

الـرغبـات الـخمس FIVE WISHES

رغبتي :-

1 الشخص الذي أود أن يتخذ لي القرارات المتعلقة بعنايتي عندما لا أستطيع اتخاذها

2 نوع العلاج الطبي الذي أريده أو لا أريده

3 ما مدى الراحة التي أود أن أتتعم بها

4 كيف أود أن يعاملني أحبائي

5 ماذا أود أن يعلمه أحبائي

print your name

أكتب اسمك بأحرف مطبعية كبيرة

birthdate

تاريخ الميلاد

الرغبات الخمس

هناك أمور عديدة في الحياة خارجة عن سيطرتنا. يزدك كتيب الرغبات الخمس هذا بطريقة للسيطرة على أمر مهم جداً – كيفية معالجتك في حال أصبت بمرض خطير. إنها استثمار سهلة التعبئة تدعك تقول ماذا تريد تماماً. عند تعبئتها وتوقيعها بالطريقة الصحيحة، تعتبر سارية المفعول وفقاً لقوانين معظم الولايات.

ما هي الرغبات الخمس؟

المسنين التابعة لنقابة المحامين الأمريكيين وأبرز خبراء البلاد المتخصصين بمسائل العناية في نهاية الحياة. إنها أيضاً سهلة الاستعمال. كل ما عليك أن تفعله هو وضع إشارة في خانة. إحاطة التوجيه بدائرة، أو كتابة بعض الجمل.

الرغبات الخمس هي أول وصية معيشية تتحدث عن احتياجاتك الشخصية، العاطفية والروحية وكذلك رغباتك الطبية. إنها تدعك تختار الشخص الذي تود أن يتخذ لك قرارات العناية الصحية في حال لم تستطع أن تتخذها بنفسك. تسمح لك الرغبات الخمس بأن تقول تماماً كيف ترغب أن تتم معالجتك في حال أصبت بمرض خطير. ولقد تم تحريرها بمساعدة اللجنة القانونية ومسائل الأشخاص

كيف يمكن للرغبات الخمس أن تساعدك أنت وعائلتك

- إنها تدعك تتحدث مع عائلتك وأصدقائك وطبيبك حول الطريقة التي تود أن تعالج بها في حال أصبت بمرض خطير.
- لن يضطر أفراد عائلتك إلى تخمين ماذا تريد. إنها تحميهم في حال أصبحت مريضاً على نحو خطير لأنهم لن يضطروا إلى اتخاذ القرارات الصعبة دون معرفة ما هي رغباتك.

كيف بدأت الرغبات الخمس

الاستجابة لها كاسحة. ولقد قدمت الرغبات الخمس إلى الجمهور على محطة CNN وفي البرنامج التلفزيوني Today Show الذي تعرضه محطة NBC وعلى صفحات مجلتي Time و Money Magazine. ولقد أطلقت الجرائد على الرغبات الخمس تسمية أول "وصية معيشية لها قلب".

لمدة 12 عاماً، عمل رجل يُدعى جيم تووي بطريقة وثيقة مع الأم تيريزا وعاش لمدة عام في مأوى كانت تديره في واشنطن، دي. سي. استوحى السيد تووي من هذه الخبرة المباشرة وقام بالبحث عن طريقة يستخدمها المرضى وعائلاتهم للتخطيط المسبق والتعامل مع مرض خطير. أدى هذا إلى نشوء الرغبات الخمس وكانت

من يجب أن يستخدم الرغبات الخمس

من كافة الأعمار. ولأنها تعمل بطريقة ناجحة، يقوم على توزيعها المحامون، الأطباء، المستشفيات والمآوي، الطوائف الدينية، أرباب العمل ومجموعات المتقاعدين.

الرغبات الخمس هي لكل شخص يبلغ 18 سنة من العمر أو أكبر – متزوج، أعزب، الأهل، الأطفال البالغين والأصدقاء. قد استخدمها أكثر من ثمانية ملايين أمريكي

الولايات التي تعتمد الرغبات الخمس

إذا كنت تقيم في مقاطعة كولومبيا أو واحدة من الـ 40 ولاية المدرجة أدناه، يمكنك استخدام الرغبات الخمس وأن يرتاح بالك بأنّها تفي فعلياً بمتطلبات ولايتك وفقاً للقانون:

آلاسكا	أيداهو	ميسوري	روود آيلاند
أريزونا	إيلينوي	مونتانا	ساوث كارولينا
أركنساس	آيوا	نبراسكا	ساوث داكوتا
كاليفورنيا	لويزيانا	نيوجرسي	فيرمونت
كولورادو	مين	نيومكسيكو	تينيسي
كونكتيكت	ماريلاند	نيويورك	فيرجينيا
ديلاوير	ماساتشوستس	نورث كارولينا	واشنطن
فلوريدا	ميشيغان	نورث داكوتا	ويست فيرجينيا
جورجيا	مينيسوتا	أوكلاهوما	ويسكونسن
هاواي	ميسيسيبي	بنسلفانيا	وايومينغ

إذا لم تكن ولايتك واحدة من الـ 40 ولاية المدرجة هنا، فإن الرغبات الخمس لا تفي بالمتطلبات الفنية لقوانين ولايتك. وهكذا قد يعارض بعض الأطباء في ولايتك على اتباع الرغبات الخمس. مع ذلك، يقوم العديد من الأشخاص التابعين لولايات غير مدرجة على هذه اللائحة بتعبئة الرغبات الخمس بالإضافة إلى الاستمارة القانونية لولايتهم. فهم يجدون أن الرغبات الخمس تساعدهم على تعبير كل ما يريدونه وهي تزود أفراد العائلة والأصدقاء وموفري العناية والأطباء بالتوجيه المفيد. يعلم معظم الأطباء ومهنيو العناية الصحية أنه عليهم الاستماع إلى رغباتك بغض النظر عن كيفية تعبيرك لها.

