



دليل إعداد "التوجيهات الصحية المسبقة" في ولاية غرب أستراليا



نحذّر القراء أن هذا المستند قد يتضمّن صوراً لأشخاص قد يكونوا توفّوا منذ نشر هذه المطبوعة.

© وزارة الصحة، ولاية غرب أستراليا (2022)

جميع المعلومات والمواد في هذا المستند محمية بواسطة حقوق الطبع والنشر لولاية أستراليا الغربية. بصرف النظر عن أي استخدام مسموح به بموجب أحكام قانون حقوق النشر لعام 1968، لا يجوز إعادة إنتاج أو إعادة استخدام أي جزء لأي أغراض على الإطلاق دون إذن خطي من القائمين على "برنامج الرعاية في آخر العمر"، في وزارة الصحة في ولاية غرب أستراليا.

إقتباس مقترح

وزارة الصحة في ولاية غرب أستراليا. "دليل إعداد توجيهات صحية مسبقة في غرب أستراليا". بيرث: "برنامج الرعاية في آخر العمر"، وزارة الصحة، ولاية غرب أستراليا؛ 2022.

إعلان هام لتبرئة الذمة

نقصد من خلال هذا الدليل تقديم لمحة عامة عن إعداد "توجيهات صحية مسبقة" في ولاية غرب أستراليا، وروابط لمعلومات ومصادر إضافية. يجب عدم الاعتماد على هذا الدليل كبديل عن المشورة القانونية أو أي مشورة مهنية أخرى. ويجب السعي للحصول على مشورة محايدة بشأن القضايا التي تتطلب مشاركة قانونية أو مهنية أخرى.

تتوافر معلومات إضافية عن "التوجيهات الصحية المسبقة" لدى:

وزارة الصحة

الهاتف: 9222 2300

البريد الإلكتروني: acp@health.wa.gov.au

الموقع الإلكتروني: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

خدمة الترجمة الفورية

يُرجى طلب مترجم إذا كنتم بحاجة لمساعدة في التحدث بلغتكم إلى الخدمات الصحية.



2 كيف تستخدم هذا الدليل

3 الجزء 1: نبذة عن "التوجيهات الصحية المسبقة"

3 ما الذي يعنيه "التوجيه الصحي المسبق"

4 من يقوم باتخاذ القرارات بشأن علاجك ورعايتك إذا فقدت قدرتك على اتخاذ القرارات والتعبير عنها بنفسك؟

6 الجزء 2: دليل خطوة بخطوة

6 أقسام من "التوجيه الصحي المسبق"

6 القسم 1: تفاصيلي الشخصية

7 القسم 2: صحي

8 القسم 3: قيمتي وتفضيلاتي

12 القسم 4: قراراتي في "التوجيه الصحي المسبق" بشأن العلاج

18 القسم 5: الأشخاص الذين ساعدوني في إكمال "التوجيه الصحي المسبق" الخاص بي

20 القسم 6: التوقيع والشهادة

22 الجزء 3: معلومات مفيدة

22 أسئلة متداولة

30 قائمة التحقق بشأن إعداد "التوجيه الصحي المسبق"

31 لمن تلجأ للحصول على معلومات إضافية

33 مصطلحات سائدة

36 مثال عن توجيه صحي مسبق كامل

كيف تستخدم هذا الدليل

يقدم هذا الدليل معلومات لمساعدتك في إعداد وإتمام "التوجيه الصحي المسبق".
قد تجد إن إتمام "التوجيه الصحي المسبق" الخاص بك يستغرق وقتاً، ولكنك لست مضطراً لإكمال المستند في جلسة واحدة، إذ يمكنك إكماله على مراحل.

الجزء 1: نبذة عن "التوجيهات الصحية المسبقة"

يصف هذا الجزء ماهية "التوجيه الصحي المسبق"، وسبب كونه مفيداً، وكيف يتم استخدامه، ومن سيتخذ القرارات نيابة عنك إذا فقدت أهليتك لاتخاذ القرارات أو التعبير عنها.

الجزء 2: دليل خطوة بخطوة

يقدم هذا الجزء دليلاً خطوة بخطوة لإعداد "التوجيه الصحي المسبق"، بما في ذلك أمثلة لمساعدتك.

الجزء 3: معلومات مفيدة

يقدم هذا الجزء قائمة للتحقق من إعداد مستند "توجيهاتك الصحية المسبقة" وإكماله والاحتفاظ به. ويشرح المفردات المستخدمة في "التوجيهات الصحية المسبقة" ويقدم أجوبة عن [الأسئلة المتداولة](#). كذلك، يقدم هذا الجزء روابط للجهات التي يمكنك اللجوء إليها للحصول على معلومات إضافية.

مثال عن مستند كامل وآخر فارغ للتوجيه الصحي المسبق

هناك مثال في نهاية هذا الدليل عن "توجيه صحي مسبق" كامل. كما نقدم مستنداً آخر للتوجيه الصحي المسبق، فارغاً ومتضمناً مع هذا الدليل.

يمكنك الرجوع إلى المثال عن "التوجيه الصحي المسبق" الكامل أثناء تعبئة توجيهك الصحي المسبق.

تستطيع طلب المساعدة في إكمال توجيهك الصحي المسبق. [يشمل الجزء 3: معلومات مفيدة](#) معلومات عن كيفية طلب المساعدة وممن تطلب المساعدة.



الجزء 1 نبذة عن "التوجيهات الصحية المسبقة"

يصف هذا الجزء ماهية "التوجيه الصحي المسبق"، وسبب كونه مفيداً، وكيف يتم استخدامه، ومن سيتخذ القرارات نيابة عنك إذا فقدت أهليتك لاتخاذ القرارات أو التعبير عنها.

ما هو "التوجيه الصحي المسبق"؟

"التوجيه الصحي المسبق" هو مستند قانوني يمكّنك من اتخاذ قرارات الآن بشأن العلاج الذي تريد، أو الذي لا تريد، أن تتلقاه في المستقبل.

سوف يتم استخدام "التوجيه الصحي المسبق" فقط إذا أصبحت صحتك سيئة للغاية أو إذا أصبت إصابة خطيرة ولم تعد قادراً على اتخاذ القرارات أو التعبير عن رغباتك. إذا حدث هذا، يصبح توجيهك الصحي المسبق صوتك. وإذا احتجت إلى تغيير توجيهك الصحي المسبق، فيجب عليك إبطال (أو إلغاء) توجيهك الحالي وإعداد توجيه جديد.

"التوجيه الصحي المسبق" هو أحد المستندات المتاحة في ولاية غرب أستراليا (WA) والذي يمكن إكماله كجزء من إجراء التخطيط المسبق للرعاية.

يساعد وجود التوجيه الصحي المسبق أحبائك والمهنيين الصحيين على فهم ما هو مهم بالنسبة لك من حيث صحتك ورعايتك الصحية.

من المستحسن أن تتحدث مع عائلتك أو مقدم الرعاية أو صديق مقرب أو طبيب عام أو غيرهم من المهنيين الصحيين لمساعدتك في جمع أفكارك.

تشمل الموارد الأخرى التي قد تجدها مفيدة ما يلي:

• الموقع الإلكتروني MyValues - myvalues.org.au

• موقع التخطيط المسبق للرعاية التابع لوزارة الصحة في غرب أستراليا -

healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

راجع الأسئلة المتداولة في الجزء 3: معلومات مفيدة للحصول على مزيد من المعلومات عن «التوجيهات الصحية المسبقة» والتخطيط المسبق للرعاية.

قد يصعب التحدث عن صحتك في المستقبل ورغباتك في نهاية عمر. أطلب المساعدة إذا احتجت إلى دعم في هذا الشأن.

يعتبر التوجيه الصحي المسبق وسيلة هامة لتدع الآخرين يعلمون ما هي قيمك وتفضيلاتك بشأن رعايتك الصحية وعلاجك في حال أصبحت صحتك سيئة للغاية أو أصبت بإصابة شديدة ولم تعد قادراً على اتخاذ القرارات.

إعداد "توجيه صحي مسبق" هو طوعي.

من يستطيع إعداد "توجيه صحي مسبق"؟

يجب أن تكون في سن 18 أو أكبر كي تتمكن من إعداد "توجيه صحي مسبق" وأن تكون بكامل أهليتك القانونية وقت إعداد «التوجيه الصحي المسبق».

وهذا يعني أن:

- تفهم أي معلومات أو نصائح مقدّمة إليك لمساعدتك في اتخاذ قرارات في "التوجيه الصحي المسبق" الخاص بك
 - تفهم الآثار المحتملة على علاجك ورعايتك في المستقبل والتي قد تنتج عن القرارات التي تتخذها في "التوجيه الصحي المسبق"
 - تكون قادراً على المقارنة بين حسنات قراراتك وسيئاتها المحتملة بالنسبة لعلاجك ورعايتك في المستقبل
 - تكون قادراً على التعبير بإحدى الطرق عن قراراتك بشأن علاجك ورعايتك الصحية في المستقبل.
- يعتبر الراشدون أنهم متمتعون بالأهلية القانونية إلا إذا أبدوا غير ذلك. فإذا كان لديك أي شكّ حول قدرتك الحالية لإعداد توجيه صحي مسبق، فاطلب من طبيبك ان يفحص وضعك، ويمكنك أيضاً أن تخبره عما إذا كنت قلقاً حول بروز شكّ في قدرتك على اتخاذ القرارات في المستقبل.

من سيتخذ القرارات بشأن علاجك ورعايتك الصحية إذا فقدت قدرتك على اتخاذ القرارات أو التعبير عنها بنفسك؟

إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات بشأن علاجك ورعايتك أو الإبلاغ عنها، يجب على المتخصصين الصحيين اتباع التسلسل الهرمي لمتخذي قرار العلاج عند اتخاذ قرارات العلاج نيابة عنك.

يفسّر التسلسل الهرمي لمتخذي قرار العلاج، الموضح في الصفحة التالية، ترتيب متخذي القرار الذي يجب على المتخصصين الصحيين اتباعه عند البحث عن قرار علاج يخصّك. التوجيه الصحي المسبق هو أول مصدر يلجأ إليه أخصائي الصحة للمساعدة في اتخاذ قرارات بشأن رعايتك المستقبلية.

ماذا لو لم أقم بإعداد توجيهاً صحياً مقدماً؟

إذا لم تقم بإعداد توجيه صحي مسبق، يجب أن يلجأ أخصائي الصحة إلى الشخص الأول المدرج إسمه في التسلسل الهرمي، والذي يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر، ويتمتع بالأهلية القانونية الكاملة، ويكون موجوداً ومستعداً لاتخاذ قرار العلاج.

إذا لم يكن الشخص الأول متواجداً ومستعداً لاتخاذ القرار، يستطيع أخصائي الصحة التوجّه إلى الشخص التالي المدرج إسمه في التسلسل الهرمي، وهكذا دواليك.

ما هو التسلسل الهرمي لمتخذي قرار العلاج؟

لا يستعين اخصائيو الصحة بالتسلسل الهرمي لمتخذي قرار العلاج إلا عندما تفقد قدرتك على اتخاذ قرارات و/أو الإبلاغ عنها بخصوص رعايتك الصحية.

التسلسل الهرمي لمتخذي قرار العلاج

1

توجيه صحي مسبق

يجب اتخاذ القرارات وفقاً للتوجيه الصحي المسبق إلا إذا كانت الظروف قد تغيرت أو لم يكن ممكناً للشخص الذي اتخذ القرار التكهن بها.

وصي دائم لديه وكالة

2

وصي لديه وكالة

3

الزوج أو شريك الحياة الفعلي

4

ابن راشد أو ابنة راشدة

5

الأب أو الأم

6

أخ أو أخت

7

مقدم الرعاية الأساسي غير مدفوع الأجر

8

شخص آخر لديه علاقة شخصية وثيقة بك

9

في حالة عدم وجود "توجيه صحي مسبق" أو إذا كان لا يغطي قرار العلاج المطلوب، يجب على أخصائي الصحة الحصول على قرار بشأن العلاج غير العاجل من الشخص الأول في التسلسل الهرمي، الذي يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر، ويتمتع بالأهلية القانونية الكاملة ويكون موجوداً ومستعداً لاتخاذ القرار.

حتى إذا كنت قد عيّنت وصياً دائماً، فلا يزال بإمكانك اختيار إصدار توجيه صحي مسبق لإبلاغ تفضيلاتك بشأن علاجات معينة يكون لديك رأي قوي تجاهها.

راجع الأسئلة المتداولة في الجزء 3: معلومات مفيدة للحصول على مزيد من المعلومات حول تعيين وصي دائم أو أوصياء دائمين.

الجزء 2: دليل خطوة بخطوة

يقدم هذا الجزء دليلاً لإعداد "التوجيه الصحي المسبق" خطوة بخطوة، بما في ذلك أمثلة لمساعدتك.

أقسام التوجيه الصحي المسبق

يجب عليك إكمال الأقسام 1 و4 و6 كي يكون التوجيه الصحي المسبق نافذاً.

القسم 1 هو القسم الذي تكتب فيه تفاصيلك الشخصية. يجب عليك إكمال القسم الأول.

القسم 2 هو القسم الذي تكتب فيه أي مشكلات صحية كبرى تعاني منها.

القسم 3 هو القسم الذي تكتب فيه الأمور المهمة بالنسبة لك إضافة إلى قيمك ورغباتك فيما يخص رعايتك المستقبلية.

القسم 4 هو القسم الذي تكتب فيه العلاجات والرعاية (بما في ذلك أعمال الأبحاث الطبية) التي تريدها أو التي لا تريدها في المستقبل. يجب عليك تضمين قرار واحد على الأقل يتعلق بالعلاج في القسم 4 كي يُعتبر «التوجيه الصحي المسبق» نافذاً.

القسم 5 هو القسم الذي تكتب فيه تفاصيل الأشخاص الذين ساعدوك في تعبئة مستند «التوجيه الصحي المسبق» الخاص بك.

القسم 6 هو القسم الذي توقع فيه مستند «التوجيه الصحي المسبق». ويجب عليك تعبئة القسم 6 كما يجب أن يكون هناك شاهداً على توقيعك (التفاصيل متوفرة في [القسم 6](#) حول شروط الشهادة).

القسم 1: تفاصيل الشخصية

يجب عليك أن تكمل هذا القسم من «التوجيه الصحي المسبق».

يجب تعبئة:

- تاريخ إعداد «التوجيه الصحي المسبق»
- إسمك الكامل وتاريخ ولادتك وعنوانك كي يتم التحقق من هويتك.

