

Introduction to the Arabic translation of the POST form

POST is a medical order form that gives patients more control over their care during serious illness. POST is used to document a patient's treatment preferences as medical orders. It specifies the types of medical treatment that a patient does and does not want. The orders are signed by the patient, their legal representative, or proxy as well as by the treating practitioner (physician, advanced practice nurse, or physician assistant). POST is for patients with advanced chronic progressive illness, advanced frailty, terminal conditions, or those unlikely to benefit from cardiopulmonary resuscitation. It is not for healthy adults. Use of the POST is voluntary—a patient cannot be required to have a POST form.

This is an Arabic translation of the Indiana POST form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient's preferences documented on the POST form. The signed POST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For additional information in English, visit www.indianapost.org. Questions can be submitted through the "contact us" link on that same website.

مقدمة للترجمة العربية لنموذج POST

POST هو نموذج خاص بالأوامر الطبية يمنح المرضى المزيد من السيطرة على الرعاية المقدمة لهم عند معاناتهم لمرض خطير. يتم استخدام POST لتوثيق تفضيلات المريض الخاصة بالعلاج باعتبارها أوامر طبية. وهو يحدد أنواع العلاج الطبي التي يريدها المريض والتي لا يريدها. يتم توقيع الأوامر من قبل المريض أو ممثله القانوني أو الوكيل وكذلك من قبل الممارس المعالج (طبيب أو ممرض مسجل مؤهل للممارسة المتقدمة أو مساعد طبيب). POST يُستخدم للمرضى الذين يعانون من مرض مزمن متقدم ومتفاقم، أو ضعف متقدم، أو حالة مرضية في المرحلة النهائية، أو هؤلاء الذين من غير المرجح أن يستفيدوا من الإنعاش القلبي الرئوي (CPR). وهو ليس للبالغين الأصحاء. استخدام POST هو أمر اختياري— فالمرضى ليس مطالب بأن يكون لديه نموذج POST.

هذه ترجمة عربية لنموذج POST الخاص بولاية إنديانا. يتم استخدام النموذج المترجم لأغراض تعليمية فقط عند مناقشة تفضيلات المريض الموثقة في نموذج POST. ونموذج POST الذي يتم توقيعه يجب أن يكون باللغة الإنجليزية حتى يتمكن العاملون بالطوارئ من قراءة الأوامر واتباعها.

للحصول على معلومات إضافية باللغة الإنجليزية، قم بزيارة www.indianapost.org. يمكن إرسال الأسئلة من خلال رابط "اتصل بنا" على نفس الموقع الإلكتروني.

أوامر الطبيب بولاية انديانا بخصوص نطاق العلاج (POST) PHYSICIAN ORDERS FOR SCOPE OF TREATMENT

الترجمة تستند إلى نموذج الولاية 55317 (R5 / 1-23)
وزارة الصحة بولاية انديانا – IC 16-36-6



إرشادات: هذا النموذج يحتوي على أوامر أو تعليمات الطبيب بخصوص نطاق العلاج. ينبغي ملء النموذج بناءً على مناقشة حول الحالة الطبية الحالية للمريض وتفضيلاته. إنه أمر اختياري ولا يجوز مطالبة المريض بإكمال نموذج POST. ينبغي مراجعة نموذج POST كلما تغيرت حالة المريض. يجوز للمريض مطالبة مقدم الرعاية الصحية بإبطال نموذج POST في أي وقت. إذا كان المريض يفتقر إلى أهلية اتخاذ القرار، يجوز للممثل القانوني أو الوكيل (إذا لم يكن هناك ممثل قانوني) إكمال نموذج POST في أي وقت نيابة عن المريض و/أو مطالبة مقدم الرعاية الصحية بإبطال POST. إن ترك أي قسم فارغاً في النموذج يعني ضمناً العلاج الكامل لذلك القسم. يسمح قانون HIPAA بالإفصاح عن المعلومات للعاملين في مجال الرعاية الصحية بحسب ما هو ضروري للعلاج. النموذج الأصلي يعتبر ملكاً شخصياً للمريض. تعتبر النسخة المرسلّة بالفاكس أو الورقية أو النسخة الإلكترونية من هذا النموذج نموذجاً صالحاً.