كيف يمكنني أن أغير وانتقل إلى الرغبات الخمس؟

قد تكون لديك وصية معيشية أو وكالة رسمية مستمرة لعنايتك الصحية. إذا أردت استخدام الرغبات الخمس عوضاً عنها، كل ما عليك أن تفعله هو تعبئة وتوقيع استمارة جديدة للرغبات الخمس حسب التعليمات المعطاة. وحالما توقعها، فهي تلغي أية تعليمات مسبقة تكون قد اتخذتها في السابق. للتأكد من استخدام الاستمارة الصحيحة، الرجاء القيام بالتالي:

- أتلف كافة نسخات وصيتك المعيشية القديمة أو وكالتك الرسمية المستمرة لعنايتك الصحية. أو يمكنك كتابة "Revoked" (ملغى) بالأحرف الكبيرة من جانب إلى الآخر من النسخة التي لديك. أعلم محاميك أو محاميتك في حال ساعدك أو ساعدتك على تهيئة الاستثمارات القديمة هذه. وقم
- بإعلام وكيلك للعناية الصحية، أفراد عائلتك وطبيبك بأنك عبأت استمارة الرغبات الخمس الجديدة. تأكد من أنهم على علم بوجود رغباتك الجديدة.

الترغبة 1 — WISH 1

الشخص الذي أود أن يتخذ لي قرارات عنياتي الصحية عندما لا أستطيع اتخاذها بنفسى.

The Person I Want To Make Health Care Decisions For Me When I Can't Make Them For Myself.

If I am no longer able to make my own health care decisions, this form names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent (or other term that may be used in my state, such as proxy, representative, or surrogate). This person will make my health care choices if both of these things happen:

- *My attending or treating doctor finds I am no longer able to make health care choices, AND*
- *Another health care professional agrees that this is true.*

If my state has a different way of finding that I am not able to make health care choices, then my state's way should be followed.

اختيار الشخص المناسب ليكون وكيلك للعناية الصحية

Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

Choose someone who knows you very well, cares about you, and who can make difficult decisions. A spouse or family member may not be the best choice because they are too emotionally involved. Sometimes they are the best choice. You know best. Choose someone who is able to stand up for you so that your wishes are followed. Also, choose someone who is likely to be nearby so that they can help when you need them. Whether you choose a spouse, family member, or friend as your Health Care Agent, make sure you talk about these wishes and be sure that this person agrees to respect and follow your wishes. Your Health Care Agent should be **at least 18 years or older** (in Colorado, 21 years or older) and should **not** be:

- Your health care provider, including the owner or operator of a health or residential or community care facility serving you.
- An employee or spouse of an employee of your health care provider.
- Serving as an agent or proxy for 10 or more people unless he or she is your spouse or close relative.

إذا لم يعد باستطاعتي اتخاذ قرارات عنياتي الصحية. تذكر هذه الاستمارة الأشخاص الذين اخترتهم للقيام بهذه الخيارات لي. سيكون هذا الشخص وكيلي للعناية الصحية (أو أي عبارة أخرى قد تستخدم في ولايتي. مثل وكيلي. ممثلي أو بديلي). سيتخذ هذا الشخص خيارات عنياتي الصحية في حال حدث كلا هذين الأمرين:

- يلاحظ طبيي المواظب أو المعالج أنه لم يعد باستطاعتي القيام بخيارات عنياتي الصحية. و
- يوافق مهني آخر للعناية الصحية على أن هذا صحيح.

إذا كان لولايتي طريقة أخرى للإيجاد أنني لم أعد قادراً على القيام بخيارات عنياتي الصحية. فيجب أنذاك اتباع الطريقة التي تتبعها ولايتي.

اختيار شخص يعرفك جيداً جداً، يعنى بك ويمكنه اتخاذ القرارات الصعبة. قد لا يكون الزوج/الزوجة أو فرد من العائلة الخيار الأفضل لأنهما قد يكونان وثيقين الصلة عاطفياً بك. أحياناً، قد يكونان الخيار الأفضل. أنت تعرف أحسن. اختر الشخص الذي باستطاعته أن يؤيدك بحيث يتم تنفيذ رغباتك. اختر أيضاً شخصاً من المرجح أن يكون قريباً منك بحيث يمكنه مساعدتك عندما تحتاجه. سواء أخترت زوجك/زوجتك، فرداً من العائلة أو صديقاً كوكيلك للعناية الصحية، تأكد من التحدث معه عن هذه الرغبات وتأكد أن هذا الشخص يوافق على احترام وتنفيذ رغباتك. يجب أن يبلغ وكيلك للعناية الصحية **18 سنة من العمر على الأقل أو أكبر (في كولورادو، 21 سنة أو أكبر) ولا يجب أن يكون:**

- موفر عنياتك الصحية، بما في ذلك صاحب أو مدير مرفق صحي أو سكني أو مرفق عناية جماعية يخدمك.
- موظف أو زوجة موظف لدى الطرف الموفر لعنياتك الصحية.
- يخدم كوكيل أو مفوض لـ 10 أشخاص أو أكثر ما لم يكن هو أو هي زوجك/زوجتك أو نسيب قريب لك.

الشخص الذي اخترته كوكيلي للعناية الصحية هو:

The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

الهاتف <i>Phone</i>	الاسم الأول المختار <i>First Choice Name</i>
المدينة/الولاية/الرمز البريدي <i>City/State/Zip</i>	العنوان <i>Address</i>

إذا لم يستطع أو يرغب هذا الشخص في القيام بهذه الخيارات لي، أو إذا كان هذا الشخص مطلقاً أو منفصلاً قانونياً عني، أو إذا كان قد توفي، آنذاك يعتبر هذان الشخصان الخيارين التاليين لي:

If this person is not able or willing to make these choices for me, *OR* is divorced or legally separated from me, *OR* this person has died, then these people are my next choices:

الاسم الثاني المختار <i>Second Choice Name</i>	الاسم الثالث المختار <i>Third Choice Name</i>
العنوان <i>Address</i>	العنوان <i>Address</i>
المدينة/الولاية/الرمز البريدي <i>City/State/Zip</i>	المدينة/الولاية/الرمز البريدي <i>City/State/Zip</i>
الهاتف <i>Phone</i>	الهاتف <i>Phone</i>

If I Change My Mind About Having A Health Care Agent, I Will

إذا غيرت رأيي بشأن أن يكون لي وكيل للعناية الصحية، سأقوم بالتالي

- Destroy all copies of this part of the Five Wishes form. *OR*
 - Tell someone, such as my doctor or family, that I want to cancel or change my Health Care Agent. *OR*
 - Write the word “Revoked” in large letters across the name of each agent whose authority I want to cancel. Sign my name on that page.
- اتلف كافة النسخ لهذا الجزء من استمارة الرغبات الخمس. أو
 - أخبر شخصاً، مثل طبيبي أو عائلتي، أنني أريد إلغاء أو تغيير وكيلي للعناية الصحية. أو
 - أكتب كلمة “Revoked” (ملغاة) بأحرف كبيرة من جانب إلى الآخر من اسم كل وكيل أريد أن ألغي سلطته. توقيع اسمي على هذه الصفحة.