إن ذكر رقم هاتفك وعنوان بريدك الإلكتروني اختياري. نوصحك بتضمين رقم الهاتف على الأقل أو الإيميل ليكون هناك إمكانية للاتصال بك إذا اقتضت الضرورة.

إذا تغيّر عنوانك أو رقم هاتفك أو بريدك الإلكتروني في المستقبل، سيبقى «التوجيه الصحي المسبق» الخاص بك نافذاً.

أنظر فقرة [أسئلة متداولة](#) في الجزء 3: معلومات مفيدة للحصول على معلومات إضافية عن تغيير تفاصيل الإتصال بك.



القسم 2: صحي

يمكن أن تختار الإجابة عن جميع الأسئلة في القسم 2، أو عن بعضها أو عدم الإجابة عنها. أشطب أي سؤال لا تؤد الإجابة عنه.

يمكنك استخدام القسم 2 لسرد أي مشكلات صحية رئيسة تعاني منها وأي مخاوف تراودك. يمكنك أيضًا استخدام القسم 2 لتدوين الأمور التي تهتمك عند الحديث عن صحتك.

2.1 مشكلاتي الصحية الرئيسية

في القسم 2.1 يمكنك تدوين تفاصيل أي حالة صحية رئيسة تعاني منها حاليًا سواء أكانت بدنية أو نفسية وعقلية. يمكنك أيضًا تضمين أي مشكلات صحية مهمة عانيت منها في الماضي.

أمثلة

- تم تشخيص إصابتي بسرطان الأمعاء منذ 6 سنوات. أجريت جراحة وعلاج كيميائي. أنا الآن في حالة نقاهة ولكن قيل لي أن هناك احتمال لعودة سرطان الأمعاء في المستقبل.
- تعرضت لحادث سير منذ 5 سنوات، وما زلت أعاني من آلام الظهر المزمنة. قيل لي إنه من غير المرجح أن تخف آلام ظهري.
- تم تشخيصي مؤخرًا بمرض العصبون الحركي. قيل لي إن صحتي من المحتمل أن تتدهور بسرعة، وسأحتاج قريبًا إلى الكثير من المساعدة في المهام اليومية مثل الاستحمام وارتداء الملابس.

2.2 عند التحدث معي عن صحي، فإن هذه الأشياء مهمة بالنسبة لي

في القسم 2.2 يمكنك تدوين ما هو مهم بالنسبة لك عند التحدث إلى المهنيين الصحيين حول صحتك. ويتضمن هذا مقدار المعلومات التي ترغب في تلقيها قبل اتخاذ القرار. ويتضمن أيضًا تفاصيل عن أي من أفراد الأسرة/الأصدقاء الذين ترغب في اصطحابهم معك عند التحدث مع المهنيين الصحيين حول خيارات علاجك ورعايتك.

قصة تريش

تم تشخيص إصابة تريش (65 عامًا) بسرطان الثدي في المرحلة الرابعة. في توجيهها الصحي المسبق، ذكرت تريش أن تحضر صديقتها المقربة كاي (مرضة) جميع المواعيد الطبية لأنها تعرف أفضل السبل لشرح المعلومات بطريقة يمكن أن تفهمها تريش.

أمثلة

- أود الحصول على الكثير من التفاصيل حول حالتي الصحية وخيارات العلاج، حتى أتمكن من فهم اختياراتي تمامًا وما قد يحدث لي.
- اللغة الإنجليزية هي لغتي الثانية. أحب أن يكون ابني أو ابنتي معي أثناء المواعيد مع طبيبي العام والمتخصصين.

ملاحظة: قد ترغب أيضًا في إعداد وكالة وصاية دائمة إذا كان هناك شخص تعرفه جيدًا وتثق به لاتخاذ القرارات نيابةً عنك.

راجع [الأسئلة المتداولة](#) في الجزء 3: معلومات مفيدة للحصول على مزيد من المعلومات حول تعيين وصي دائم.

القسم 3: قيمي وتفضيلاتي

يمكنك اختيار إكمال بعض الأسئلة أو جميعها أو عدم إكمالها في القسم 3. اشطب أي أسئلة لا تريد إكمالها.

يمكنك استخدام الجزء 3 لتدوين الأشياء الأكثر أهمية بالنسبة لك بخصوص صحتك ورعايتك الصحية. يمكنك تضمين الأشياء التي تقلقك بشأن صحتك في المستقبل. سيسمح هذا للأشخاص المقربين منك وللمهنيين الصحيين المشاركين في رعايتك الصحية بمعرفة ما هو مهم بالنسبة لك إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات أو التعبير عنها.

قد يكون التفكير والتحدث عما هو مهم لصحتك المستقبلية ورغباتك في نهاية حياتك أمراً صعباً. اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إلى دعم أثناء إكمال هذا القسم من النموذج.

3.1 هذه الأشياء مهمة بالنسبة لي

يطلب منك القسم 3.1 وصف ما يعنيه "العيش بشكل جيد" بالنسبة لك. على سبيل المثال، أكثر ما ستفقداه إذا مرضت ولم تستطع العيش كما تفعل الآن.

يتضمن هذا القسم من النموذج قائمة بالأشياء التي قد تكون مهمة بالنسبة لك. يمكنك وضع علامة في جميع المربعات التي تنطبق عليك. يمكنك أيضاً كتابة الأنشطة أو الاهتمامات أو الهوايات التي تهتمك.

أمثلة

- قضاء الوقت مع العائلة والأصدقاء مهم بالنسبة لي.
- إن زيارة ابنتي لي كثيراً أمر مهم جداً بالنسبة لي.
- إن وجود كلابي أو قطتي أو عصفوري بالقرب مني أو على الأقل القدرة على رؤيتهم بانتظام أمر مهم بالنسبة لي.
- لقد كنت جزءاً من مجتمع المثليات طوال حياتي وأود أن يستمر هذا الاتصال.
- أنا صيني وأستمتع بقضاء الوقت مع الأشخاص الذين يتحدثون اللغة الكانتونية.

قصة ريتا

تزور ريتا (87 عاماً) بانتظام ناديها الكرواتي لرؤية أصدقائها والتحدث بلغتها الأولى هرفاتسكا ولعب الألعاب التقليدية من بلدها الأم. كتبت ريتا في توجيهها الصحي المسبق أنها لا تريد زيارة النادي إذا أصبحت غير قادرة على التحدث أو التحرك بسهولة.

3.2 هذه أمور تقلقتني عندما أفكر في صحتي في المستقبل

يطلب منك القسم 3.2 وصف ما يقلقك بشأن صحتك ورعايتك الصحية في المستقبل. على سبيل المثال، أي نتائج دائمة لمرض أو إصابة لن تكون مقبولة بالنسبة لك.

إذا أصبحت مريضاً أو مصاباً في المستقبل، فقد يساعدك العلاج والرعاية على التحسن وقد تعود صحتك إلى ما كانت عليه قبل أن تمرض. ومع ذلك، من الممكن، حسب طبيعة مرضك أو إصابتك، أن لا يساعد العلاج والرعاية إلا بشكل قليل فقط وقد لا تتمكن من العيش بنفس الطريقة التي كنت تعيشها من قبل.

أمثلة

- أخشى أن أعاني من ألم مستمر..
- أخشى ألا أكون قادراً على التواصل أو عدم فهم عائلتي وأصدقائي لي.
- سأكون غير سعيد إذا أصبحت غير قادر على العيش بشكل مستقل.
- سأجد أنه من غير المقبول أن أصبح غير قادر على إطعام نفسي.
- أجد صعوبة بالغة إذا لم أتمكن من التعرف على عائلتي وأصدقائي.

قصة نيكول

تم تشخيص نيكول (43 عاماً) مؤخراً بمرض باركنسون. في توجيهها الصحي المسبق، كتبت أنها لن تتقبل وضعها إذا أصبحت غير قادرة على إطعام نفسها بشكل دائم. تريد نيكول أن تعرف أسرتها ما هو مهم بالنسبة لها لأنهم سيهتمون بها إذا تسبب المرض في فقدانها السيطرة على يديها وأجزاء أخرى من جسمها.



3.3 عندما أكون على وشك الموت، هذا هو المكان الذي أود أن أكون فيه

يطلب منك القسم 3.3 وصف المكان الذي ترغب في قضاء أيامك أو أسابيعك الأخيرة فيه عندما تقترب من الموت.

هناك 4 خيارات متوفرة في هذا القسم من النموذج. يمكنك اختيار خيار واحد فقط. ويمكنك تضمين مزيد من التفاصيل حول الخيار الذي تختاره في المربع المتوفر.

أمثلة:

- التواجد في الطبيعة هو أمر مهم بالنسبة لي. أود أن أكون في مكان به حديقة زهور أو بالقرب من الشاطئ.
- العائلة والأصدقاء جزء كبير من حياتي. أفضل أن أبقى بالقرب منهم لأطول فترة ممكنة حتى يتمكنوا من زيارتي بسهولة وبشكل منتظم.
- عرّف على أنني مثلي ومن المهم بالنسبة لي أن أكون في مكان تُقبل فيه حياتي الجنسية وتُحترم.

قصة ريموند

عاش ريموند (95 عامًا) في دار رعاية المسنين السكنية خلال السنوات الخمس الأخيرة من حياته. أصبح المركز بمثابة بيته. كان لدى ريموند توجيه صحي مسبق. كتب أنه يريد أن يموت حيث يعيش مع أسرته، ولكن صحته قد تدهورت بسرعة، واستخدم أخصائيو الصحة لديه توجيهه الصحي المسبق لتوجيه رعايته في الأسابيع الأخيرة من حياته. مات بسلام في دار رعاية المسنين محاطاً بأسرته.

3.4 عندما أكون على وشك الموت، فإن هذه الأشياء مهمة بالنسبة لي

يطلب منك القسم 3.4 أن تكتب ما هي الأمور التي تجلب لك الراحة ومن تودّ أن يكون حولك عندما تقترب من الموت. قد يكون التفكير في رغباتك في نهاية حياتك أمرًا صعبًا. فكر فيما سيكون أكثر أهمية بالنسبة لك في هذا الوقت. قد ترغب في التفكير في ماهية التقاليد الروحية أو الدينية أو الثقافية المهمة بالنسبة لك أو حول ما يمكن أن يجعلك تشعر بالراحة أو السلام.

يمكنك وضع علامة في جميع المربعات التي تنطبق عليك. كما يمكنك تضمين المزيد من التفاصيل في المربعات المتوفرة.

أمثلة:

- أنا شيخ قبيلة من السكان الأبوريجينيين، ومن المهم أن تتمكن عائلتي ومجتمعي من تطبيق المراسيم المقدسة والعرفية لثقافتني، قبل موتي وأثناءه وبعده.
- أثناء فترة موتي، أودّ أن يكون في غرفتي إضاءة خفيفة وموسيقى هادئة تأملية. فأنا أجد هذا الجوّ مريحاً.
- أثناء فترة موتي، لا أريد الذهاب إلى المستشفى إلا إذا كان الحفاظ على راحتي وكرامتي في المنزل غير ممكن.
- أنا هندوسي وأودّ أن تكون عائلتي الكبيرة وأقاربي حولي حتى يتمكنوا من أداء عدد من الطقوس التقليدية.

قصة عمتي

عانت عمتي (64 عامًا) من مشاكل صحية مثل مرض السكري لسنوات عديدة. يعيش مجتمعها في تركي كريك. إذا اشتدّ مرضها، فإنها تودّ أن تأخذها ابنتها كارول إلى بلدتها إذا كانت قادرة على السفر وإذا لم يكن ذلك يمثل عبئًا كبيرًا على عائلتها. كتابة هذا في توجيهها الصحي المسبق يمنحها راحة البال بأن رغباتها واضحة.



القسم 4: قرارات العلاج في التوجيه الصحي المسبق

يجب عليك اتخاذ قرار واحد على الأقل خاص بعلاجك في القسم 4 لإعداد توجيه صحي مسبق نافذ. اشطب أي أجزاء لا ترغب في إكمالها.

يمكنك استخدام القسم 4 لاتخاذ قرارات بشأن العلاجات المستقبلية التي تريدها أو التي لا تريدها. ويتضمن ذلك العلاجات أو التدخلات الطبية التي يمكن استخدامها لإبقائك على قيد الحياة. تسمى هذه "العلاجات التي تحافظ على الحياة". يمكنك أيضًا اتخاذ قرارات بشأن ما إذا كنت ترغب في المشاركة في البحوث الطبية في المستقبل. يجب أن يتبع المهنيون الصحيون القرارات التي أدرجتها في القسم 4.

العلاج هو أي علاج طبي أو جراحي، بما في ذلك الرعاية المهدئة وتدابير الحفاظ على الحياة أو علاج الأسنان أو أي رعاية صحية أخرى.

قرار العلاج في التوجيه الصحي المسبق هو قرار بالموافقة أو رفض الموافقة على بدء أو استمرار أي علاج.

يوصى بشدة بمناقشة قرارات العلاج الخاصة بك مع طبيبك قبل إكمال التوجيه الصحي المسبق الخاص بك.

يمكن لطبيبك والمهنيين الصحيين الآخرين تقديم المشورة بشأن خيارات العلاج وكيف يمكن أن تؤثر عليك.

4.1 قرارات العلاج الذي يحافظ على الحياة

اشطب هذا السؤال إذا كنت لا تريد إكمالها. ملاحظة: يجب عليك اتخاذ قرار واحد على الأقل خاص بعلاجك في القسم 4 لإعداد توجيه صحي مسبق نافذ.

يطلب منك القسم 4.1 اتخاذ قرارات بشأن العلاجات أو التدخلات التي تريدها أو لا تريدها لإبقائك على قيد الحياة في المستقبل. لن يتم استخدام هذه المعلومات إلا إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات أو الإبلاغ عنها بنفسك.

عند اتخاذ قرارات بشأن العلاجات التي تحافظ على حياتك والتي تريدها أو لا تريدها، فكر في الأشياء التي ذكرتها على أنها مهمة بالنسبة لك في [القسم 3: قيمى وتفضيلاتي](#).

لمساعدتك في إكمال هذا القسم من النموذج، تحدث إلى طبيبك أو المهنيين الصحيين الآخرين عما يلي:

- ما هي العلاجات المختلفة للحفاظ على الحياة التي قد تحتاجها في المستقبل
- المخاطر والآثار الجانبية الممكنة للعلاجات المستخدمة للحفاظ على الحياة
- كيف يمكن أن تتأثر صحتك ونوعية حياتك على المدى الطويل بالعلاجات المختلفة للحفاظ على الحياة.