الاسم الأخير للمريض (مطلوب)	الاسم الأول للمريض (مطلوب)	الحرف الأول للإسم الأوسط
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	رقم السجل الطبي	تاريخ الإعداد (الشهر/اليوم/السنة)
تحديد تفضيلات المريض: الأقسام التالية (من A إلى D) هي تفضيلات المريض الحالية الخاصة بنطاق العلاج.		
A	<p>الإنعاش القلبي الرئوي (CPR): المريض ليس لديه نبض ولا يتنفس. (مطلوب)</p> <p><input type="checkbox"/> حاول إنعاش المريض / CPR <input type="checkbox"/> لا تحاول إنعاش المريض / DNR</p> <p>عندما لا يكون هناك سكتة قلبية/توقف قلبي رئوي، اتبع الأوامر في B و C و D.</p>	ضع علامة على واحد
B	<p>التدخلات الطبية: إذا كان المريض لديه نبض ويتنفس أو لديه نبض ولا يتنفس.</p> <p><input type="checkbox"/> تدابير الراحة (السماح بالموت الطبيعي): هدف العلاج: تحقيق أقصى قدر من الراحة التي يمكن توفيرها للمريض من خلال التعامل مع الأعراض. تخفيف الألم والمعاناة من خلال استخدام أي دواء عبر أي طريق، الوضع المريح، والعناية بالجروح وغيرها من التدابير. استخدم الأكسجين والشفط والعلاج اليدوي لانسداد المسالك الهوائية حسب الحاجة لتوفير الراحة. لا يفضل المريض الانتقال إلى المستشفى للحصول على علاجات تديم الحياة. النقل إلى المستشفى فقط إذا كان لا يمكن تلبية احتياجات الراحة للمريض في الموقع الحالي.</p> <p><input type="checkbox"/> تدخلات إضافية محدودة: هدف العلاج: تحقيق استقرار الحالة الطبية. بالإضافة إلى الرعاية الموضحة في تدابير الراحة أعلاه، استخدم العلاج الطبي لتحقيق الاستقرار، سوائل عن طريق الوريد IV (إضافة أو تعويض السوائل) وجهاز مراقبة القلب كما يُوصى لتحقيق الاستقرار في الحالة الطبية. يجوز استخدام التقنيات الأساسية لمعالجة المسالك الهوائية والضغط الإيجابي غير الغازي على المسالك الهوائية. لا تستخدم التنبيب. النقل إلى المستشفى كما يُوصى لتدبير الاحتياجات الطبية أو الراحة. تجنب العناية المركزة إن أمكن.</p> <p><input type="checkbox"/> تدخل كامل: هدف العلاج: تدخلات كاملة بما في ذلك تدابير دعم الحياة في وحدة العناية المركزة. بالإضافة إلى الرعاية الموضحة في تدابير الراحة والتدخلات الإضافية المحدودة المذكورة أعلاه، استخدم التنبيب، والتدخلات المتقدمة المتعلقة بالمسالك الهوائية، وجهاز التنفس الصناعي كما يستدعي الأمر. النقل إلى المستشفى و/ أو وحدة العناية المركزة إذا استدعى الأمر لتلبية الاحتياجات الطبية.</p>	ضع علامة على واحد
C	<p>المضادات الحيوية:</p> <p><input type="checkbox"/> استخدم المضادات الحيوية للعدوى فقط إذا كان لا يمكن تحقيق الراحة بشكل كامل من خلال وسائل أخرى.</p> <p><input type="checkbox"/> استخدم المضادات الحيوية بما يتسق مع أهداف العلاج.</p>	ضع علامة على واحد
D	<p>التغذية بوسائل اصطناعية: تقديم الطعام والسوائل عن طريق الفم دائماً إذا كان ذلك ممكناً.</p> <p><input type="checkbox"/> عدم تقديم تغذية اصطناعية.</p> <p><input type="checkbox"/> فترة تجريبية تم تحديدها للتغذية الاصطناعية بواسطة الأنبوب. (مدة الفترة التجريبية: _____ الهدف: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> تغذية اصطناعية على المدى الطويل.</p>	ضع علامة على واحد
<p>أوامر إضافية اختيارية:</p>		
<p>صفحة التوقيعات: يتكون هذا النموذج من صفحتين. يجب أن تكون كلتا الصفحتين موجودتين. تتضمن الصفحة التالية التوقيعات المطلوبة لكي يعتبر نموذج POST نافذاً.</p>		