I understand that my Health Care Agent can make health care decisions for me. I want my Agent to be able to do the following: **(Please cross out anything you don't want your Agent to do that is listed below.)**

أفهم أن وكيلتي للعناية الصحية يمكنه أن يتخذ لي قرارات العناية الصحية. أريد أن يستطيع وكيلتي القيام بالتالي:
(الرجاء شطب أي شيء لا تريد وكيلك أن يفعله ومدرج أدناه.)

- Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, or surgery. This care or service could be to find out what my health problem is, or how to treat it. It can also include care to keep me alive. If the treatment or care has already started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped.
• القيام لي بالخيارات المتعلقة بالعناية أو الخدمات الصحية، مثل الاختبارات، الأدوية أو الجراحة. قد تكون هذه العناية أو الخدمة من أجل إيجاد ما هي مشكلتي الصحية أو كيفية معالجتها. وقد تشمل أيضاً على العناية لإبقائي على قيد الحياة. إذا كان قد بدأ العلاج أو العناية، يمكن لوكيلي للعناية الصحية أن يبقئها أو يوقفها.
- Interpret any instructions I have given in this form or given in other discussions, according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values.
• تفسير أية تعليمات أعطيتها في هذه الاستمارة أو أعطيتها خلال مناقشات أخرى حسب ما يفهمه وكيلتي للعناية الطبية لرغباتي وقيمي.
- Consent to admission to an assisted living facility, hospital, hospice, or nursing home for me. My Health Care Agent can hire any kind of health care worker I may need to help me or take care of me. My Agent may also fire a health care worker, if needed.
• موافقة لدخولي إلى مرفق للمساعدة المعيشية، المستشفى، المأوى، أو ملجأ العجزة. يمكن لوكيلي للعناية الصحية أن يستخدم أي نوع من عمال العناية الصحية الذي قد أحتاجه لمساعدتي أو للعناية بي. باستطاعة وكيلتي أيضاً أن يطرد أي عامل للعناية الصحية، إذا كان هذا ضرورياً.
- Make the decision to request, take away or not give medical treatments, including artificially-provided food and water, and any other treatments to keep me alive.
• اتخاذ القرار لطلب العلاج الطبي، سحبه أو عدم إعطائه، بما في ذلك الطعام والماء المزود بطريقة اصطناعية وأية علاجات أخرى لإبقائي على قيد الحياة.
- See and approve release of my medical records and personal files. If I need to sign my name to get any of these files, my Health Care Agent can sign it for me.
• النظر إلى سجلاتي الطبية وسجلاتي الشخصية والموافقة على الكشف عنها. إذا احتجت إلى توقيع اسمي للحصول على أي من هذه السجلات، يمكن لوكيلي للعناية الصحية أن يوقع اسمي نيابة عني.
- Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes.
• الانتقال إلى ولاية أخرى للحصول على العناية التي أحتاج إليها أو لتنفيذ رغباتي.
- Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain.
• إجازة أو رفض إجازة أي دواء أو إجراء طبي ضروري للمساعدة على تخفيف الألم.
- Take any legal action needed to carry out my wishes.
• اتخاذ أي عمل قانوني ضروري لتنفيذ رغباتي.
- Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law.
• التبرع بأعضائي أو أنسجتي القابلة للاستعمال كما يجيز به القانون.
- Apply for Medicare, Medicaid, or other programs or insurance benefits for me. My Health Care Agent can see my personal files, like bank records, to find out what is needed to fill out these forms.
• تقديم نيابة عني طلب للميديكير، الميديكيد أو البرامج الأخرى أو فوائد التأمين. يمكن لوكيلي للعناية الصحية أن ينظر إلى سجلاتي الشخصية، مثل البيانات المصرفية، لمعرفة ما هو المطلوب لتعبئة هذه الاستمارات.
- Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers.
• مدرجة أدناه هي أي تغييرات، إضافات أو قيود على السلطات المفوضة لوكيلي للعناية الصحية.

الترغبة 2 — WISH 2

رغبتي لنوع العلاج الطبي الذي أريده أو لا أريده.

My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity. When the time comes that I am very sick and am not able to speak for myself, I want the following wishes, and any other directions I have given to my Health Care Agent, to be respected and followed.

أعتقد أن حياتي ثمينة وأني أستحق أن أعامل بكرامة. عندما يحين الوقت الذي أصبح فيه مريضاً جداً وغير قادر على الكلام نيابة عن نفسي. أريد احترام وتنفيذ الرغبات التالية وأي تعليمات أخرى أكون قد أعطيتها لوكيلي للعناية الصحية.

What You Should Keep In Mind As My Caregiver

ماذا يجب أن تتذكر بصفتك موفر لعنايتي الصحية

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means that I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- I do not want anything done or omitted by my doctors or nurses with the intention of taking my life.
- I want to be offered food and fluids by mouth, and kept clean and warm.

- لا أريد أن أشعر بالألم. أريد أن يعطيني طبيبي الدواء الكافي لتخفيف ألمي، حتى ولو يعني هذا أنني سأكون نعساناً أو سأنام أكثر مما سأكون عليه بطريقة أخرى.
- لا أريد أن يقوم أطبائي أو ممرضاتي بأي شيء أو أن يغفلوا عن القيام به بنية إنهاء حياتي.
- أريد أن يقدم لي الطعام والسوائل عن طريق الفم وأن يتم إبقائي نظيفاً ودافئاً.