مع مراعاة بعض الاستثناءات المحدودة، يجب على المتخصصين الصحيين اتباع توجيهاتك للعلاجات التي تحافظ على حياتك. ومع ذلك، لمجرد أنك أكملت القسم 4.1، فهذا لا يعني أنك ستحتاج بالتأكيد أو ستتلقى العلاجات التي اخترتها. فإذا كان هناك علاج لن يفيدك، فلن يكون طبيبك ملزمًا بتقديمه.

راجع **الأسئلة المتداولة** في الجزء 3: معلومات مفيدة للحصول على مزيد من المعلومات حول العلاجات التي تحافظ على الحياة.

هناك 5 خيارات في القسم 4.1. يمكنك اختيار خيار واحد فقط.

- **الخيار 1:** أوافق على جميع العلاجات التي تهدف إلى الحفاظ على حياتي أو إطالة عمري.
- **الخيار 2:** أوافق على جميع العلاجات التي تهدف إلى الحفاظ على حياتي أو إطالة عمري إلا إذا كان واضحًا أنني لست على ما يرام جراء إصابة أو مرض لدرجة لا يوجد فيها أي احتمال منطقي بأنني سوف أتعافى إلى الحد الذي يمكنني من خلاله البقاء على قيد الحياة دون استمرار علاجات الحفاظ على الحياة. في مثل هذه الحالة، أسحب موافقتي على العلاجات التي تحافظ على الحياة.
- **الخيار 3:** أرفض الموافقة على أي علاجات تهدف إلى الحفاظ على حياتي أو إطالة أمدها.
- **الخيار 4:** أتخذ القرارات التالية بشأن علاجات معينة تحافظ على الحياة كما هو مذكور في الجدول أدناه.
- **الخيار 5:** لا يمكنني اتخاذ قرار في هذا الحين.

تشير قراراتك الواردة في القسم 4.1 إلى علاجات الحفاظ على الحياة فقط. سيظل المهنيون الصحيون يقدمون الرعاية لتقليل الألم وجعلك مرتاحًا (أي الرعاية المهذنة)، حتى إذا اخترت رفض جميع العلاجات التي تحافظ على الحياة.

إذا كنت لا ترغب في تلقي علاجات الرعاية المهذنة، فأنت بحاجة إلى تحديد ذلك في القسم 4.2.

إذا اخترت الخيار 4، فستحتاج إلى اتخاذ قرارات بشأن أنواع مختلفة من العلاج الذي يحافظ على الحياة الذي ترغب أو لا ترغب في تلقيه.

يتمتع كل شخص بوجهة نظر خاصة حول العلاجات التي يخضع لها أو التي لا يريد لها. قد تساعدك الأمثلة أدناه عندما تفكر في خياراتك، وقد ترغب أيضًا في تقديم مزيد من التفاصيل. يمكنك اختيار الخيار 5 إذا لم تكن مستعدًا بعد لاتخاذ قرار بشأن العلاجات التي تحافظ على الحياة التي تريدها أو لا تريدها في المستقبل.

أمثلة

مثال: الخيار 1 - قصة ناثان

- تعرّض ناثان لنوبة قلبية منذ 5 أسابيع، وأخبره طبيبه العام أنه من المحتمل جدًا أن يحتاج إلى جراحة في القلب. يرغب ناثان في الحصول على جميع العلاجات التي يمكن أن تحافظ على حياته أو تطيلها.
- يختار ناثان: الخيار 1 - أوافق على جميع العلاجات التي تهدف إلى الحفاظ على حياتي أو تطيلها.

مثال: الخيار 2 - قصة ليندا

- تم تشخيص ليندا بمرض الكلى. توفيت والدتها نتيجة فشل كلوي وهي تتذكر أن والدتها عانت من الكثير من الغثيان في نهاية حياتها. تتذكر أن الغثيان قد تفاقم بسبب العلاجات للمرض الأساسي، على الرغم من عدم وجود احتمال منطقي بأنها ستتعاوى منه. ليندا لا تريد هذا لنفسها.
- اختارت ليندا: الخيار 2 - أوافق على جميع العلاجات التي تهدف إلى الحفاظ على حياتي أو إطالة أمدها إلا إذا كان واضحًا أنني لست على ما يرام من الإصابة أو المرض بحيث لا يوجد احتمال منطقي بأنني سوف أتعاوى إلى الحد الذي يمكنني فيه البقاء على قيد الحياة دون العلاجات المستمرة التي تحافظ على الحياة. في مثل هذه الحالة، أسحب موافقتي على العلاجات التي تحافظ على الحياة.

مثال: الخيار 3 - قصة ميا

- سبق أن عولجت ميا من سرطان الثدي. لقد تم إخبارها للتو أن السرطان قد عاد، وأن العلاج من غير المرجح أن يطيل حياتها أكثر من الأشهر القليلة المقبلة.
- كانت صديقة ميا مصابة بسرطان الثدي وميا لديها مشاعر قوية جدا حول العلاج الكيميائي الذي تلقته والذي أطال حياتها ومعاناتها. فقررت ميا أنها هذه المرة لا تريد المزيد من العلاج الذي من شأنه أن يؤخر وفاتها وتريد أن يركز أخصائيو الصحة لديها على إبقائها مرتاحة ودون ألم قدر الإمكان.
- تختار ميا: الخيار 3 - أرفض الموافقة على أي علاجات تهدف إلى الحفاظ على حياتي أو إطالة أمدها.

مثال: الخيار 4 - قصة بيتر

- تم تشخيص بيتر بمرض الانسداد الرئوي المزمن (مرض مزمن في الرئتين). يبلغ من العمر 70 عامًا ويعرف أن حالته ستزداد سوءًا. في حين أنه يشعر أنه لا يزال بإمكانه التمتع بنوعية حياة جيدة في المنزل، حتى لو كان هذا يعني استخدام الأكسجين، إلا أنه لا يريد أن يظل على جهاز التنفس بشكل دائم في دار لرعاية المسنين أو مستشفى.
- يختار بيتر: الخيار 4 - أتخذ القرارات التالية بشأن علاجات معينة تحافظ على الحياة كما هو مذكور في الجدول أدناه.
- يضع علامة في المربع (ب) للتهوية المساعدة ويقدم التفاصيل التالية: فقط إذا كان مؤقتًا وإذا كان بإمكانني العودة إلى المنزل، حتى مع الأكسجين. لا أريد أن أكون على جهاز التنفس بشكل دائم في المستشفى أو في دار رعاية المسنين.
- يضع علامة في المربع (C) لجميع العلاجات الأخرى: أنا أرفض جميع العلاجات الأخرى التي تحافظ على الحياة.

مثال: الخيار 5 - قصة ويليام

- يبلغ ويليام 25 عامًا من العمر ولم يسبق له أن شهد وفاة أحد أفراد الأسرة المقربين أو مرّ بتجربة ورأي أي شخص قريب منه يحتاج إلى علاج يحافظ على الحياة.
- يختار ويليام: الخيار 5 - لا يمكنني أن أقرر في هذا الوقت.

4.2 قرارات أخرى بشأن العلاج

اشطب هذا السؤال إذا كنت لا تريد إكماله. ملاحظة: يجب عليك اتخاذ قرار علاج واحد على الأقل في القسم 4 لإعداد توجيهه صحي مسبق نافذ.

يطلب منك القسم 4.2 اتخاذ قرارات بشأن العلاجات الأخرى (بصرف النظر عن العلاجات الحفظ على الحياة في القسم 4.1) التي ترغب أو لا ترغب في تلقيها في المستقبل. لن يتم استخدام هذه المعلومات إلا إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات أو الإبلاغ عنها بنفسك.

يمكن أن تشمل العلاجات الأخرى الأدوية المستخدمة لمنع بعض الحالات الصحية (مثل الأسبرين وعلاجات الكوليسترول)، أو عمليات نقل الدم.

إذا أدرجت قرارًا بشأن علاج معين، فيجب عليك وصف الظروف التي تريد أو لا تريد فيها تلقي هذا العلاج.

على سبيل المثال، إذا كنت لا ترغب في تناول الأسبرين، فهل هذا في جميع الظروف أم في ظروف محددة فقط؟

يمكنك إعطاء التفاصيل في المربعات المتوفرة. إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر، فأكمل الصفحات الإضافية للقسم 4.2 - قرارات العلاج الأخرى المتوفرة مع هذا الدليل وأرفقها بالقسم 4.2 من التوجيه الصحي المسبق الخاص بك.

راجع الأسئلة المتداولة في الجزء 3: معلومات مفيدة للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية إضافة صفحات إلى توجيهك الصحي المسبق.

الظروف الصحية	قرارات علاجي
أنا أعاني من ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم	لا تعطيني مثبطات امتصاص الكوليسترول. لا أستطيع تحمل الآثار الجانبية.
جميع الظروف	لا تعطيني نقل دم أو أي مشتقات دم، فهذا ضد ديانتي.
أصاب بالصداع النصفي بشكل منتظم	لا تعطيني الأسبرين، لأنه يسبب لي آلاماً في المعدة.

4.3 البحوث الطبية

اشطب هذا السؤال إذا كنت لا تريد إكماله. ملاحظة: يجب عليك اتخاذ قرار علاج واحد على الأقل في القسم 4 لإعداد توجيه صحي مسبق نافذ.

يطلب منك القسم 4.3 اتخاذ قرارات بشأن المشاركة في البحث الطبي. لن يتم استخدام هذه المعلومات إلا إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات أو التعبير عنها بنفسك.

يمكن أن تساعد المشاركة في الأبحاث الطبية في تعزيز المعرفة الطبية والعلمية للوقاية من الأمراض و / أو اكتشافها و/أو علاجها. يسرد القسم 4.3 أنواعاً مختلفة من أنشطة البحث الطبي. يمكنك تحديد الظروف التي توافق أو لا توافق فيها على المشاركة في أنشطة البحث الطبي المدرجة. يقدم الجدول أدناه أمثلة على كل نشاط بحث طبي مدرج في القسم 4.3.

يجب إجراء البحوث الطبية وفقاً لمبادئ توجيهية صارمة وبموافقة لجنة من الخبراء في البحث الذي يشمل البشر (لجنة أخلاقيات البحث البشري التي تمثل للبيان الوطني للسلوك الأخلاقي في البحث البشري).

إذا وافقت على المشاركة في الأبحاث الطبية المستقبلية، فإن هذا ينطبق فقط على الأبحاث التي تمت الموافقة عليها من قبل لجنة البحوث البشرية والتي تتبع إرشادات البحث الوطنية. لمزيد من المعلومات حول البحث الطبي، قم بزيارة الموقع الإلكتروني لمكتب المدافع العام عن حقوق الأفراد على الموقع publicadvocate.wa.gov.au. توفر المصطلحات السائدة في الجزء 3: المعلومات المفيدة، مزيداً من المعلومات أيضاً.



أمثلة على هذا النوع من البحث	أنشطة البحث
اختبار كفاءة نوع جديد من قناع الأكسجين أو جهاز تنظيم ضربات القلب.	استخدام معدات أو جهاز
تجربة دواء جديد أو نوع من المعدات التي ثبت حتى الآن أنها تعمل فقط في دراسة مع عدد صغير من المرضى.	توفير رعاية صحية لم تحظ بعد بدعم عدد كبير من الممارسين في مجال الرعاية الصحية هذا
دراسة تقارن التأثيرات على مرضى دوائين أو علاجين مختلفين. في هذا النوع من البحث، تتلقى مجموعة واحدة من المرضى علاجًا واحدًا وتتلقى مجموعة ثانية من المرضى علاجًا مختلفًا.	تقديم رعاية صحية لإجراء مقارنة تقييمية
البحث الذي يتضمن سحب الدم بحيث يمكن فحصه في المختبر للبحث عن تغييرات، مثل تغييرات في عدد أو نوع خلايا الدم.	أخذ عينات الدم
أخذ خزعة من شامة أو النمش (حيث يتم قطع جزء من الشامة أو النمش تحت تأثير مخدر موضعي) للبحث عن علامات الإصابة بسرطان الجلد. أخذ مسحة من داخل الأنف للتحقق من وجود فيروس أو بكتيريا.	أخذ عينة / عينات من الأنسجة أو السوائل من الجسم، بما في ذلك الفم أو الحلق أو تجويف الأنف أو العينين أو الأذنين
تسليط ضوء في الأذنين أو العينين أو الفم للبحث عن أي تغييرات أو علامات للمرض.	أي فحص غير تدخلية للفم أو الحلق أو تجويف الأنف أو العينين أو الأذنين
استخدام الميزان لوزن الشخص. إجراء فحص للعين لفحص نظر الشخص.	فحص غير تدخلية للطول أو الوزن أو الرؤية
الاختبارات التي يتم فيها تقييم معدل تنفس الشخص أو سهولة حركته أثناء القيام بأنواع مختلفة من النشاط.	مراقبة حالة المريض
الإجابة على استبيان ورقي أو على شبكة الإنترنت يحتوي على أسئلة حول العلاج أو الرعاية. حضور مقابلة أو اجتماع مجموعة صغيرة لتبادل الأفكار حول ما قد يجعل تجربة الرعاية أفضل.	إجراء استبيان أو مقابلة أو مجموعة استطلاعية
البحث الذي يتم فيه مشاركة المعلومات من السجلات الطبية للمريض (بإذن من المريض) مع الباحثين، جنبًا إلى جنب مع المعلومات من سجلات المرضى الآخرين لفهم الاختلافات والتشابه بين مجموعات المرضى، على سبيل المثال، عدد المرات التي يتم فيها إدخال الأشخاص الذين يعانون من حالة معينة إلى المستشفى على مدى 10 سنوات.	جمع المعلومات أو استخدامها أو الكشف عنها، بما في ذلك المعلومات الشخصية
مقارنة نتائج اختبارات الدم من مختلف المرضى للبحث عن أوجه التشابه والاختلاف كجزء من البحث لفهم المرض وعلاجه.	دراسة أو تقييم العينات أو المعلومات المأخوذة في إطار نشاط مذكور أعلاه

القسم 5: الأشخاص الذين ساعدوني في إكمال توجيهي الصحي المسبق

يمكنك اختيار إكمال بعض الأسئلة أو جميعها أو عدم إكمالها في القسم 5. اشطب أي أسئلة لا تريد إكمالها.