توقيع المريض أو الممثل القانوني أو الوكيل: لكي يكون نموذج POST نافذاً، يجب على المريض أو الممثل القانوني أو الوكيل توقيع وتاريخ النموذج أدناه.		
توقيع المريض أو الممثل القانوني أو الوكيل يشير توقيع أدناه إلى أن الطبيب، أو الممرض المسجل المؤهل للممارسة المتقدمة، أو مساعد الطبيب (أو من ينوب عنهم) قد ناقش معي الأوامر المذكورة أعلاه وأن الأوامر التي تم تحديدها تمثل بشكل صحيح القرارات التي تم اتخاذها أثناء المناقشة.		
التوقيع (مطلوب) XXXXXXXXXXXXXXXXXX	اكتب الاسم (مطلوب) XXXXXXXXXXXXXXXXXX	التاريخ (الشهر/اليوم/السنة) (مطلوب)
معلومات الاتصال الخاصة بالممثل القانوني أو الوكيل في القسم (E) (إذا كان ذلك ينطبق): إذا كان التوقيع الوارد أعلاه غير توقيع المريض، أضف معلومات الاتصال الخاصة بممثل المريض أو الوكيل.		
نوع الصلة أو العلاقة بالممثل أو الوكيل المحدد في القسم (E) إذا كان المريض فاقد الأهلية	العنوان (الرقم والشارع والمدينة والولاية والرمز البريدي)	رقم الهاتف
<p>أوامر الطبيب: لا يجوز تنفيذ نموذج POST إلا من قبل الطبيب المعالج للفرد أو ممرض مسجل مؤهل للممارسة المتقدمة أو مساعد طبيب، وذلك في الحالات التالية فقط:</p> <p>(1) إذا قرر الطبيب المعالج، أو الممرض المسجل المؤهل للممارسة المتقدمة، أو مساعد الطبيب أن: (أ) الفرد هو شخص مؤهل؛ (ب) أن الأوامر الطبية الواردة في نموذج POST الخاص بالفرد معقولة ومناسبة له من الناحية الطبية؛ و</p> <p>(2) كان الشخص المؤهل، أو الممثل، أو الوكيل قد قام بتوقيع وتاريخ نموذج POST الشخص المؤهل هو فرد يعاني على الأقل من شيء واحد (1) مما يلي: (1) مرض مزمن متقدم ومتفاقم. (2) ضعف مزمن متقدم ومتفاقم. (3) حالة مرضية بسبب إصابة أو مرض، مع وجود درجة معقولة من اليقين الطبي بأنه: (أ) لا يمكن التعافي منها؛ و (ب) أن الوفاة ستحدث من جراء الحالة في غضون فترة قصيرة دون توفير إجراءات إطالة الحياة.</p> <p>(4) حالة طبية بحيث أنه، في حال تعرض الشخص لفشل قلبي أو رئوي، فإن الإنعاش سيكون غير ناجحاً أو خلال فترة قصيرة سيتعرض الشخص لفشل قلبي أو رئوي متكرر مما يؤدي إلى الوفاة.</p>		
توثيق المناقشة: تم مناقشة الأوامر مع (ضع علامة على واحد): <input type="checkbox"/> المريض (المريض لديه الإمكانية) <input type="checkbox"/> ممثل الرعاية الصحية <input type="checkbox"/> وصي قانوني <input type="checkbox"/> والد أو والدة فرد قاصر <input type="checkbox"/> شخص لديه توكيل خاص بالرعاية الصحية <input type="checkbox"/> وكيل		
توقيع الطبيب المعالج أو الممرض المسجل المؤهل للممارسة المتقدمة (APRN) أو مساعد الطبيب (PA) يشير توقيع أدناه إلى قيامي أنا أو من ينوب عني بالتداول مع المريض، أو ممثله، أو الوكيل بشأن الأهداف الخاصة بالمريض وخيارات العلاج المتاحة له بناءً على صحته. يشير توقيع أدناه إلى أنه إلى حد علمي فهذه الأوامر تتسق مع حالة المريض الطبية وتفضيلاته الحالية.		
توقيع الطبيب المعالج / APRN / PA (مطلوب) XXXXXXXXXXXXXXXXXX	اكتب اسم الطبيب المعالج / APRN / PA (مطلوب) XXXXXXXXXXXXXXXXXX	التاريخ (الشهر/اليوم/السنة) (مطلوب)
رقم هاتف مكتب الطبيب / APRN / PA	رقم رخصة الطبيب / APRN / PA	إحصائي الرعاية الصحية الذي يقوم بإعداد النموذج إذا كان شخص آخر غير الطبيب / APRN / PA
<p>تعيين ممثل الرعاية الصحية: بصفتك مريضاً لديك خيار تعيين ممثل ليكون بمثابة ممثل عنك بالنسبة لشؤون الرعاية الصحية وذلك بموجب قانون انديانا 16-36-7 IC. لست ملزماً بتعيين ممثل رعاية صحية كي يعتبر نموذج POST نافذ المفعول. نشجعك على استشارة محاميك أو أي فرد مؤهل آخر بشأن التوجيهات المسبقة المتاحة لك. يمكن العثور على النماذج والمعلومات الإضافية حول التوجيهات المسبقة على موقع IDOH الإلكتروني على https://www.in.gov/health/cshcr/indiana-health-care-quality-resource-center/advance-directives-resource-center/</p>		