إذا حدثت حالة طارئة

In Case Of An Emergency

If you have a medical emergency and ambulance personnel arrive, they may look to see if you have a **Do Not Resuscitate** form or bracelet. Many states require a person to have a **Do Not Resuscitate** form filled out and signed by a doctor. This form lets ambulance personnel know that you don't want them to use life-support treatment when you are dying. Please check with your doctor to see if you need to have a **Do Not Resuscitate** form filled out.

إذا حدثت لك حالة طبية طارئة وأتى أفراد طاقم سيارة الإسعاف، فقد ينظرون لإيجاد ما إذا كانت لديك استمارة أو سوار **عدم الإحياء**. يفرض العديد من الولايات على الشخص أن يكون لديه استمارة **عدم الإحياء** معبأة وموقعة من طبيب. تسمح هذه الاستمارة لأفراد طاقم سيارة الإسعاف أن يعرفوا أنك لا تريد استخدام علاج دعم الحياة عندما تكون في مرحلة الموت. الرجاء أن تراجع طبيبك لمعرفة ما إذا كنت تحتاج أن تكون لديك استمارة **عدم الإحياء** معبأة.

What "Life-Support Treatment" Means To Me

Life-support treatment means any medical procedure, device or medication to keep me alive. Life-support treatment includes: medical devices put in me to help me breathe; food and water supplied by medical device (tube feeding); cardiopulmonary resuscitation (CPR); major surgery; blood transfusions; dialysis; antibiotics; and anything else meant to keep me alive. If I wish to limit the meaning of life-support treatment because of my religious or personal beliefs, I write this limitation in the space below. I do this to make very clear what I want and under what conditions.

العلاج لدعم الحياة يعني أي إجراء طبي. جهاز أو دواء لإبقائي على قيد الحياة. يشمل العلاج لدعم الحياة: الأجهزة الطبية الموضوعة بي لمساعدتي على التنفس: الطعام والماء المزودين بجهاز طبي (الإطعام بالأنبوب): الإنعاش القلبي الرئوي (CPR); الجراحة الرئيسية: عمليات نقل الدم: الدبلة: المضادات الحيوية: وأي شيء آخر يقصد به إبقائي على قيد الحياة. إذا أردت وضع حد لمعنى العلاج لدعم الحياة بسبب معتقداتي الدينية أو الشخصية، سأكتب هذا القيد في الفسحة المزودة أدناه. أقوم بهذا لأجعل ما أريده واضحاً جداً وتحت أية ظروف.

Here is the kind of medical treatment that I want or don't want in the four situations listed below. I want my Health Care Agent, my family, my doctors and other health care providers, my friends and all others to know these directions.

ها هو نوع العلاج الطبي الذي أريد أو لا أريد أن أتلقاه في الحالات الأربع المدرجة أدناه. أريد أن يعلم وكيلي للعناية الصحية، عائلتي، أطبائي وموفري العناية الطبية الآخرين، أصدقائي وكافة الأشخاص الآخرين بهذه التوجيهات.

Close to death:

If my doctor and another health care professional both decide that I am likely to die within a short period of time, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

الاقتراب من الوفاة:

إذا قرر طبيبي ومهني عناية طبية آخر على حدٍ سواء أنه من المحتمل أن أفارق الحياة خلال فترة قصيرة من الوقت وأن العلاج لدعم الحياة سيؤخر فقط من ساعة وفاتي (اختر واحد من التالي):

أريد علاجاً لدعم الحياة.

I want to have life-support treatment.

لا أريد علاجاً لدعم الحياة. وإن كان قد بدأ هذا العلاج، أريد إيقافه.

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

أريد علاجاً لدعم الحياة إذا اعتقد طبيبي أنه قد يساعدني. ولكن أريد أن يتوقف طبيبي عن إعطائي العلاج لدعم الحياة إذا لم يساعد هذا العلاج حالتي الصحية أو العوارض التي أعاني منها.

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

في حالة الغيبوبة التي لا يُنتظر الاستفاقة أو الشفاء منها:

In A Coma And Not Expected To Wake Up Or Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I am in a coma from which I am not expected to wake up or recover, and I have brain damage, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

إذا قرر طبيبي ومهني عناية طبية آخر على حدٍ سواء أنني في غيبوبة لا يُنتظر أن أستفيق أو أن أشفى منها وأني أعاني من عطب في الدماغ، وأن العلاج لدعم الحياة سيؤخر فقط من ساعة وفاتي (اختر واحد من التالي):

أريد علاجاً لدعم الحياة.

I want to have life-support treatment.

لا أريد علاجاً لدعم الحياة. وإن كان قد بدأ هذا العلاج، أريد إيقافه.

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

أريد علاجاً لدعم الحياة إذا اعتقد طبيبي أنه قد يساعدني. ولكن أريد أن يتوقف طبيبي عن إعطائي العلاج لدعم الحياة إذا لم يساعد هذا العلاج حالتي الصحية أو العوارض التي أعاني منها.

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I have permanent and severe brain damage, (for example, I can open my eyes, but I can not speak or understand) and I am not expected to get better, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

عطب في الدماغ دائم وخطير لا يُنتظر الشفاء منه:

إذا قرر طبيبي ومهني عناية طبية آخر على حدٍ سواء أنه من المحتمل أنني أعاني من عطب في الدماغ دائم وخطير (مثلاً، يمكنني أن أفتح عيني ولكن لا أستطيع الكلام أو الفهم) ولا يُنتظر أن أتحسن وأن العلاج لدعم الحياة سيؤخر فقط من ساعة وفاتي (اختر واحد من التالي):

أريد علاجاً لدعم الحياة.

I want to have life-support treatment.

لا أريد علاجاً لدعم الحياة. وإن كان قد بدأ هذا العلاج، أريد إيقافه.

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

أريد علاجاً لدعم الحياة إذا اعتقد طبيبي أنه قد يساعدني. ولكن أريد أن يتوقف طبيبي عن إعطائي العلاج لدعم الحياة إذا لم يساعد هذا العلاج حالتي الصحية أو العوارض التي أعاني منها.

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

حالة أخرى لا أريد أن أبقى فيها على قيد الحياة:

In Another Condition Under Which I Do Not Wish To Be Kept Alive:

If there is another condition under which I do not wish to have life-support treatment, I describe it below. In this condition, I believe that the costs and burdens of life-support treatment are too much and not worth the benefits to me. Therefore, in this condition, I do not want life-support treatment. (For example, you may write “end-stage condition.” That means that your health has gotten worse. You are not able to take care of yourself in any way, mentally or physically. Life-support treatment will not help you recover. Please leave the space blank if you have no other condition to describe.)