قد تحتاج إلى تضمين معلومات إضافية في التوجيه الصحي المسبق الخاص بك لبعض الأسئلة (مثل إفادة المترجم).

يمكنك استخدام القسم 5 لذكر الأشخاص الذين ساعدوك في إكمال التوجيه الصحي المسبق الخاص بك.

5.1 هل استخدمت خدمات المترجم عند ملء هذا النموذج؟

يسألك القسم 5.1 عما إذا كنت قد استعنت بمترجم عند إعداد التوجيه الصحي المسبق الخاص بك.

هناك 3 خيارات لهذا السؤال:

- الخيار 1: اللغة الإنجليزية هي لغتي الأولى - لم أكن بحاجة إلى الاستعانة بمترجم.. حدد هذا الخيار إذا كنت واثقًا من إلمامك باللغة الإنجليزية ولم تستخدم مترجمًا عند إكمال النموذج.
- الخيار 2: اللغة الإنجليزية ليست لغتي الأولى - لقد استعنت بمترجم عند إجراء التوجيه الصحي المسبق هذا وقد أرفقت إفادة المترجم.

حدد هذا الخيار إذا قمت بالاستعانة بمترجم لترجمة النموذج. يجب عليك إكمال إفادة المترجم المقدم مع هذا الدليل وإرفاقه بالقسم 5.1 من التوجيه الصحي المسبق الخاص بك.

- الخيار 3: اللغة الإنجليزية ليست لغتي الأولى - لم أستعن بمترجم عند إعداد هذا التوجيه الصحي المسبق. حدد هذا الخيار إذا لم تكن اللغة الإنجليزية هي لغتك الأولى ولكنك أكملت النموذج دون مساعدة من مترجم.

يمكنك وضع علامة في مربع واحد فقط أو يمكنك حذف هذا السؤال إذا كنت لا ترغب في إكمالها.

إذا اخترت الخيار 2، فمن المستحسن أن تقوم أنت والمترجم بالرجوع إلى الأسئلة المتداولة في القسم 3: معلومات مفيدة لمزيد من المعلومات حول الحصول على خدمة الترجمة.

إذا اخترت الخيار 2 - يجب عليك أنت والمترجم إكمال إفادة المترجم المقدمة مع هذا الدليل وإرفاقها بالتوجيه الصحي المسبق.



5.2 هل قمت بإعداد وكالة وصاية دائمة (EPG)؟

يطلب منك القسم 5.2 سرد معلومات حول ما إذا كنت قد أعددت وكالة وصاية دائمة.

وكالة الوصاية الدائمة هي وثيقة قانونية تتيح لك تسمية وتعيين شخص أو أكثر بشكل قانوني لاتخاذ قرارات تتعلق بنمط حياتك ورعايتك الصحية إذا لم تعد قادرًا على اتخاذ مثل هذه القرارات أو التعبير عنها. إذا قمت بإعداد وكالة دائمة للوصاية، فمن المستحسن بشدة أن تقوم بتضمين تفاصيلها في التوجيه الصحي المسبق الخاص بك.

يُطلق على الشخص الذي تعينه لاتخاذ القرارات نيابةً عنك اسم وصي دائم.

لا يمكن للوصي الدائم تجاوز القرارات التي تم اتخاذها في توجيهك الصحي المسبق، إلا في ظروف خاصة (على سبيل المثال، إذا توفرت خيارات علاج جديدة لم تكن موجودة عند إكمال التوجيه الصحي المسبق).

يمكنك وضع علامة في مربع واحد فقط أو يمكنك حذف هذا السؤال إذا كنت لا ترغب في إكماله. إذا اخترت الخيار 2، فيجب عليك تضمين تفاصيل حول وكالة الوصاية الدائمة الخاصة بك والوصي الدائم.

راجع [الأسئلة المتداولة](#) في القسم 3: معلومات مفيدة للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية تعيين وصي دائم.

5.3 هل طلبت مشورة طبية و/أو قانونية حول إجراء التوجيه الصحي المسبق هذا؟

يطلب منك القسم 5.3 تقديم تفاصيل حول أي مشورة طبية و / أو قانونية تلقيتها عند إجراء التوجيه الصحي المسبق.

قد تجد أنه من المفيد طلب المشورة الطبية و / أو القانونية لطمأنة نفسك والمقربين منك بأن القرارات التي تتخذها في التوجيه الصحي المسبق الخاص بك هي في مصلحتك الفضلى ومناسبة لظروفك الصحية.

يمكنك تحديد خانة واحدة فقط فيما يتعلق بالنصيحة الطبية ، ويمكنك تحديد خانة واحدة فقط فيما يتعلق بالاستشارة القانونية. اشطب السؤال إذا كنت لا تريد إكماله.

يتم تشجيعك (ولكن ليس مطلوبًا) لطلب المشورة الطبية و / أو القانونية لعمل توجيه صحي مسبق.



القسم 6: التوقيع والشهادة

يجب عليك إكمال هذا القسم من التوجيه الصحي المسبق ويجب أن تفي بمتطلبات الشهادة المحددة.

لضمان صلاحية التوجيه الصحي المسبق الخاص بك، يجب أن تمتثل للمتطلبات التالية للتوقيع على التوجيه الصحي المسبق الخاص وتوقيع الشهود.

- يجب عليك التوقيع على التوجيه الصحي المسبق بحضور شاهدين. يجب أن يشاهدك كلا الشاهدين وأنت توقع على التوجيه الصحي المسبق.
 - يجب أن يوقع الشاهدان أيضاً التوجيه الصحي المسبق. ويجب أن تشاهدهما وهما يوقعان على التوجيه الصحي المسبق. يجب على كل شاهد رؤية الشاهد الآخر وهو يوقع على التوجيه الصحي المسبق.
 - يجب ألا يقل عمر الشاهدين عن 18 عاماً ويجب أن يتمتعا بالأهلية القانونية الكاملة.
 - يجب أن يكون أحد الشهود شخصاً مخوَّلاً ليشهد على الإقرارات القانونية.
- للحصول على قائمة مفصلة بالأشخاص المصرَّح لهم بالشهادة على الإفادات القانونية في أستراليا الغربية، يمكنك الرجوع إلى قانون القسم والإفادات المذيَّلة بقسم والإقرارات القانونية لعام 2005، الجدول 2 على موقع wa.gov.au/government/publications/authorised-witnesses-statutory-declarations.
- تتضمن القائمة المبسطة للأشخاص المصرَّح لهم ما يلي:

- أكاديمي (مؤسسة ما بعد الثانوية)
- محاسب
- مهندس معماري
- مسؤول قنصلي أسترالي
- مسؤول دبلوماسي أسترالي
- مأمور قضائي
- مدير بنك
- سكرتير معتمد
- صيدلاني
- مقوم العظام
- مدقق حسابات الشركة أو تصفية الشركة
- موظف محكمة
- ضابط في قوى الدفاع
- طبيب أسنان
- طبيب
- موظف انتخابات لعضو برلمان الدولة
- مهندس
- أمين منظمة صناعية
- وسيط التأمين
- مختار أو موثق عقود
- ضابط عقارات
- محامي
- الرئيس التنفيذي للحكومة المحلية أو البلدية، أو نائب الرئيس التنفيذي
- عضو في المجلس البلدي
- منظم الخسارة
- منظم عقود الزواج
- عضو في البرلمان
- قابلة قانونية
- كاهن أو شيخ أو قس
- ممرضة
- طبيب العيون
- اخصائي طب طوارئ
- محامي براءات الاختراع
- اخصائي علاج طبيعي
- طبيب الأقدام
- ضابط شرطة
- مدير مكتب البريد
- معالج نفسي
- كاتب العدل
- موظف حكومي (كومونولث أو ولاية)
- وكيل عقارات
- وكيل تسوية
- مامور أو نائب مأمور
- موظف مسح الأراضي
- معلم
- موظف لجنة تحكيم
- جراح بيطري.

عند تقديم تفاصيل عنوان شهودك، استخدم عنوان شارع وليس صندوق بريد (PO). يمكن أن يكون عنوان الشارع هو عنوان العمل أو مكان العمل أو عنوان منزل الشاهد.

راجع [الأسئلة المتداولة](#) في القسم 3: معلومات مفيدة للحصول على مزيد من المعلومات حول دور الشهود ومسؤولياتهم.

ماذا لو لم أتمكن من التوقيع على توجيهي الصحي المسبق؟

إذا لم تتمكن من التوقيع على التوجيه الصحي المسبق المكتمل، فيمكنك وضع علامة من أي نوع، بما في ذلك أول حرف من إسمك أو علامة الصليب أو بصمة الإبهام.

إذا كنت تستخدم علامة أخرى غير التوقيع، فستحتاج إلى إكمال بند دقة الهدف المقدم مع هذا الدليل وإرفاقه بالقسم 6 من التوجيه الصحي المسبق الخاص بك. إذا قمت بتضمين بند دقة الهدف، فمن المستحسن أن تطلب المشورة القانونية (محام أو خدمة قانونية مجتمعية).

راجع [الأسئلة المتداولة](#) في الجزء 3: معلومات مفيدة للحصول على مزيد من المعلومات حول تعبئة التوجيه الصحي المسبق إذا كنت تعاني من ضعف في البصر أو كنت غير قادر على القراءة أو الكتابة أو كليهما.



الجزء 3: معلومات مفيدة

يقدم هذا الجزء أسئلة متداولة وقائمة تحقق لإعداد وإكمال و الاحتفاظ بتوجيهك الصحي المسبق. ويشمل أيضاً مصطلحات سائدة والجهات التي تلجأ إليها للحصول على معلومات إضافية.

الأسئلة المتداولة

يقدم هذا القسم إجابات لبعض الأسئلة الشائعة حول إعداد التوجيه الصحي المسبق.

عام

متى سيتم استخدام توجيهي الصحي المسبق؟

لن يتم استخدام التوجيه الصحي المسبق الخاص بك إلا في الأوقات التي تكون فيها غير قادر على اتخاذ قرارات بشأن علاجك ورعايتك الصحية أو الإبلاغ عنها، وإذا كان ينطبق على العلاج الذي تحتاجه.

ما هي مدة صلاحية التوجيه الصحي المسبق الخاص بي؟

القرارات التي تتخذها في التوجيه الصحي المسبق الخاص بك صالحة:

- حتى تموت أو
- حتى تقوم بإبطال (إلغاء) التوجيه الصحي المسبق الخاص بك أو
- بينما تظل خيارات العلاج المدرجة في التوجيه الصحي المسبق الخاص بك ذات صلة. لن يتم تطبيق التوجيه الصحي المسبق الخاص بك على خيارات العلاج الجديدة التي قد تصبح متاحة بعد إكمال التوجيه الصحي المسبق.

إذا استخدمت نموذجاً قديماً للتوجيه الصحي المسبق الخاص بي، فهل لا يزال صالحاً؟

نعم. إذا قمت بإجراء توجيه صحي مسبق باستخدام إصدار قديم من النموذج قبل 4 شباط/فبراير 2023 واتبعت جميع المتطلبات القانونية لإكمال النموذج، فسيظل صالحاً.

هل يتعين علي تسجيل توجيهي الصحي المسبق؟

لا. لست ملزماً قانوناً بتسجيل التوجيه الصحي المسبق الخاص بك. من المستحسن أن تخبر الأشخاص المقربين منك ومن يشاركون في رعايتك أنك قد أصدرت توجيهاً صحياً مسبقاً وأن تشارك نسخة معهم. لمزيد من المعلومات، راجع ما الذي يجب أن أفعله بتوجيهي الصحي المسبق المكتمل؟

هل سيحتاج المهني الصحي دائماً إلى اتباع قراراتي الواردة في توجيهي الصحي المسبق؟

نعم. في معظم الحالات، إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات بشأن علاجك ورعايتك أو الإبلاغ عنها، فيجب على المتخصصين الصحيين اتباع القرارات الواردة في التوجيه الصحي المسبق الخاص بك، باستثناء بعض الاستثناءات المحدودة. قد يحدث استثناء محدود إذا:

- تغيرت الظروف ذات الصلة بقرار العلاج الخاص بك منذ أن اتخذت قرار العلاج، و
- لم يكن بإمكانك توقع هذه التغييرات بشكل معقول عندما قمت بإجراء التوجيه الصحي المسبق الخاص بك، و
- من المحتمل أن يغير شخص عاقل على علم بتغير الظروف رأيه بشأن قرار العلاج.

كم مرة ومتى يجب أن أراجع التوجيه الصحي المسبق الخاص بي؟

يوصى بمراجعة التوجيه الصحي المسبق الخاص بك كل سنتين إلى خمس سنوات، أو إذا تغيرت ظروفك. على سبيل المثال، إذا تم تشخيص إصابتك بمرض جديد مستمر و/أو يحد من الحياة، فقد تحتاج إلى مراجعة التوجيه الصحي المسبق الخاص بك قبل هذه المدة.

ما هو الفرق بين تخطيط الرعاية المسبقة، ونموذج القيم والتفضيلات، وخطة الرعاية المسبقة، والتوجيه الصحي المسبق؟

التخطيط المسبق للرعاية هو العملية التطوعية للتخطيط للرعاية الصحية والشخصية المستقبلية حيث يتم التعرف على قيمك ومعتقداتك وتفضيلاتك، لتوجيه عملية صنع القرار في وقت مستقبلي لا يمكنك فيه اتخاذ قراراتك أو التعبير عنها.

