا يكون التسجيل ساري المفعول حتى يستلم المُسجِّل خطاب التأكيد ومواد التسجيل.
  2. Upon receipt of the Registration Agreement and attachments, the Registry will scan the advance directive and store it in the database along with registrant identifying information from the Registration Agreement. The Registry will send a confirmation letter to the registrant along with a registration number, instructions for using the registration number to access documents at the Registry website, a wallet card, and stickers to affix to a driver's license or insurance card. The registration is not effective until receipt of the confirmation letter and registration materials is made by registrant.
3. يجب على المُسجِّلين مشاركة رقم التسجيل من بطاقة المحفظة مع أي شخص لديه حق الوصول إلى توجيهاتهم المسبقة: على سبيل المثال، وكيل المُسجِّل أو أفراد الأسرة أو الطبيب. ويمكن لأي شخص الوصول إلى التوجيه المسبق لشخص ما باستخدام رقم التسجيل. وبالإضافة إلى ذلك، عندما لا يكون رقم التسجيل متاحاً بسهولة، يمكن لمقدم الرعاية الصحية المعتمد البحث في السجِّل عن التوجيه المسبق لشخص معين باستخدام معلومات التعريف الشخصية للمُسجِّل.
  3. Registrants should share the registration number from the wallet card with anyone that should have access to their advance directives: for example, the registrant's agent, family members, or physician. Anyone may access a person's advance directive using the registration number. Additionally, when the registration number is not readily available, an authorized health care provider can search the Registry for a specific person's advance directive using a registrant's personal identifying information.
4. المُسجِّل مسؤول عن ضمان ما يلي:
  4. The registrant is responsible for ensuring that:
    - أ. تنفيذ التوجيه المسبق بشكل صحيح وفقاً لقوانين ولاية فيرمونت.
      - a. The advance directive is properly executed in accordance with the laws of the state of Vermont.
      - ب. أن نسخة التوجيه المسبق المرسل إلى السجِّل، إذا كانت نسخة من الأصل، صحيحة ومقروءة.
      - ج. أن المعلومات الواردة في مستندات كل من اتفاقية التسجيل والتوجيه المسبق دقيقة ومحدثة.
      - د. يتم إخطار السجِّل في أقرب وقت ممكن بأي تغييرات تطرأ على التوجيه المسبق أو معلومات التسجيل من خلال إكمال وتقديم نموذج تفويض للتغيير مع إرفاق التغييرات، أو يفضل، إرفاق نسخة محدثة من التوجيه المسبق إلى السجِّل.
    - ب. المعلومات الواردة في مستندات كل من اتفاقية التسجيل والتوجيه المسبق دقيقة ومحدثة.
    - ج. أن المعلومات في كلا من اتفاقية التسجيل والتوجيه المسبق دقيقة ومحدثة.
    - د. يتم إخطار السجِّل في أقرب وقت ممكن بأي تغييرات تطرأ على التوجيه المسبق أو معلومات التسجيل من خلال إكمال وتقديم نموذج تفويض للتغيير مع إرفاق التغييرات، أو يفضل، إرفاق نسخة محدثة من التوجيه المسبق إلى السجِّل.
5. التسجيل الأولي بالإضافة إلى التغييرات والتحديثات اللاحقة لمعلومات التسجيل أو مستندات التوجيه المسبق كلها مجانية.
  5. Initial registration as well as subsequent changes and updates to the registration information or the advance directive documents are free of charge.
6. تظل اتفاقية التسجيل سارية المفعول حتى يتلقى السجِّل معلومات موثوقة تنفيذ بأن المُسجِّل قد توفي، أو يكتب المُسجِّل طلباً بإنهاء اتفاقية التسجيل. عند إنهاء الاتفاقية، يقوم السجِّل بحذف التوجيه المسبق للمُسجِّل من قاعدة بيانات السجِّل، وعندها لن يكون الملف متاحاً لمقدمي الخدمة.
  6. The Registration Agreement shall remain in effect until the Registry receives reliable information that the registrant is deceased, or the registrant requests in writing that the Registration Agreement be terminated. When the Agreement is terminated, the Registry will remove registrant's advance directive from the Registry database, and the file will no longer be accessible to providers.
7. لا يمكن تغيير شروط اتفاقية التسجيل إلا من قِبَل السجِّل فقط.
  7. Only the Registry can change the terms of the Registration Agreement.