إذا كانت هناك حالة أخرى لا أريد أن أبقى فيها علاجاً لدعم الحياة، سأقوم بوصفها أدناه. في هذه الحالة، أعتقد أن المصاريف وأعباء علاج دعم الحياة هي مرتفعة جداً ولا تساوي الفوائد التي قد أحصل عليها. وهكذا، وفي هذه الحالة، لا أريد علاجاً لدعم الحياة (مثلاً، يمكنك أن تكتب “حالة مرحلة النهاية.” ويعني هذا أن صحتك قد ازدادت سوءاً، ولا تستطيع العناية بنفسك بأية طريقة، نفسياً أو جسدياً. لن يساعدك العلاج لدعم الحياة على الشفاء. الرجاء ترك فسخة بيضاء إن لم تكن لديك حالة أخرى تود وصفها.)

The next three wishes deal with my personal, spiritual and emotional wishes. They are important to me. I want to be treated with dignity near the end of my life, so I would like people to do the things written in Wishes 3, 4, and 5 when they can be done. I understand that my family, my doctors and other health care providers, my friends, and others may not be able to do these things or are not required by law to do these things. I do not expect the following wishes to place new or added legal duties on my doctors or other health care providers. I also do not expect these wishes to excuse my doctor or other health care providers from giving me the proper care asked for by law.

تعالج الرغبات الثلاث التالية رغباتي الشخصية، الروحية والعاطفية. فهي مهمة بالنسبة لي. أريد أن أعامل بكرامة قرب نهاية حياتي. وهكذا أريد الأشخاص أن يقوموا بالأمر المكتوبة في الرغبات 3، 4، 5 وعندما يمكن القيام بها. أفهم أن عائلتي، أطبائي وموفري العناية الصحية الآخرين، أصدقائي وكافة الأشخاص الآخرين قد لا يستطيعون القيام بهذه الأمور أو لا يفترض منهم القيام بهذه الأمور وفقاً للقانون. لا أتوقع أن تضع الرغبات التالية واجبات قانونية جديدة أو إضافية على عاتق طبيبي أو موفري العناية الصحية الآخرين. لا أنتظر أن تكون هذه الرغبات أيضاً عذراً لطبيبي أو موفري العناية الصحية الآخرين لكي لا يوفروا إلي العناية المناسبة التي ينص عليها القانون.

الرجبة 3 — WISH 3

رغبتي حول مدى الراحة التي أود أن أكون بها.

My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(Please cross out anything that you don't agree with.)

(الرجاء شطب أي شيء لا توافق عليه)

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise. • لا أريد أن أشعر بالألم. أريد أن يعطيني طبيبي الدواء الكافي لتخفيف ألمي، حتى ولو يعني هذا أنني سأكون نعساناً أو سأنام أكثر مما سأكون عليه بطريقة أخرى.
- If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my care givers to do whatever they can to help me. • إذا أظهرت علامات الانهيار، الغثيان، ضيقة النفس أو الهلوسة، أريد من موفري العناية الذي يعنون بي أن يقوموا بكل ما يستطيعون لمساعدتي.
- I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever. • أرغب في أن يوضع قماش رطب بارد على رأسي إذا كنت أعاني من الحمى.
- I want my lips and mouth kept moist to stop dryness. • أريد ابقاء شففتاي وفمي مرطبين لإيقاف الجفاف.
- I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times. • أرغب في أن يتم غسلني بالماء الدافئ مراراً. أرغب في أن يتم إبقائي ناضراً ونظيفاً في كافة الأوقات.
- I wish to be massaged with warm oils as often as I can be. • أرغب في أن يتم تدليكني بالزيوت الدافئة مراراً وقدرة المستطاع.
- I wish to have my favorite music played when possible until my time of death. • أرغب في الاستماع إلى الموسيقى المفضلة لي عندما يكون هذا ممكناً وحتى وقت وفاتي.
- I wish to have personal care like shaving, nail clipping, hair brushing, and teeth brushing, as long as they do not cause me pain or discomfort. • أرغب في توفير لي العناية الشخصية مثل الحلاقة، تقليم الأظافر، تمشيط الشعر بالفرشاة، تنظيف الأسنان بالفرشاة، طالما لا يسبب لي هذا الألم أو الإزعاج.
- I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death. • أرغب في أن تتلى لي بصوت عالٍ القراءات الدينية والقصائد التي أحبها عندما أقترب من ساعة الوفاة.
- I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones. • أود أن أعلم عن خيارات العناية في المأوى لتوفير لي ولأحبائي العناية الطبية، العاطفية والروحية.

الرغبة 4 — WISH 4

رغبتى حول الطريقة التي أود أن يعاملني بها الناس.

My Wish For How I Want People To Treat Me.

(Please cross out anything that you don't agree with.)

(الرجاء شطب أي شيء لا توافق عليه)

- I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time. • أرغب في أن يكون معي أشخاص عند الإمكان. أريد شخصاً بالقرب مني عندما يبدو أن الموت قد يأتي في أية لحظة.
- I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others. • أرغب في أن يتم مسك يدي والتحدث إلي عند الإمكان حتى ولو يبدو أنني لا أستجيب لصوت الآخرين أو للمسهم.
- I wish to have others by my side praying for me when possible. • أرغب في أن يبقى الآخرون بجانبى ويصلون من أجلى عند الإمكان.
- I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me. • أرغب في أن يتم ابلاغ أفراد طائفتي الدينية بأنني مريض وأن يُطلب منهم الصلاة لي وزيارتي.
- I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness. • أرغب في أن يتم العناية بي بلطف ومرح وليس بحزن.
- I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed. • أرغب في أن توضع صور أحبائي في غرفتي، بالقرب من فراشي.
- If I am not able to control my bowel or bladder functions, I wish for my clothes and bed linens to be kept clean, and for them to be changed as soon as they can be if they have been soiled. • إذا لم أستطع السيطرة على وظائف أمعائي ومثانتي، أرغب في أن تبقى ثيابي وبياضات سريري نظيفة وأن تغير حالما يستطاع تغييرها إذا كانت ملوثة.
- I want to die in my home, if that can be done. • أريد أن أموت بمنزلي، إذا أمكن هذا.