كجزء من هذه العملية، قد تختار إكمال مستند تخطيط الرعاية المسبقة لتسجيل قيمك ومعتقداتك وتفضيلاتك وقرارات العلاج الخاصة بك. في أستراليا الغربية، تتضمن وثائق تخطيط الرعاية المسبقة ما يلي:

- **نموذج القيم والتفضيلات: التخطيط لرعايتي المستقبلية**، هو مستند يمكنك من خلاله تسجيل ما تقدره وما تريده من أجل رعايتك في المستقبل، بما في ذلك المكان الذي تريد أن تعيش فيه، والأشياء الأخرى التي تهتمك. يمكن اعتبار هذا النموذج من توجيهات القانون العام (لمزيد من المعلومات، انظر أدناه [ما هو الفرق بين توجيه القانون العام والتوجيه الصحي المسبق؟](#))
- **خطة الرعاية المسبقة لشخص لا يتمتع بقدرة كافية على اتخاذ القرار** هي وثيقة مكتوبة نيابة عنك من قبل صانع (صناع) قرار معترف به وله علاقة وثيقة ومستمرة معك (أي الشخص الأعلى في التسلسل الهرمي لقرار العلاج- متخذو القرارات المتاحين والراغبين في اتخاذ القرارات). يمكن استخدام هذا المستند لإرشاد صانعي القرار والمهنيين الصحيين عند اتخاذ قرارات العلاج الطبي نيابة عنك، إذا لم يكن لديك توجيه صحي مسبق صالح أو نموذج قيم وتفضيلات. يجب استخدام هذه الخطة فقط عندما لا يكون لدى الشخص القدرة على اتخاذ القرار لإكمال نموذج القيم والتفضيلات أو التوجيه الصحي المسبق. هذا المستند هو مستند غير قانوني وليس مستنداً يمكن فيه لأي شخص إعطاء موافقة قانونية أو رفض العلاج. لا يتم الاعتراف بالمستندات غير القانونية بموجب تشريعات محددة.
- **التوجيه الصحي المسبق** عبارة عن سجل قانوني لقراراتك بشأن العلاج (العلاجات) الذي ترغب في تلقيه أو لا تريد تلقيه إذا أصبحت مريضاً أو مصاباً في المستقبل. لا يمكن إعداده إلا من قبل شخص أكبر من 18 عامًا قادراً على اتخاذ قراراته الخاصة والتعبير عنها. التوجيه الصحي المسبق هو مستند قانوني كما هو معترف به بموجب التشريع. المستندات القانونية هي الطريقة الأقوى والأكثر رسمية لتسجيل رغباتك.

ما هو الفرق بين "توجيه القانون العام" و"التوجيه الصحي المسبق"؟

توجيهات القانون العام هي اتصالات مكتوبة أو شفوية تنقل رغبات الشخص فيما يتعلق بالرعاية الصحية والشخصية المستقبلية التي سيتم توفيرها أو حجبها في ظروف مستقبلية محددة. لا توجد متطلبات رسمية فيما يتعلق بتوجيهات القانون العام. يمكن أن تكون هناك صعوبات كبيرة في إثبات أن توجيهًا معينًا للقانون العام صالح في القانون ويمكن اتباعه. لهذا السبب لا ينصح بتوجيهات القانون العام لاتخاذ قرارات العلاج.

التوجيه الصحي المسبق هو سجل قانوني لقراراتك بشأن العلاج (العلاجات) الذي تريده أو الذي لا ترغب في تلقيه إذا أصبحت مريضاً أو مصاباً في المستقبل. لا يمكن إعداد التوجيه الصحي المسبق إلا من قبل شخص أكبر من 18 عاماً وقادراً على اتخاذ قراراته الخاصة والتعبير عنها. التوجيه الصحي المسبق هو مستند قانوني كما هو معترف به بموجب التشريع. وتعتبر المستندات القانونية الطريقة الأقوى والأكثر رسمية لتسجيل رغباتك.

الشهادة والتوقعات والمشاركة

هل يمكنني أن أجبر على التوقيع على توجيه صحي مسبق رغماً عني؟

كلا. يجب اتخاذ جميع قرارات العلاج التي يتم اتخاذها في التوجيه الصحي المسبق طواعية. ويعتبر أي قرار بشأن العلاج قد تم اتخاذه ضد إرادتك تحت الإكراه أو الإكراه غير صالح.

إذا اشتبه أحد أفراد الأسرة أو أحد المهنيين الصحيين في أن التوجيهات الصحية المسبقة لم تصدر طواعية أو تأثرت بالإكراه أو الإكراه، فيجب تقديم طلب إلى المحكمة الإدارية للولاية بموجب قانون الوصاية والولاية لعام 1990 لتحديد الصلاحية (أو عدمها).

هل يمكنني أن أطلب من طبيبي أن يشهد على توجيهي الصحي المسبق؟

نعم. يمكنك أن تطلب من طبيبك أن يشهد على التوجيه الصحي المسبق الخاص بك. ويجب أن يوقع طبيبك كشاهد بحضور شاهد آخر (يجب أن يكون عمره أيضاً أكثر من 18 عاماً).

هل يمكنني مطالبة أحد أفراد الأسرة بأن يكون شاهداً على توجيهي الصحي المسبق؟

نعم. ومع ذلك، فمن المستحسن أن يتم اختيار شهود محايدين بدلاً من أفراد الأسرة.

هل يمكنني أن أطلب من المترجم الخاص بي أن يشهد على توجيهي الصحي المسبق؟

كلا. إذا استعنت بمترجم عند إعداد التوجيه الصحي المسبق الخاص بك، فلن يتمكن المترجم من أن يشهد على توقيعك على التوجيه الصحي المسبق.

هل أحتاج إلى إخبار الآخرين بأنني أعددت توجيهاً صحياً مسبقاً؟

يوصى بشدة بإخبار الأشخاص المقربين منك والأشخاص المشاركين في رعايتك بأنك قد أصدرت توجيهاً صحياً متقدماً وأن تشارك نسخة معهم. أخبرهم بالمكان الذي قمت فيه بتخزين التوجيه الصحي المسبق الخاص بك، حتى يتمكنوا من الوصول إليه بسهولة إذا لزم الأمر في المستقبل.

إضافات وتغييرات وإدراج معلومات وإبطال (الغاء) التوجيه

هل يمكنني تضمين صفحات إضافية في توجيهي الصحي المسبق؟

نعم. يمكنك إضافة المزيد من المعلومات إلى التوجيه الصحي المسبق الخاص بك طالما أنك تفعل ذلك قبل توقيعه والشهادة عليه. لا يمكنك إضافة صفحات إضافية بمجرد مشاهدة التوجيه الصحي المسبق الخاص بك والتوقيع عليه.

كيف أقوم بإضافة صفحات إلى التوجيه الصحي المسبق الخاص بي؟

لإضافة صفحات إلى التوجيه الصحي الخاص بك، تأكد من:

- استخدام نسقاً يتوافق مع الجزء المعني من التوجيه الصحي المسبق الذي تضيف صفحات إليه

- إذا كنت تضيف صفحات إلى القسم 4,2، فيمكنك استخدام الصفحات الإضافية للجزء 4,2 - قرارات العلاج الأخرى المتوفرة في هذا الدليل

- إذا كنت تضيف إفادة مترجم، فاستخدم إفادة المترجم المرفقة مع هذا الدليل وأرفقها بالقسم 5.1

- إذا كنت تضيف بند دقة الهدف، فاستخدم بند دقة الهدف المتوفر مع هذا الدليل وأرفقه بالقسم 6

• قم بإرفاق الصفحات الإضافية فعلياً (على سبيل المثال، باستعمال كباسة) لجمع الأوراق بالقسم ذي الصلة من التوجيه الصحي المسبق

• قم بالتوقيع على القسم السفلي من الصفحات الإضافية وتأريخها عند التوقيع على التوجيه الصحي المسبق (القسم 6) أمام شهودك.

تأكد من أن شهودك:

• وقّعوا على القسم السفلي من أي صفحات إضافية مرفقة بتوجيهك الصحي المسبق في نفس الوقت الذي يوقعون فيه على القسم 6.



هل يمكنني إجراء إضافات و/أو تغييرات على القرارات الواردة في التوجيه الصحي المسبق الخاص بي بعد توقيعه وتوقيع الشهود عليه؟

كلا. لا يمكنك إضافة و/أو تغيير القرارات الواردة في التوجيه الصحي المسبق الخاص بك بعد التوقيع والشهادة عليها.

إذا كنت بحاجة إلى تغيير التوجيه الصحي المسبق الخاص بك، فيجب عليك إبطال (أو إلغاء) توجيهك الصحي المسبق الحالي وإعداد توجيه آخر جديد.

ماذا يحدث إذا قمت بتغيير عنواني أو تفاصيل الاتصال الخاصة بي بعد توقيع التوجيه الصحي المسبق والشهادة؟

يظل توجيهك الصحي المسبق ساريًا إذا قمت بتغيير عنوانك و / أو تفاصيل الاتصال الخاصة بك. لا تحتاج إلى إبطال (إلغاء) توجيه الصحة المسبق الخاص بك إذا غيرت بياناتك الشخصية فقط. يمكنك ببساطة السماح للأشخاص الذين لديهم نسخة من التوجيه الصحي المسبق الخاص بك بمعرفة تفاصيلك الشخصية المحدثة.

كيف يمكنني إبطال (أو إلغاء) توجيهي الصحي المسبق؟

لإلغاء التوجيه الصحي المسبق، يجب أن تتمتع بالأهلية القانونية الكاملة. يوفر القانون ضمانات لضمان عدم إصدار التوجيهات الصحية المسبقة أو تعديلها أو إلغاؤها إذا كان الشخص لا يتمتع بالأهلية القانونية.

يوجد بيان في التوجيه الصحي المسبق يسمح لك بالإشارة إلى أنك تقوم بإلغاء إصدار سابق.

توصي وزارة الصحة بغرب أستراليا أن تكتب إلى الجميع (الأشخاص والمنظمات) لإخبارهم بأنك قد أبطلت (ألغيت) توجيهك الصحي المسبق. قد يشمل هذا طبيبك العام، والمهنيين الصحيين الآخرين، ومقدمي الرعاية الصحية، وأفراد الأسرة والأصدقاء الذين يحتفظون حاليًا بنسخة من التوجيه الصحي المسبق الخاص بك.

يجب على كل شخص لديه نسخة قديمة من التوجيه الصحي المسبق الخاص بك إعادتها إليك، ويجب عليك إتلاف النسخ القديمة.

هل يمكن أن يتضمن التوجيه الصحي المسبق إذنًا بالتبرع بالأعضاء والأنسجة؟

كلا، لا يمكن استخدام التوجيه الصحي المسبق لتسجيل اهتمامك رسميًا بالتبرع بالأعضاء والأنسجة. يجب تسجيل التبرع بالأعضاء والأنسجة رسميًا في donatelife.gov.au. ومن المهم أيضًا التحدث إلى أفراد أسرتك حول قراراتك بشأن التبرع بالأعضاء والأنسجة، حيث سيطلب من الأقارب الموافقة على ذلك في حالة وفاتك.

هل يمكنني الموافقة على الموت الطوعي بمساعدة في توجيهي الصحي المسبق؟

كلا، فالموت الطوعي بمساعدة (health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying) هو خيار قانوني لأهالي أستراليا الغربية الذين يستوفون معايير الأهلية المطلوبة. ولا يمكن تضمين الموت الطوعي بمساعدة في التوجيه الصحي المسبق، ولكن إذا كان هذا خياراً قد تفكر فيه، يمكنك التحدث مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك أو الاتصال بخدمة WA VAD Statewide Care Navigator Service. ، فملاحو الرعاية الذين يعملون في الخدمة هم من المهنيين الصحيين المؤهلين ولديهم ثروة من المعرفة فيما يتعلق بالموت الطوعي بمساعدة كخيار في نهاية العمر، ولديهم خبرة واسعة في دعم المرضى والأسر والمهنيين الصحيين.

هل التوجيهات الصحية المسبقة متوفرة بلغة أخرى غير الإنجليزية؟

كلا، فالتوجيه الصحي المسبق متاح باللغة الإنجليزية فقط ويجب أن تكون إجاباتك مكتوبة باللغة الإنجليزية لتكون صالحة. يتوفر هذا الدليل ومعلومات أخرى عن تخطيط الرعاية المسبقة بلغات متعددة. انظر healthwa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives لمزيد من المعلومات.

هل يمكنني الاستعانة بمترجم لمساعدتي في التوجيه الصحي المسبق الخاص بي؟

نعم، يمكنك الاستعانة بخدمات مترجم عند إجراء التوجيه الصحي المسبق. من المستحسن أن يكون المترجم مؤهلاً ومعتمداً في الترجمة. راجع [القسم 5.1 في الجزء 2: دليل خطوة بخطوة](#). يتضمن قسم "لمن تلجأ للحصول على مزيد من المعلومات" في هذا الدليل تفاصيل حول مكان العثور على خدمات المترجم.

هل يمكنني أن أطلب من طبيبي الاستعانة بمترجم فوري حتى تتمكن من مناقشة توجيهي الصحي المسبق؟

نعم. إذا كنت ترغب في مناقشة التوجيه الصحي المسبق الخاص بك مع طبيبك (أو أي متخصص صحي آخر مشارك في رعايتك)، فيمكنك طلب خدمة مترجم فوري. قد يكون المترجم في الغرفة معك أو قد يقوم بترجمة محادثتك عبر الهاتف.

ما الذي يجب أن أفعله أنا ومترجمي لإكمال التوجيه الصحي المسبق؟

يجب أن تقوم أنت ومترجمك بإكمال [إفادة المترجم](#) المقدمة مع هذا الدليل وإرفاقها بالقسم 5.1 من التوجيه الصحي المسبق المكتمل.

كيف يمكنني إعداد توجيهي صحي مسبق إذا كنت أعاني من ضعف البصر، أو إذا كنت غير قادر على القراءة والكتابة؟

عدم القدرة على القراءة والكتابة و/ أو التوقيع على اسمك لا يمنعك من إعداد توجيهي صحي مسبق. يمكنك أن تطلب من شخص ما قراءة التوجيه الصحي المسبق (وهذا الدليل) لك، ويمكنك طلب المساعدة لإكمال التوجيه الصحي المسبق.

إذا كنت غير قادر على التوقيع على التوجيه الصحي المسبق المكتمل، يمكنك أن تطلب من شخص آخر التوقيع عليه نيابة عنك. سيتعين على الشخص الذي قام بالتوقيع نيابة عنك إكمال الخيار الثاني في صفحة التوقيع في القسم 6.

إذا كنت ترغب في "التوقيع" على التوجيه الصحي المسبق بنفسك عن طريق وضع علامة من أي نوع، بخلاف التوقيع، فيجب عليك إكمال [بند دقة الهدف](#) المقدم مع هذا الدليل وإرفاقه بالقسم 6 من التوجيه الصحي المسبق الخاص بك. تنطبق نفس متطلبات الشهادة حتى لو استخدمت بند دقة الهدف.

إذا قمت بتضمين بند دقة الهدف، فمن المستحسن أن تطلب المشورة القانونية من محام أو خدمة قانونية مجتمعية. يوفر قسم "لمن تلجأ للحصول على مزيد من المعلومات" في هذا الدليل تفاصيل حول المكان الذي تلجأ إليه للحصول على المشورة القانونية.