الترغبة 5 — WISH 5

رغبتي حول ما أريد أحبائي أن يعلموا.

My Wish For What I Want My Loved Ones To Know.

(Please cross out anything that you don't agree with.)

(الرجاء شطب أي شيء لا توافق عليه)

- I wish to have my family and friends know that I love them. • أَرغب في أن تعلم عائلتي وأصدقائي أنني أحبهم.
- I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others. • أَرغب في أن أُسامح على المرات التي جرحت فيها عائلتي، أصدقائي والأشخاص الآخرين.
- I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life. • أَرغب في أن تعلم عائلتي وأصدقائي والأشخاص الآخرين أنني أسامحهم على المرات التي جرحوني فيها أثناء حياتي.
- I wish for my family and friends to know that I do not fear death itself. I think it is not the end, but a new beginning for me. • أَرغب في أن تعلم عائلتي وأصدقائي بأنني لا أخاف الموت نفسه. أعتقد أنه ليس النهاية، ولكنه بداية جديدة لي.
- I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can. • أَرغب في أن يعقد جميع أفراد عائلتي الصلح مع بعضهم بعضاً قبل وفاتي، إذا استطاعوا.
- I wish for my family and friends to think about what I was like before I became seriously ill. I want them to remember me in this way after my death. • أَرغب في أن تتذكروني عائلتي وأصدقائي بالطريقة التي كنت عليها قبل أن أمرض جدياً. وأريدهم أن يتذكروني بهذه الطريقة بعد وفاتي.
- I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them. • أَرغب في أن تحترم عائلتي وأصدقائي وموفري العناية رغباتي حتى إذا لم يوافقوا عليها.
- I wish for my family and friends to look at my dying as a time of personal growth for everyone, including me. This will help me live a meaningful life in my final days. • أَرغب في أن تنتظر عائلتي وأصدقائي إلى وفاتي على أنها وقت نمو شخصي لكل منهم، بما فيهم أنا. سيساعدني هذا على أن أعيش حياةً ذي معنى خلال أيامي الأخيرة.

- I wish for my family and friends to get counseling if they have trouble with my death. I want memories of my life to give them joy and not sorrow.
- أرغب في أن تتلقى عائلتي وأصدقائي المشورة إذا عانوا من اضطراب بسبب وفاتي. أريد أن تغمرهم ذكريات حياتي بالفرح وليس بالحزن.

- After my death, I would like my body to be (circle one): buried or cremated.
- بعد وفاتي أريد أن يتم (ضع دائرة على أحد الخيارين): دفن أو حرق جثتي.

- My body or remains should be put in the following location
- يجب وضع جثتي أو رفااتي في المكان التالي

_____ . _____

- The following person knows my funeral wishes:
- الشخص التالي على علم برغباتي الجنائزية.

_____ . _____

إذا سأل أحد كيف أريد أن يتم تذكري، الرجاء أن تقول ما يلي بشأني:

If anyone asks how I want to be remembered, please say the following about me:

في حال إقامة صلاة جنازية لي، أرغب في أن تشمل هذه الصلاة ما يلي (أدرج الموسيقى، الأغاني، القراءات أو المطالب المعينة الأخرى التي لديك):

If there is to be a memorial service for me, I wish for this service to include the following (list music, songs, readings or other specific requests that you have):

(الرجاء استخدام الفسحة أدناه لأية رغبة أخرى. مثلاً، قد تريد أن تتبرع بأي أو بكافة أعضاء جسمك عند وفاتك. الرجاء ارفاق صفحة منفصلة إذا كنت بحاجة إلى فسحة إضافية.)

(Please use the space below for any other wishes. For example, you may want to donate any or all parts of your body when you die. Please attach a separate sheet of paper if you need more space.)

Signing The Five Wishes Form

Please make sure you sign your Five Wishes form in the presence of the two witnesses.

I, _____, ask that my family, my doctors, and other health care providers, my friends, and all others, follow my wishes as communicated by my Health Care Agent (if I have one and he or she is available), or as otherwise expressed in this form. This form becomes valid when I am unable to make decisions or speak for myself. If any part of this form cannot be legally followed, I ask that all other parts of this form be followed. I also revoke any health care advance directives I have made before.

توقيع استمارة الرغبات الخمس

الرجاء التأكد من أنك قد وقعت استمارة الرغبات الخمس بحضور شاهدين.

أنا، _____، أطلب من عائلتي، أطبائي وموفري العناية الصحية الآخرين، وكافة الأشخاص الآخرين أن ينفذوا رغباتي كما يبلغ عنها وكيلتي للعناية الصحية (إن كان لدي أحد وإن كان وكيلتي أو وكيلتي متيسر). أو كما تم التعبير عنها بطريقة أخرى في هذه الاستمارة. تصبح هذه الاستمارة سارية المفعول عندما لا أستطيع اتخاذ القرارات أو التحدث نيابة عن نفسي. إذا تعذر تنفيذ أي جزء من هذه الاستمارة بصورة قانونية، أطلب أن يتم تنفيذ كافة الأجزاء الأخرى لهذه الاستمارة. كما ألغيت أيضاً أي تعليمات مسبقة للعناية الصحية قد أكون أعطيتها في السابق.

التوقيع Signature:

العنوان Address:

الهاتف Phone: التاريخ Date:

Witness Statement •

(2 witnesses needed):

I, the witness, declare that the person who signed or acknowledged this form (hereafter "person") is personally known to me, that he/she signed or acknowledged this [Health Care Agent and/or Living Will form(s)] in my presence, and that he/she appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

I also declare that I am over 18 years of age and am NOT:

- The individual appointed as (agent/proxy/surrogate/patient advocate/representative) by this document or his/her successor,
- The person's health care provider, including owner or operator of a health, long-term care, or other residential or community care facility serving the person,
- An employee of the person's health care provider,
- Financially responsible for the person's health care,
- An employee of a life or health insurance provider for the person,
- Related to the person by blood, marriage, or adoption, and,
- To the best of my knowledge, a creditor of the person or entitled to any part of his/her estate under a will or codicil, by operation of law.