علاجات تحافظ على الحياة

ما هو العلاج الذي يحافظ على الحياة؟

- العلاج الذي يحافظ على الحياة هو رعاية صحية تهدف إلى إبقاء الشخص على قيد الحياة و / أو البقاء على قيد الحياة إذا كان معرضاً لخطر الموت. تشمل أمثلة العلاج الذي يحافظ على الحياة ما يلي:
- الإنعاش القلبي الرئوي (الإنعاش القلبي الرئوي) (مثل العلاج للحفاظ على ضخ القلب عند توقفه عن النبض)
- التهوية المساعدة (على سبيل المثال، جهاز يساعد في التنفس من خلال قناع الوجه أو أنبوب التنفس)
- الترطيب الاصطناعي (مثل السوائل التي تُعطى عبر أنبوب في الوريد أو الأنسجة أو المعدة)
- التغذية الاصطناعية (مثل أنبوب التغذية من خلال الأنف أو المعدة)
- تلقي مواد الدم (مثل نقل الدم)
- المضادات الحيوية (مثل الأدوية التي تُعطى للمساعدة في مكافحة العدوى، تُعطى عن طريق الحقن الفموي أو الأنبوب بالتنقيط).

وكالة الوصاية الدائمة

ما هي وكالة الوصاية الدائمة؟

وكالة الوصاية الدائمة هي وثيقة قانونية تخوّل شخصاً تختاره أنت، لیتخذ قرارات هامة شخصية وقرارات تتعلق بنمط حياتك ورعايتك الصحية نيابة عنك إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات أو التعبير عنها بنفسك. ويُطلق على الشخص إسم وصي دائم، ويمكنك تفويضه لاتخاذ قرارات حول المكان الذي تعيش فيه، وخدمات الدعم التي تحصل عليها، والعلاج الذي تتلقاه. لا يمكنك تفويض وصي دائم لاتخاذ قرارات حول أملاكك أو شؤونك المالية. ويمكن أن يكون هناك أكثر من وصي دائم واحد ولكن يجب عليهم التصرف معاً مما يعني توصلهم إلى اتفاق حول أي قرارات يتخذونها نيابة عن موكلهم.

لمزيد من المعلومات عن "وكالة الوصاية الدائمة" والأوصياء الدائمين، راجع موقع "مكتب المدافع العام عن حقوق الأفراد"

justice.wa.gov.au/epg

إذا أعددت توجيهاً صحياً مسبقاً، فهل أحتاج إلى إجراء وكالة وصاية دائمة أيضاً؟

كلا. أنت غير ملزم بإعداد "وكالة وصاية دائمة" لمجرد أنك أعددت توجيهاً صحياً مسبقاً.

ومع ذلك، من خلال تعيين وصي دائم، ستزيد من احتمالية أن تعكس القرارات المتخذة نيابة عنك قيمك ومعتقداتك وتفضيلاتك إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ هذه القرارات أو التعبير عنها بنفسك.



النسخ المصدّقة والاحتفاظ بها

كيف يمكنني عمل نسخة مصدقة من توجيهي الصحي المسبق؟

النسخة المصدقة هي نسخة من مستند تم اعتماده كنسخة مباشرة من المستند الأصلي من قبل شاهد معتمد. لا يوجد تشريع في غرب أستراليا ينص على كيفية التصديق على نسخة من المستند و/أو من يمكنه القيام بذلك.

ومع ذلك، فمن المعتاد أن يتم التصديق على المستندات من قبل شخص مخوّل كشاهد للإقرارات القانونية بموجب الجدول 2 من قانون القسم والإفادات المذيّلة بقسم والإقرارات القانونية لعام 2005. لمزيد من المعلومات حول نسخ مصدقة من التوجيهات الصحية المسبقة الخاصة بك، راجع الموقع الإلكتروني لمكتب المدافع العام عن حقوق الأفراد على publicadvocate.wa.gov.au أو صحيفة وقائع معلومات وزارة العدل - تصديق نسخ من المستندات Justice.wa.gov.au

ماذا علي أن أفعل بتوجيهي الصحي المسبق المكتمل؟

يجب عليك الاحتفاظ بتوجيهك الصحي المسبق الأصلي في مكان آمن.

يمكنك تخزين نسخة من التوجيه الصحي المسبق الخاص بك على الإنترنت باستخدام My Health Record لتحميل توجيهات الصحة المسبقة الخاصة بك إلى My Health Record ، انتقل إلى digitalhealth.gov.au من المستحسن أن تخبر الأشخاص المقربين منك ومن يشاركون في رعايتك أنك قد أصدرت توجيهًا صحيًا مسبقًا. يمكنك مشاركة نسخة من التوجيه الصحي المكمل الخاص بك مع العديد من الأشخاص القريبين منك حسبما تشاء، وقد يشمل ذلك:

- العائلة والأصدقاء ومقدمي الرعاية
- الوصي الدائم أو الأوصياء الدائمون
- طبيب الصحة العامة/الطبيب المحلي
- متخصصين آخرين و/أو مهنيين آخرين في المجال الصحي
- مركز سكني لرعاية المسنين
- المستشفى المحلي
- اخصائيين قانونيين أو محامين.

وتستطيع أيضاً أن تدع الآخرين يعلمون بوجود توجيه صحي مسبق لديك، بواسطة استخدام ما يلي:

- قم بحمل بطاقة تنبيه لوجود "توجيه صحي مسبق" في محفظتك - تستطيع طلب بطاقة تنبيه بواسطة الاتصال بخط التخطيط المسبق للرعاية الصحية التابع لوزارة الصحة على الرقم 9222 2300 أو عبر الإيميل [.acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au)
- قم بوضع إسواراة المنبّه الطبي (medicalert.org.au) .

قم بإعداد لائحة للأشخاص الحائزين على نسخة من "التوجيه الصحي المسبق" وغيرها من المستندات ذات الصلة بالتخطيط للرعاية المسبقة. فهذه وسيلة جيدة لتتذكر بمن تتصل إذا قررت إلغاء مستنداتك في المستقبل.

قائمة التحقق لإعداد توجيه صحي مسبق

الإجراءات المكتوبة بالخط العريض مطلوبة لضمان صلاحية التوجيه الصحي المسبق الخاص بك.

اقرأ التوجيه الصحي المسبق واستخدم دليل التوجيه الصحي المسبق هذا للاستعداد وفهم ما يجب مراعاته عند إكمال التوجيه الصحي المسبق الخاص بك.

فكر في ما يهملك أكثر بشأن قيمك وصحتك ورعايتك الصحية وما الذي سيكون أكثر أهمية إذا اشتد مرضك أو أصيبت إصابة خطيرة في المستقبل.

تحدث إلى العائلة والأصدقاء المقربين حول ما هو مهم بالنسبة لك وعن قيمك وتفضيلاتك للرعاية الصحية، بما في ذلك الرعاية في نهاية الحياة.

اطلب من طبيبك أن يشرح لك خيارات العلاج الذي يحافظ على الحياة، المدرجة في التوجيه الصحي المسبق.

فكر فيما إذا كنت تريد تعيين وصي (أو أوصياء) دائم لتحمل مسؤولية القرارات المتعلقة بصحتك وأسلوب حياتك، ومن هو الشخص الذي تود تعيينه ثم تحدث معه عما تريده.

ضع في اعتبارك كيف يمكن أن يؤثر إعداد التوجيه الصحي المسبق على أي مستندات أخرى لتخطيط الرعاية المسبقة التي تكون قد أكملتها.

أكمل التفاصيل في التوجيه الصحي المسبق الخاص بك يدويًا أو اطبع في نموذج PDF الإلكتروني.

أكمل القسم 1 - بياناتي الشخصية.

اتخذ قرارًا علاجيًا واحدًا على الأقل في القسم 4 - قرارات العلاج الخاصة بتوجيهي الصحي المسبق.

إذا استعنت بخدمات مترجم لإعداد التوجيه الصحي المسبق، فأكمل القسم 5.1 وأكمل إفادة المترجم المقدمة مع هذا الدليل وأرفقها بالقسم 5.1 من التوجيه الصحي المسبق الخاص بك.

أكمل القسم 6 من خلال التوقيع على التوجيه الصحي المسبق بحضور شاهدين يبلغان من العمر 18 عامًا أو أكثر، بما في ذلك شخص واحد مخول للتوقيع كشاهد للإقرارات القانونية في غرب أستراليا.

إذا استخدمت علامة أخرى غير التوقيع للتوقيع على التوجيه الصحي المسبق، فأكمل بند الدقة المتوفر مع هذا الدليل وأرفقه بالقسم 6 من التوجيه الصحي المسبق الخاص بك.

قم بعمل نسخ مصدقة وقم بتحميل نسخة في سجلك الصحي الإلكتروني [My Health Record](https://myhealthrecord.gov.au) (myhealthrecord.gov.au) للتأكد من أن التوجيه الصحي المسبق الخاص بك متاح للمهنيين الصحيين المعالجين إذا لزم الأمر.

احتفظ بنموذج التوجيه الصحي المسبق الأصلي في مكان آمن.

قدم نسخًا مصدقة من التوجيه الصحي المسبق الخاص بك إلى أفراد العائلة والأصدقاء المقربين والأشخاص المشاركين في رعايتك.

خطط لوقت (من 2 إلى 5 سنوات) لمراجعة التوجيه الصحي المسبق الخاص بك أو قم بذلك على الفور إذا تغيرت ظروفك الصحية.

لمن تلجأ للحصول على مزيد من المعلومات

يوفر هذا الجزء قائمة بالمنظمات التي يمكنها مساعدتك في فهم التوجيه الصحي المسبق وإعداده.

التوجيهات الصحية المسبقة

خط معلومات التخطيط المسبق للرعاية - دوائر الصحة في غرب استراليا

للاستعلامات العامة وطلب موارد مجانية لتخطيط الرعاية المسبقة (مثل التوجيهات الصحية المسبقة)

هاتف: 9222 2300

إيميل: acp@health.wa.gov.au

الموقع الإلكتروني: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

خط المساعدة للرعاية المهدنة

المعلومات والدعم بشأن القضايا المتعلقة بالتخطيط المسبق للرعاية والرعاية المهدنة والتعامل مع مشاعر الأسى والفقد

الهاتف: 1800 573 299 (من 9 صباحًا إلى 5 مساءً كل يوم)

الموقع الإلكتروني: palliativecarewa.asn.au

الرعاية المهدنة WA

للاستعلامات العامة وطلب موارد حول ورش العمل المجتمعية المجانية لتخطيط الرعاية المسبقة

الهاتف: 1300 551 704 (من الاثنين إلى الخميس)

الموقع الإلكتروني: palliativecarewa.asn.au

خدمة الدعم المجانية للتخطيط المسبق للرعاية في أستراليا

للاستعلامات العامة من اخصائيي الصحة والمستهلكين وطلب الدعم في تكملة مستندات التخطيط المسبق للرعاية

الهاتف: 1300 208 582 (من الاثنين إلى الجمعة من 9 صباحًا حتى 5 مساءً بتوقيت شرق أستراليا)

الموقع الإلكتروني: advancecareplanning.org.au

وكالة الوصاية الدائمة

مكتب المدافع العام عن حقوق الأفراد

معلومات حول وكالة الوصاية الدائمة، والأوصياء الدائمون، وتقييم الأهلية القانونية

هاتف: 1300 858 455

إيميل: opa@justice.wa.gov.au

الموقع الإلكتروني: publicadvocate.wa.gov.au

المشورة الطبية

راجع طبيبك أو الاخصائي أو الطبيب المحلي للحصول على نصيحة

healthdirect أستراليا

يمكن أن توجهك خدمة الهاتف السرية للحصول على المشورة الصحية إلى طبيب عام محلي أو يمكنك التحدث إلى ممرضة مسجلة

الهاتف: 1800 022 222 (متاح في أي وقت، كل يوم من أيام السنة)

الموقع الإلكتروني: healthdirect.gov.au

المشورة القانونية

راجع محاميك أو محام آخر للحصول على نصيحة

جمعية المحامين في غرب أستراليا

الهاتف: 9324 8600

قسم الاستعلامات للإحالة لإيجاد محام: lawsocietywa.asn.au/find-a-lawyer

مكتب استشارات المواطنين

الهاتف: 9221 5711

الموقع الإلكتروني: cabwa.com.au

المراكز القانونية المجتمعية

الهاتف: 9221 9322

الموقع الإلكتروني: communitylegalwa.org.au

المساعدة القانونية في غرب أستراليا

الهاتف: 1300 650 579

الموقع الإلكتروني: legalaids.wa.gov.au

تطبيقات حول عمل وكالة دائمة للوصاية والتوجيه الصحي المسبق

محكمة الولاية الإدارية (SAT)

الهاتف: 1300 306 017

الموقع الإلكتروني: sat.justice.wa.gov.au

إذا كنت بحاجة لترجمة خطية أو فورية

إذا كنت تواجه صعوبة في فهم هذا الدليل وترغب في ترجمته إلى لغة أخرى، فإن معهد أستراليا الغربية للمترجمين والمترجمين الفوريين (WAITI) وهيئة الاعتماد الوطنية للمترجمين التحريريين والشفويين (NAATI) لديهما دليل على الإنترنت يدرج أسماء المترجمين والمترجمين الفوريين المؤهلين والمعتمدين والقادرين على مساعدتك. يمكنك أيضاً الاتصال بـ Aboriginal Interpreting WA.

خدمة الترجمة الأبوريغينية في غرب أستراليا

الهاتف: 0439 943 612

الموقع الإلكتروني: aiwaac.org.au

إذا كنت مصاباً بالصمم أو بضعف في السمع أو النطق

استعن بالخدمة الوطنية للتتابع من أجل الاتصال هاتفياً بأي من الوكالات المدرجة في هذا الجزء. لمزيد من المعلومات راجع الموقع: communications.gov.au/accesshub



يوفر هذا الجزء تعريف بالمصطلحات السائدة المستخدمة في "التوجيه الصحي المسبق".

التخطيط المسبق للرعاية

التخطيط المسبق للرعاية عملية تطوعية للتخطيط للرعاية الصحية والشخصية في المستقبل حيث يتم التعرف على قيم ومعتقدات وتفضيلات الشخص لتوجيه عملية اتخاذ القرارات في وقت لاحق عندما لا يستطيع هذا الشخص اتخاذ قراراته أو التعبير عنها.

مستندات التخطيط المسبق للرعاية

مصطلح عمومي يشمل مستندات (بما في ذلك المستندات القانونية وغير القانونية) والتي تكون حصيلة التخطيط المسبق للرعاية. وفي ولاية غرب أستراليا، هذا يشمل "التوجيهات الصحية المسبقة"، و"نموذج القيم والتفضيلات": التخطيط لرعايتي المستقبلية، ووكالات الوصاية الدائمة، وخطة الرعاية المسبقة للأشخاص الذين لا يتمتعون بقدرة كافية لاتخاذ القرارات.