(Some states may have fewer rules about who may be a witness. Unless you know your state's rules, please follow the above.)

إفادة الشاهد •

(مطلوب شاهدين):

أنا، الشاهد، أصرح بأن الشخص الذي وقع هذه الاستمارة وسلم بصحتها (المشار إليه فيما بعد "بالفرد") هو معروف مني شخصياً، وهو/هي قد وقع/وقعت أو سلم/سلمت بصحة [وكيل العناية الصحية و/أو استمارة/استمارات الوصية المعيشية] بحضوري، وهو يبدو أنه/أنها سليم/سليمة عقلياً وليس/ليست تحت أي إكراه بالتهديد، احتيال أو تأثير غير ملائم.

أصرح أيضاً أن عمري يتجاوز 18 عاماً وأنتي لست:

- الشخص المعين كـ(وكيل/مفوض/بديل/محامي/ممثل المريض) في هذه الوثيقة أو وريثه/وريثته،
- موفر العناية الصحية للشخص، بما في ذلك صاحب أو مدير مرفق صحي أو مرفق للعناية الطويلة الأمد أو مرفق سكني آخر أو مرفق للعناية الجماعية الذي يقوم بخدمة الفرد،
- موظفاً لدى الطرف الموفر للعناية الصحية للفرد،
- مسؤولاً مالياً عن العناية الصحية بالفرد،
- موظفاً لدى الطرف الموفر للتأمين على الحياة أو التأمين الصحي للفرد،
- مرتبطاً بالفرد بصفة القرابة، الزواج أو التبني، وأنه،
- حسب أقصى معرفتي، لست دائناً للفرد أو مستفيداً من أي جزء من تركته/ تركتها وفقاً لوصية أو ملحق وصية، عند تنفيذ القانون.

(قد تكون لبعض الولايات عدداً أقل من القواعد حول من يمكنه أن يكون شاهداً. ما لم تعرف قوانين ولايتك. الرجاء اتباع ما ذكر أعلاه.)

توقيع الشاهد رقم 1 Signature of Witness #1
كتابة اسم الشاهد بأحرف مطبعية كبيرة Printed Name of Witness
العنوان Address
الهاتف Phone

توقيع الشاهد رقم 2 Signature of Witness #2
كتابة اسم الشاهد بأحرف مطبعية كبيرة Printed Name of Witness
العنوان Address
الهاتف Phone

• التوثيق • Notarization

مطلوب فقط للمقيمين في ميسوري، نورث كارولاينا، ساوث كارولاينا وويست فيرجينيا.

Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia

- إذا كنت تعيش في ميسوري، يجب توثيق توقيعك فقط.
- إذا كنت تعيش في نورث كارولاينا، ساوث كارولاينا أو ويست فيرجينيا، يجب توثيق توقيعك وتوقيع الشهود..
- If you live in Missouri, only your signature should be notarized.
- If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.

STATE OF _____

COUNTY OF _____

On this _____ day of _____, 20____, the said _____, and _____, known to me (or satisfactorily proven) to be the person named in the foregoing instrument and witnesses, respectively, personally appeared before me, a Notary Public, within and for the State and County aforesaid, and acknowledged that they freely and voluntarily executed the same for the purposes stated therein.

My Commission Expires: _____

Notary Public

يجب على المقيمين في ولاية ويسكونسن أن يرفقوا إفادة إشعار ولاية ويسكونسن حول الرغبات الخمس.
Residents Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.
مزيد من المعلومات وإفادة الإشعار متوفران على عنوان الإنترنت www.agingwithdignity.org
More information and the notice statement are available at www.agingwithdignity.org.

يجب على المقيمين في مؤسسات في كاليفورنيا، كونكتيكت، ديلاوير، جورجيا، نيويورك، نورث داكوتا، ساوث كارولاينا وفيرمونت أن يتبعوا قواعد خاصة للإشهاد.

Residents of Institutions In CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA, AND VERMONT Must Follow Special Witnessing Rules.

إذا كنت تقيم في مؤسسات معينة (مأوى للعجزة، مرفق آخر مرخص للعناية الصحية الطويلة الأمد، ملجأ للمعاقين عقلياً أو للعجزة إنمائياً أو مؤسسة للصحة العقلية) في إحدى الولايات المدرجة أعلاه، يمكن اتباع "متطلبات الإشهاد" الخاصة لكي تصبح رغباتك الخمس سارية المفعول. لمزيد من المعلومات، الرجاء الاتصال بالعامل الاجتماعي أو محامي المريض في مؤسستك.

If you live in certain institutions (a nursing home, other licensed long term care facility, a home for the mentally retarded or developmentally disabled, or a mental health institution) in one of the states listed above, you may have to follow special "witnessing requirements" for your Five Wishes to be valid. For further information, please contact a social worker or patient advocate at your institution.

ما العمل بعد إكمال الرغبات الخمس

- تأكد من أنك قد وقعت الاستمارة وشهدت عليها بالطريقة المنصوص عليها في التعليمات. آنذاك، تصبح رغباتك الخمس قانونية وسارية المفعول.
- تحدث عن رغباتك مع وكيلك للعناية الصحية، أفراد عائلتك والأشخاص الآخرين الذين يعنون بك. أعطهم نسخاً لرغباتك الخمس المستكملة.
- احتفظ بالنسخة الأصلية التي وقعتها في مكان خاص في منزلك. لا تضعها في صندوق حديد لحفظ الودائع. احتفظ بها على مقربة منك بحيث يمكن للشخص إيجادها عند الضرورة.
- لقد أعطيت الأشخاص التاليين نسخة عن رغباتي الخمس المستكملة:
- املأ بطاقة محفظة الجيب أدناه. احملها معك. بهذه الطريقة، سيعرف الناس أين تحتفظ برغباتك الخمس.
- تحدث مع طبيبك خلال زيارتك القادمة لعيادته. أعط الطبيب نسخة عن رغباتك الخمس. تأكد من أنها وضعت في سجلك الطبي. تأكد من أن طبيبك يفهم رغباتك وعلى استعداد لتنفيذها. أسأله أو أسألها أن يخبر أو تخبر الأطباء الآخرين الذين يعالجونك بأن يحترموا.
- في حال دخولك إلى المستشفى أو مأوى العجزة، خذ معك نسخة عن رغباتك الخمس. أطلب بأن توضع في سجلك الطبي.