خطة الرعاية المسبقة

مستندات يدون الشخص فيها معتقداته وقيمه وتفضيلاته المتعلقة بالقرارات حول رعايته في المستقبل، ولكنها لا تستوفي شروط إقرارها على أنها شرعية أو خاضعة للقانون العام نظراً لعدم كفاءة أو قدرة الشخص على اتخاذ القرارات بشكل كافٍ، أو كونها غير رسمية (مثل عدم ملاءمة تحديد هوية الشخص أو توقيعه وتحديد التاريخ). يمكن أن تكون خطة الرعاية المسبقة شفوية أو خطية، ولكن من المستحسن أن تكون خطية.

التوجيه الصحي المسبق

مستند قانوني يعده بشكل طوعي شخص راشد يتمتع بالأهلية القانونية الكاملة، ويركز على قيم الفرد وتفضيلاته بالنسبة لقرارات الرعاية المستقبلية، بما في ذلك النتائج المرجوة والرعاية المفضلة لديه.

ويحدّد هذا المستند العلاج أو العلاجات التي تستلزم الموافقة عليها أو رفضها في ظل ظروف محددة ولا يدخل حيز التنفيذ إلا إذا أصبح الشخص غير قادر على التعبير عن مشيئته.

الاهلية القانونية

يتمتع الشخص بالأهلية عندما:

- يدرك أي معلومات أو نصائح يتم تقديمها له للمساعدة في اتخاذ القرارات في التوجيه الصحي المسبق الخاص به
- يفهم التأثير (التأثيرات) المحتملة للقرارات التي يتخذها في التوجيه الصحي المسبق الخاص به على علاجه ورعايته في المستقبل
- يكون قادراً على الموازنة بين الإيجابيات والسلبيات المحتملة لقراراته المتعلقة بعلاجه ورعايته في المستقبل
- يكون قادراً على التعبير عن قراراته بشأن العلاج والرعاية الصحية في المستقبل بطريقة ما.

صورة مصدقة

صورة عن نسخة التوجيه الصحي المسبق الأصلية، يصادق عليها شاهد معتمد ويوقعها كونها صورة طبق الأصل عن نسخة التوجيه الصحي المسبق الأصلية التي تم توقيع الشهود عليها بشكل صحيح.

نهاية الحياة

الإطار الزمني الذي يعيش خلاله الشخص بحالة تقيّد حياته أو تكون مميتة. يُنظر إلى الأشخاص على أنهم يقتربون من نهاية العمر إذا كان من المحتمل أن يموتوا خلال الاثني عشر شهراً القادمة.

وكالة دائمة

وثيقة يسمّى فيها الشخص شخصاً يُعرف بالوكيل، لإدارة شؤونه المالية.

وكالة الوصاية الدائمة (EPG)

وكالة الوصاية الدائمة هي وثيقة قانونية يعيّن فيها الشخص وصياً دائماً عليه ليتخذ قرارات هامة شخصية وقرارات تتعلق بنمط الحياة والعلاج نيابة عنه في حال عدم قدرته على الحكم بشكل منطقي على هذه المسائل في المستقبل.

الوصي الدائم

شخص يتم تعيينه بموجب وكالة دائمة للوصاية لاتخاذ قرارات شخصية وقرارات حول نمط الحياة والعلاج والبحوث الطبية، نيابة عن موكله.

الرعاية الصحية

يمكن أن تشمل الرعاية الصحية العلاج الطبي، والعلاج الذي يحافظ على الحياة أو يطيل أمدها، والجراحة، وعلاج الصحة النفسية والعقلية، والأدوية، وعلاج الأسنان، ورعاية الأمومة، والرعاية الطارئة، والرعاية التمريضية، وطب القدم، والعلاج الطبيعي، وقياس البصر، والعلاج النفسي، والرعاية الصحية للسكان الأصليين، والعلاج الوظيفي، وغيرها من الخدمات التي يقدمها ممارسون في المجال الصحي مسجلون مثل الطب الصيني التقليدي.

إخصائي في مجال الصحة

أي مهني مسجل يمارس تخصصًا أو مهنة في المجال الصحي تتضمن تطبيق مجموعة تعليمية، بما في ذلك الشخص الذي ينتمي إلى مهنة محددة تحديداً بموجب التشريع.

مجتمع الميم +LGBTQIA

الأشخاص الذين يعرفون أنفسهم على أنهم مثليات ومثليون جنسياً ومزدوجو الميل الجنسي ومغايرو الهوية الجنسانية ومتحولون جنسياً وغيرهم من الميول الجنسية والهويات الجنسية المتنوعة.

تدابير أو علاج للحفاظ على الحياة

الإجراءات الطبية أو الجراحية أو التمريضية التي تحل محل وظيفة جسدية حيوية غير قادرة على العمل بشكل مستقل. ويشمل التدبير الذي يحافظ على الحياة التهوية المساعدة والإنعاش القلبي الرئوي.

البحث الطبي

البحث الذي يتم إجراؤه مع الأفراد أو عنهم، أو عن بياناتهم أو أنسجتهم، في مجال الطب أو الصحة، ويتضمن نشاطاً يتم إجراؤه لأغراض هذا البحث.

الرعاية المهدئة

رعاية صحية تركز على تحسين نوعية حياة الأشخاص الذين يعانون من مرض أو حالة تهدد حياتهم، بما في ذلك دعم أسرهم ومقدمي الرعاية لهم.

تدرك الرعاية المهدئة قيمة الشخص وفرادة خصوصيته وخصوصية عائلته، وتأخذ في الاعتبار الضيق الجسدي والاجتماعي والمالي والعاطفي والروحي، والذي يمكن أن يؤثر على تجربة الشخص ونتائج علاجه.

المُدافع العام عن حقوق الأفراد

موظف قانوني تم تعيينه بموجب قانون الوصاية والولاية لعام 1990 لحماية وتعزيز حقوق الأشخاص البالغين الذين يعانون من إعاقة في اتخاذ القرار.

محكمة الولاية الإدارية (SAT)

الهيئة القضائية التي تستمع بموجب قانون الوصاية والولاية لعام 1990، إلى المسائل المتعلقة بعمل وكالة الوصاية الدائمة والتوجيهات الصحية المسبقة.

قرار العلاج

قرار بالموافقة أو رفض الموافقة على بدء أو مواصلة أي علاج.

علاج عاجل

العلاج الذي يحتاجه المريض بشكل عاجل لإنقاذ حياته، أو لمنع حدوث أضرار جسيمة لصحته أو لتجنب المعاناة أو الاستمرار في المعاناة من الألم أو الضيق الشديد.

فيما يلي مصطلحات طبية مستخدمة في التوجيه الصحي المسبق.

مضادات حيوية

نوع من الأدوية يستخدم لعلاج الالتهابات.

ترطيب اصطناعي

يتم إعطاء السوائل عبر أنبوب في الوريد أو الأنسجة أو المعدة.

التغذية الاصطناعية

يُعطى الطعام عن طريق أنبوب تغذية عبر الأنف أو المعدة.

مواد الدم

يحتوي الدم على الكريات الحمر والكريات البيضاء والصفائح الدموية والأجسام المضادة والبروتينات التي تحافظ على الحياة مثل تلك التي تساعدنا على وقف النزيف. يشمل مصطلح "مواد الدم" أي منتجات مشتقة من أحد مكونات الدم.

نقل الدم

الدم أو مواد الدم التي يتم إعطاؤها عبر أنبوب في الأوعية الدموية للمريض.

الإنعاش القلبي الرئوي (CPR)

تدابير الطوارئ للحفاظ على ضخ القلب (عن طريق ضغط الصدر و/أو استخدام مزبل الرجفان) والتهوية المساعدة عند توقف القلب أو التنفس أو كلاهما.

العلاج الكيميائي

الأدوية المستخدمة في علاج السرطان. يشمل العلاج الكيميائي استخدام الأدوية لقتل الخلايا السرطانية أو وقف انتشارها في الجسم.

غسيل الكلى

إجراء يتم تنفيذه عادةً لدى مرضى الفشل الكلوي لإزالة الفضلات من الدم وتصحيح اختلال السوائل والذائبة.

مرض

مرض أو سؤم مصحوب بأعراض معينة ومحددة جيداً.

عناية مركزة

فرع من فروع الطب يهتم بتوفير دعم الحياة أو دعم الأعضاء للأشخاص المصابين بأمراض خطيرة والذين يحتاجون إلى مراقبة مكثفة. تُعرف أيضاً باسم طب الرعاية الحرجة.

التنبيب والتهوية

العمليات الطبية المستخدمة عندما يكون الشخص غير قادر على التنفس لنفسه. التنبيب هو مرور أنبوب (عادة من خلال فم الشخص) إلى رئتيه. التهوية هي عملية تمرير الهواء عبر الأنبوب.

وريدي

كلمة تعني "في الوريد". على سبيل المثال، السوائل الوريدية هي سوائل يتم إعطاؤها عن طريق الحقن أو بالتنقيط في أوردة الشخص.

مرض/حالة تحدّ من الحياة

مرض أو حالة أو إصابة من المحتمل أن تؤدي إلى الوفاة، ولكنها لا تقتصر على المرحلة النهائية عندما يكون الموت وشيكاً.

دواء لتخفيف الآلام

أي دواء يعطى لتخفيف الألم. يمكن إعطاء المسكنات من خلال مجموعة متنوعة من الوسائل بما في ذلك عن طريق الفم أو الحقن أو من خلال رقعة توضع على الجلد.

المريض

أي شخص يحتاج إلى علاج.

شلل

فقدان القدرة على استخدام أو التحكم في عضلات معينة في الجسم. غالباً ما يحدث الشلل بسبب تلف الأعصاب.

الإنتان

حالة مهددة للحياة تحدث عندما يتلف الجسم أنسجته وأعضائه استجابةً لعدوى. يمكن أن يؤدي الإنتان إلى الصدمة الإنتانية وفشل الأعضاء وحتى الموت إذا لم يتم تشخيص الإنتان وعلاجه مبكراً.

السكتة الدماغية

فقدان مفاجئ لوظيفة الدماغ ناتج عن انسداد أو تمزق أحد الأوعية الدموية في الدماغ، ويتميز بفقدان السيطرة على العضلات، أو ضعف أو فقدان الإحساس أو الوعي، أو الدوخة، أو التداخل في الكلام، أو أعراض أخرى تختلف باختلاف مدى وشدة تلف الدماغ.

أمثلة عن التوجيهات الصحية المسبقة

تقدم الصفحات التالية مثالاً على التوجيه الصحي المسبق المكتمل، ويمكنك الرجوع إليها لمساعدتك في إعداد وإكمال التوجيه الصحي المسبق الخاص بك.

لا تنسى أن إكمال التوجيه الصحي المسبق يستغرق وقتاً. ولكن لست مضطراً على إكماله دفعة واحدة، بل يمكنك إكماله في أجزاء.

الإدخالات المقدمة مع هذا الدليل

يتم توفير توجيه صحي مسبق فارغ كملحق مع هذا الدليل.

يتم أيضاً توفير صفحات إضافية للاستخدام في الحالات التالية:

- إذا كنت تحتاج إلى مساحة إضافية لإكمال القسم 4.2 - قرارات العلاج الأخرى
- إذا كنت قد استعنت بخدمات مترجم لإعداد التوجيه الصحي المسبق الخاص بك
- إذا كنت تستخدم علامة من أي نوع كانت للتوقيع على التوجيه الصحي المسبق الخاص بك.

تتوفر هذه المستندات أيضاً على الموقع. healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives



Advance Health Directive

This form is for people who want to make an Advance Health Directive in Western Australia.

To make an Advance Health Directive, you **must be 18 years or older and have full legal capacity.** Your Advance Health Directive is about your future treatment. It will only come into effect if you are unable to make reasonable judgements or decisions at a time when you require treatment.



Part 4 marked with this symbol, contains your treatment decisions. If you choose not to make any treatment decisions in Part 4, then the document is not considered a valid Advance Health Directive under the *Guardianship and Administration Act 1990*.

Please tick the box below to indicate that by making this Advance Health Directive you revoke all prior Advance Health Directives completed by you.

In making this Advance Health Directive, I revoke all prior Advance Health Directives made by me.

This form includes instructions to help you complete your Advance Health Directive. For more information on how to complete the form and to see examples, please read the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia*.

Before you make your Advance Health Directive, you are encouraged to seek medical and/or legal advice, and to discuss your decisions with family and close friends. It is important that people close to you know that you have made an Advance Health Directive and where to find it. Once you complete your Advance Health Directive, it is recommended that you:

- store the original in a safe and accessible place
- tell your close family and friends that you have made an Advance Health Directive and where to find it
- upload a copy of your Advance Health Directive to My Health Record – this will ensure that your Advance Health Directive is available to your treating doctors if it is needed
- give a copy of your Advance Health Directive to health professionals regularly involved in your healthcare (for example, your General Practitioner (GP), a hospital you attend regularly, and/or other health professionals involved in your care).

If English is not your first language, you may choose to engage a translator. Western Australian Institute of Translators and Interpreters (WAITI) and National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) have online directories which list qualified and credentialed translators able to assist you.



Advance Health Directive

Part 1: My personal details

You must complete this section

You **must** complete this section.

You **must** include the date, your full name, date of birth and address.

This Advance Health Directive is made under the **Guardianship and Administration Act 1990 Part 9B** on the:

of:	15th	(day)
	October	(month)
	2021	(year)
by:	Marie Catherine Richards	(name)

Full name	Marie Catherine Richards		
Date of birth	3rd October 1951		
Address	5 Richmond Street		
	Canning Vale	WA	6155
	Suburb	State	Postcode
Phone number	9000 0000		
Email	marierichards@gmail.com.au		

Part 2: My health

2.1 My major health conditions

Use Part 2.1 to list details about your major health conditions (physical and/or mental).

Cross out Part 2.1 if you do not want to complete it.

Please list any major health conditions below:

I was diagnosed with bowel cancer 7 years ago. I had surgery and chemotherapy.

I am in remission but have been told there is a chance the cancer may come back.

I also have high blood pressure and cholesterol. I am on medication for the blood pressure.

2.2 When talking with me about my health, these things are important to me

Use Part 2.2 to provide information about what is important to you when talking about your treatment.

This might include:

- How much do you like to know about your health conditions?
- What do you need to help you make decisions about treatment?
- Would you like to have certain family members with you when receiving information from your health professionals?

Cross out Part 2.2. if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you when talking to health professionals about your treatment:

I like to know as much as I can about all my health conditions.

It takes me a long time to understand what my GP and health professionals tell me in appointments. I like to take my son with me to appointments – he knows how best to explain everything to me.

Part 3: My values and preferences

This part encourages you to think about your values and preferences relating to your health and care now and into the future. This may help you to decide what future treatment decisions you want to make in Part 4: My Advance Health Directive Treatment Decisions.

In this part, you are not making decisions about your future treatment. Use Part 4 to make decisions about your future treatments.

Cross out any parts that you do not want to complete.

3.1 These things are important to me

Use Part 3.1 to provide information about what 'living well' means to you now and into the future.

This might include:

- What are the most important things in your life?
- What does 'living well' mean to you?

Cross out Part 3.1 if you do not want to complete it.

Please describe what 'living well' means to you now and into the future. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe:

My family and friends are the most important thing in my life. I also like to go to my local lawn bowls at the community centre where I have a regular group of friends that I bowl with every week. I would like to keep visiting them and bowling for as long as I can.

- Spending time with family and friends
- Living independently
- Being able to visit my home town, country of origin, or spending time on country
- Being able to care for myself (e.g. showering, going to the toilet, feeding myself)
- Keeping active (e.g. playing sport, walking, swimming, gardening)
- Enjoying recreational activities, hobbies and interests (e.g. music, travel, volunteering)
- Practising religious, cultural, spiritual and/or community activities (e.g. prayer, attending religious services)
- Living according to my cultural and religious values (e.g. eating halal, kosher foods only)
- Working in a paid or unpaid job

Part 3: My values and preferences

3.2 These are things that worry me when I think about my future health

Use Part 3.2 to provide information about things that worry you about your future health.

This might include:

- Being in constant pain.
- Not being able to make your own decisions.
- Not being able to care for yourself.

Cross out Part 3.2 if you do not want to complete it.

Please describe any worries you have about the outcomes of future illness or injury:

I have occasional aches and pains that come with being 70 years old but I really worry about constant pain. I don't think I could cope if I was always in pain.

I also worry about my family and friends not being able to understand me and about not being able to communicate as I have always done.

3.3 When I am nearing death, this is where I would like to be

Use Part 3.3 to indicate where you would like to be when you are nearing death.

When you are nearing death, do you have a preference of where you would like to spend your last days or weeks?

Cross out Part 3.3. if you do not want to complete it.

Please indicate where you would like to be when you are nearing death. Tick the option that applies you. You can provide more detail about the option you choose in the space below.

- I want to be at home – where I am living at the time
- I do not want to be at home – provide more details below
- I do not have a preference – I would like to be wherever I can receive the best care for my needs at the time
- Other – please specify:

Please provide more detail about your choice:

I would really like to stay at home for as long as possible. If my family find it too hard to look after me at home, then I understand it will be best if I move into a nursing home. I trust them to choose a home that is right for me.

Part 3: My values and preferences

3.4 When I am nearing death, these things are important to me

Use Part 3.4 to provide information about what is important to you when you are nearing death.

This might include:

- What would comfort you when you are dying?
- Who would you like around you?

Cross out Part 3.4 if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you and what would comfort you when you are nearing death. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe: *I grew up on a farm in the country so I would really like to visit the countryside and be near open spaces as I am nearing death.*

- I do not want to be in pain, I want my symptoms managed, and I want to be as comfortable as possible. (Please provide details of what being comfortable means to you)

- I want to have my loved ones and/or pets around me (Please provide details of who you would like with you)

I would like my sister, my children, grandchildren and my dog, Abbey, to be with me.

- It is important to me that cultural or religious traditions are followed (Please provide details of any specific traditions that are important for you)

- I want to have access to pastoral/spiritual care (Please provide details of what is important for you)

- My surroundings are important to me (e.g. quiet, music, photographs) (Please provide details of what is important for you.)

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions

This part of your Advance Health Directive contains treatment decisions in respect of your future treatment. A **treatment** is any medical or surgical treatment including palliative care and life-sustaining measures (such as assisted ventilation and cardiopulmonary resuscitation), dental treatment, or other healthcare.

A **treatment decision** in an Advance Health Directive is a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of any treatment and includes a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of the person's participation in medical research. This decision applies at any time you are unable to make reasonable judgements in respect of that treatment.

Treatment to which you consent in this Advance Health Directive can be provided to you. Treatment to which you refuse consent to in this Advance Health Directive cannot be provided to you. Your enduring guardian or guardian or another person cannot consent or refuse consent on your behalf to any treatment to which this Advance Health Directive applies.

It is recommended that you discuss your treatment decisions with your doctor before completing this part.

Cross out any parts if you do not want to complete them.

Note: You MUST make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions

Use Part 4.1 to indicate your instructions for future life-sustaining treatments.

You can give an overall instruction or list individual treatments that you consent or refuse consent to receiving in future. You can also list circumstances in which you consent or refuse consent to a particular treatment.

Life-sustaining treatments are treatments used to keep you alive or to delay your death.

Read all options before making a decision. The options are over 2 pages.

Cross out Part 4.1 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

If I do not have the capacity to make or communicate treatment decisions about my healthcare in the future, I make the following decisions about life-sustaining treatment:

Tick only one of the following options. If you choose Option 4, complete the table overleaf.

Option 1 **I consent to all** treatments aimed at sustaining or prolonging my life.

Or

Option 2 **I consent to all** treatments aimed at sustaining or prolonging my life unless it is apparent that I am so unwell from injury or illness that there is no reasonable prospect that I will recover to the extent that I can survive without continuous life-sustaining treatments. In such a situation, I withdraw consent to life-sustaining treatments.

Or

Option 3 **I refuse consent to all** treatments aimed at sustaining or prolonging my life.

Or

Option 4 **I make the following decisions about specific life-sustaining treatments as listed in the table below.** (Tick a box in each row of the table).

Or

Option 5 **I cannot decide at this time.**

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

**Please complete this table if you have ticked Option 4 above.
If you have ticked Option 1, 2, 3 or 5, do not complete this table.**

This table lists some common life-sustaining treatments. Use the boxes to indicate which treatments you consent to or refuse consent to receiving. You can also list circumstances in which you consent to treatment. There is also space for you to add any life-sustaining treatments not listed here.

Tick one box per row in the table below.

If you choose Option B for any treatments, please specify the circumstances in which you consent to the treatment.

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
CPR Cardiopulmonary resuscitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Assisted ventilation A machine that helps you breathe using a face mask or tube	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment? <i>Only if this treatment was temporary and if I could then return home, even with oxygen. I do not want to be permanently on a breathing machine in hospital or in a nursing home.</i>			
Artificial hydration Fluids given via a tube into a vein, tissues or the stomach	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Artificial nutrition A feeding tube through the nose or stomach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
Receiving blood products such as a blood transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Antibiotics Drugs given to help fight infection, given by mouth, injection or by drip tube	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Use the boxes below to list any other life-sustaining treatments you do/do not consent to receive:				
Other life-sustaining treatment (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Other life-sustaining treatment (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.2 Other treatment decisions

Use Part 4.2 to indicate your decisions for other (non-life-sustaining) treatments.

There are a range of other treatments that may be options for you in future.

Examples include treatments for mental health (e.g. electroconvulsive therapy) and drugs used to prevent certain health conditions (e.g. aspirin, cholesterol treatments).

When making the treatment decision, list the circumstances in which you want your decision to apply (e.g. in all circumstances, or specify particular circumstances).

A treatment decision only applies in the circumstances you specify.

Please ensure you indicate in the 'My treatment decisions' column whether you consent or refuse consent to any treatment you refer to.

If you need more space, use the blank My Advance Health Directive treatment decisions form provided as an insert with the Advance Health Directive form.

Cross out Part 4.2 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Health circumstances	My treatment decisions
<i>I have very high cholesterol</i>	<p><i>Do not give me cholesterol absorption inhibitors.</i></p> <p><i>I cannot tolerate the side effects.</i></p>

I have made more treatment decisions using the template and attached _____ (specify number of pages) additional pages.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research

Use Part 4.3 to provide treatment decisions about the types of medical research you consent or refuse consent to take part in, and any circumstances in which these decisions apply.

Taking part in medical research may be an option for you even if you are unable to make or communicate decisions.

A treatment decision may include deciding whether to start or continue to take part in medical research. Your involvement in medical research, and any treatments you receive as part of the medical research, must be consistent with what you have agreed in your Advance Health Directive. The decisions you make in your Advance Health Directive about participating in medical research only operate while you are alive.

If you do not make a decision about participation in medical research, Part 9E of the *Guardianship and Administration Act 1990* will operate as to how decisions will be made about participation in medical research.

Cross out Part 4.3 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Please tick a box showing whether you consent to taking part in the listed medical research activities and the circumstances in which you would consent. You may tick more than one circumstance for each research activity.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
The administration of pharmaceuticals or placebos (inactive drug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
The use of equipment or a device	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Providing health care that has not yet gained the support of a substantial number of practitioners in that field of health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Providing health care to carry out a comparative assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Taking blood samples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taking samples of tissue or fluid from the body, including the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any non-intrusive examination of the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A non-intrusive examination of height, weight or vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Being observed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Undertaking a survey, interview or focus group	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Collecting, using or disclosing information, including personal information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considering or evaluating samples or information taken under an activity listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Any other medical research not listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Part 5: People who helped me complete this form

5.1 Did you use the services of a translator when completing this form?

Use Part 5.1 to show whether you engaged a translator in completing this form.

If English is not your first language, you can engage a translator when completing this form.

If you engaged a translator when making this Advance Health Directive, you and your translator should complete the translator statement provided in the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia* and attach it to your Advance Health Directive.

Cross out Part 5.1 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	<input checked="" type="checkbox"/>	English is my first language – I did not need to engage a translator.
Option 2	<input type="checkbox"/>	English is not my first language – I engaged a translator when making this Advance Health Directive and I have attached a translator statement.
Option 3	<input type="checkbox"/>	English is not my first language – I did not engage a translator when making this Advance Health Directive.

Part 5: People who helped me complete this form

5.2 Have you made an Enduring Power of Guardianship (EPG)?

Use Part 5.2 to indicate whether you have made an Enduring Power of Guardianship (EPG) and provide details if relevant.

An Enduring Power of Guardianship (EPG) allows you to name and legally appoint one or more people to make decisions about your lifestyle and healthcare if you lose capacity.

A person you appoint to make decisions on your behalf is called an enduring guardian.

An enduring guardian cannot override decisions made in your Advance Health Directive.

Cross out Part 5.2 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	<input type="checkbox"/>	I have not made an Enduring Power of Guardianship.
Option 2	<input checked="" type="checkbox"/>	I have made an Enduring Power of Guardianship.

My EPG was made on:

	<input type="text" value="10th"/>	(day)
of:	<input type="text" value="March"/>	(month)
	<input type="text" value="2015"/>	(year)

My EPG is kept in the following place
(be as specific as possible):

<input type="text" value="The top drawer of my office drawers with my birth certificate."/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

I appointed the following person/s as my enduring guardian:

Name: Phone:

Joint Enduring Guardian (if appointed):

Name: Phone:

Substitute enduring guardian/s (if any):

Name: Phone:

Other substitute enduring guardian (if more than one):

Name: Phone:

Part 5: People who helped me complete this form

5.3 Did you seek medical and/or legal advice about making this Advance Health Directive?

Use Part 5.3 to indicate whether you obtained medical and/or legal advice before making this Advance Health Directive and provide details if relevant.

You are encouraged (but not required) to seek medical and/or legal advice to make an Advance Health Directive.

Cross out Part 5.3 if you do not want to complete it.

Medical advice

Option 1	<input type="checkbox"/>	I did not obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.
Option 2	<input checked="" type="checkbox"/>	I did obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained medical advice from:

Name:	Dr Alan Ng
Phone:	9000 0000
Practice:	Shepperton Road Family Practice

Legal advice

Option 1	<input checked="" type="checkbox"/>	I did not obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.
Option 2	<input type="checkbox"/>	I did obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained legal advice from:

Name:	
Phone:	
Practice:	

Part 6: Signature and witnessing

You must complete this section

- You **must** sign this Advance Health Directive in the presence of 2 witnesses. If you are physically incapable of signing this Advance Health Directive, you can ask another person to sign for you. You must be present when the person signs for you.
- 2 witnesses must be present when you sign this Advance Health Directive or when another person signs for you.
- Each of the witnesses must be 18 years of age or older and cannot be you or the person signing for you (if applicable).
- At least one of the witnesses must be authorised by law to take statutory declarations.
- The witnesses must also sign this Advance Health Directive. Both witnesses must be present when each of them signs. You and the person signing for you (if applicable) must also be present when the witnesses sign.

You must sign this form in the presence of 2 witnesses. Both witnesses must be present when you sign this form. The witnesses must sign in each other's presence.

Signed by: (signature of person making this Advance Health Directive)



Date: (dd/mm/year)

04/08/2022

Or

Signed by: (name of person who the maker of Advance Health Directive has directed to sign)

Date: (dd/mm/year)

In the presence of, and at the direction of: (insert name of maker of Advance Health Directive)

Date: (dd/mm/year)

Witnessed by a person authorised by law to take statutory declarations:

Authorised witness's signature:



Authorised witness's full name:

Georgina Tulloch

Address:

16 Wallock Street, West Leederville, WA 6007

Occupation of authorised witness:

Teacher

Date: (dd/mm/year)

04/08/2022

And witnessed by another person:

Witness's signature:



Witness's full name:

Robert Williams

Address:

45 Fort Avenue, Wembley, WA 6014

Date: (dd/mm/year)

04/08/2022

يمكن توفير هذا المستند في نماذج بديلة عند الطلب لشخص معاق
(اتصلوا بالرقم 9222 2300 أو acp@health.wa.gov.au).

© وزارة الصحة 2022

حقوق الطبع والنشر لهذه المادة مخرولة في ولاية أستراليا الغربية ما لم يُذكر خلاف ذلك. بصرف النظر عن أي تعامل عادل لأغراض الدراسة الخاصة أو البحث أو النقد أو المراجعة، كما هو مسموح به بموجب أحكام قانون حقوق النشر لعام 1968، لا يجوز إعادة إنتاج أو إعادة استخدام أي جزء لأي أغراض على الإطلاق دون إذن خطي من ولاية غرب أستراليا.