- *I have given the following people copies of my completed Five Wishes:*

- لقد أعطيت الأشخاص التاليين نسخة عن رغباتي الخمس المستكملة:

تهدف الرغبات الخمس إلى مساعدتك على التخطيط للمستقبل. لم يقصد بها إعطاؤك المشورة القانونية. وهي لا تحاول الإجابة على كافة الأسئلة المتعلقة بأي أمر قد ينشأ. كل شخص مختلف، وكل موقف مختلف. القوانين تتغير من وقت لآخر. إن كانت لديك أسئلة أو مسألة معينة، تحدث مع مهني طبي أو قانوني للحصول على المشورة.

Five Wishes is meant to help you plan for the future. It is not meant to give you legal advice. It does not try to answer all questions about anything that could come up. Every person is different, and every situation is different. Laws change from time to time. If you have a specific question or problem, talk to a medical or legal professional for advice.

بطاقة الرغبات الخمس لمحفظة الجيب .



**Important Notice to Medical Personnel:
I have a Five Wishes Advance Directive.**

إشعار هام لأفراد الطاقم الطبي: لدي تعليمات مسبقة حول الرغبات الخمس.

Signature التوقيع

**Please consult this document and/or
my Health Care Agent in an emergency. My Agent is:**

الرجاء مراجعة هذه الوثيقة وأو وكيلتي للعناية الصحية عند نشوء حالة طارئة. وكيلتي هو:

Name اسمك

Address العنوان

City/State/Zip المدينة/الولاية/الرمز البريدي

Phone الهاتف

My primary care physician is:

طبيبي للعناية الأولية هو:

Name اسمك

Address العنوان

City/State/Zip المدينة/الولاية/الرمز البريدي

Phone الهاتف

My document is located at:

وثيقتي موجودة في:

أفضل البطاقة، أطوبها وصفها لوقايتها

هذا ما يقوله الناس عن الرغبات الخمس:

”لقد مرت الآن سنة على وفاة والدتي. كنا على علم بما تريده لأنها كانت لديها وصية الرغبات الخمس المعيشية. عند اقتراب النهاية، لم نتساءل شقيقتي وأنا عما كان علينا أن نفعله. كنا مرتاحين البال.“

شيريل ك. لونغودو، فلوريدا

”يجب أن أقول أنني أحب رغباتكم الخمس. إنها واضحة، سهلة الفهم، ولا تمنع النظر في المسائل المادية للعناية الطبية، بل بالمسائل المهمة حقاً – العناية الانسانية. لقد استخدمتها لنفسني ولزوجي.“

سوزان دبليو. فلاغستاف، أريزونا

”لا أريد أن أجبر أولادي على اتخاذ القرارات التي اتخذتها لوالدتي. لم أكن أعلم بأنه يجب اعتبار خيارات طبية عديدة بهذا القدر. شكراً لهذه الاستمارة الحساسة والمراعية للمشاعر. يمكنني أن أعينها فقط وأن أحفظها بملف لأولادي.“

دايانا دبليو. هانوفر، إيلينوي

Five Wishes was created by Aging with Dignity, a nonprofit organization with a mission to help people plan and receive the care they want in case of a serious illness. Development of Five Wishes was made possible by a grant from The Robert Wood Johnson Foundation.

أنشأت الرغبات الخمس Five Wishes مؤسسة التقدم بالعمركرامة إلى مساعدة الناس على تخطيط وتلقي العناية التي يريدونها في حال إصابتهم بمرض خطير. تمكن من تهيئة الرغبات الخمس بواسطة منحة قدمتها مؤسسة روبرت وود جونسون

Aging with Dignity

P.O. Box 1661

Tallahassee, Florida 32302-1661

www.agingwithdignity.org

1-888-594-7437

Translations of Five Wishes made possible through support from

تمكن من ترجمة مستند الرغبات الخمس بفضل دعم قدمته



United Health FoundationSM

Professional translation services provided by

قدمت خدمات الترجمة المهنية

Language Services Associates

الرغبات الخمس هي علامة تجارية لمؤسسة التقدم بالعمركرامة. جميع الحقوق محفوظة. محتويات هذه النشرة هي مواد محفوظة حقوق نشرها لمؤسسة التقدم بالعمركرامة. لا يمكن استنساخ أي جزء من هذه النشرة أو إرساله بأي شكل أو وسيلة، إلكترونيًا أو ميكانيكيًا. بما في ذلك النسخة الفونوغرافية، التسجيل، أو أي نظام لحفظ أو استرداد المعلومات. دون إذن مكتوب من مؤسسة التقدم بالعمركرامة، في حين أن حقوق محتويات هذه الوثيقة محفوظة نشرها، إلا أنه يُسمح لك بتزويد طبيبك، موفر العناية الخاص بك، وكيلك للعناية الصحية، أفراد عائلتك أو أحيالك الآخرين بنسخة من استمارتك المستكملة للرغبات الخمس. تتطلب كافة الاستنساخات أو الاستخدامات الأخرى للرغبات الخمس الحصول على إذن من مؤسسة التقدم بالعمركرامة. تود مؤسسة التقدم بالعمركرامة أن تشكر مؤسسة القرارات الصحية لولاية أوريغون Oregon Health Decisions لمساهمتها في تحرير الرغبة رقم اثنين. وكيت كالاهان، شارلز ساباتينو وتيري ساينز لمساعدتهم القيمة.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437

Five Wishes is a trademark of Aging with Dignity. All rights reserved. The contents of this publication are copyrighted materials of Aging with Dignity. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without written permission from Aging with Dignity. While the contents of this document are copyrighted, you are permitted to photocopy them to provide a copy of your completed Five Wishes form to your physician, care provider, Health Care Agent, family members, or other loved ones. All other reproductions or uses of Five Wishes require permission from Aging with Dignity. Aging with Dignity wishes to thank Oregon Health Decisions for contributing to the drafting of wish number two, and Kate Callahan, Charles Sabatino, and Tere Saenz for their help.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437

