

# توجيهات الرعاية الصحية (أو "الوصية الحية")



## ماهي توجيهات الرعاية الصحية؟

هي استمارة تسمح لك بتوضيح نوع العلاجات الطبية التي ترغب أو لا ترغب في تلقيها إذا كنت مريض عضال أو لديك فقدان وعي دائم ولا تستطيع أخذ قرارات بنفسك. هي تسمح لك أيضًا بكتابة قيم الرعاية الصحية الخاصة بك.

## ما هي قيم الرعاية الصحية؟

هي رغباتك وتفضيلاتك للرعاية الصحية، تشمل رغباتك الدينية والأخلاقية والشخصية فيما يخص الرعاية التي تتلقاها. يجب عليهم أن يوجهوا قرارات الرعاية الصحية المتخذة نيابة عنك عندما لا تستطيع أخذ قرارات بنفسك في جميع المواقف، ليس فقط إذا كنت مريض عضال أو لديك فقدان وعي دائم.

أمثلة:

- "أنا قلق من الشعور بالاختناق. أرجوكم، افعلوا كل ما بوسعكم لتخفيف هذا الضغط عني."
- "أستطيع تحمل مستوى منخفض من الألم، ولكن الأهم بالنسبة لي هو الحفاظ على صفاء ذهني."
- "الأهم بالنسبة لي هو أن أعيش حياة جيدة، حتى لو لم يكن ذلك يعني تلقي الكثير من العلاج."
- "ما يعني لي أكثر هو أن أكون في مستشفى يقدم رعاية ممتازة."
- "لا يوجد شيء يضاهي شعور التواجد في الهواء الطلق بالنسبة لي. إنه يجعل الحياة تستحق أن تعاش حقًا. إذا لم تسمح لي حالتي الصحية بالتواجد في الهواء الطلق، إنني لا أجد لحياتي معنى."
- "مهم لي أن أستطيع التعرف على عائلتي وأودعهم."
- "أريد أن أقضي أيامي الأخيرة في المنزل."
- "في منطقتي، نحن . . . (قم بوصف تقاليدك الدينية طبقًا للرعاية الصحية)."
- "أحب موسيقى الجاز وأحب الاستماع إليها كلما كان ذلك ممكنًا."

## هل تنص استمارة توجيهات الرعاية الصحية الخاص بي على من سيتخذ القرارات نيابة عني؟

لا، أنت تحتاج إلى نموذج **توكيل رسمي دائم** للقيام بذلك يسمح لك نموذج التوكيل الرسمي الدائم باختيار صديق موثوق أو قريب لمساعدتك في اختيارات الرعاية الصحية. يمكنك إيجاد نماذج التوكيل الرسمي الدائم على [WashingtonLawHelp.org](http://WashingtonLawHelp.org). يمكنك استكمال نموذج توكيل رسمي دائم مع وصية الرعاية الصحية الخاصة بك في نفس الوقت على [موقع نماذج واشنطن](http://موقع نماذج واشنطن). لمعرفة المزيد وإيجاد نماذج مطبوعة على [صفحة التوكيل الرسمي الدائم الخاصة بنا](http://صفحة التوكيل الرسمي الدائم الخاصة بنا).

## هل مازال يمكنني أخذ القرارات الخاصة بي؟

نعم! مازال يمكنك أخذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك إذا كان لديك القدرة. يمكنك أيضاً تغيير أو إلغاء توجيهك في أي وقت.

## هل يحتاج نموذج توجيهات الرعاية الصحية أن يوثق؟

من الأفضل أن توقع على نموذج توجيهات الرعاية الصحية الخاص بك أمام كاتب العدل. في حال تعذر عليك إيجاد كاتب عدل، يجوز لك التوقيع أمام شاهدين اثنين "غير ذوي مصلحة"

## ما الذي يتعين عليّ فعله بعد توقيعها؟

قم بإعطاء نسخ لمزودك الطبي ووكيلك وصديق موثوق أو قريب. استشر مستشفاك المحلي بشأن إمكانية حفظ نسخة من هذا النموذج في ملفك الطبي.

## هل هناك أي أنواع أخرى من التوجيهات؟

نعم. يوجد هناك توجيهات رعاية صحية تسمح لك بتحديد نوع الرعاية التي تحتاجها إذا كان لديك إعاقة عقلية أو خرف. يمكنك إيجاد توجيهات أخرى على [WashingtonLawHelp.org](http://WashingtonLawHelp.org).

ماذا إذا كنت بحاجة إلى مساعدة قانونية؟

- للتقديم عبر الإنترنت - [nwjustice.org/apply-online](http://nwjustice.org/apply-online)
  - هل تواجه مشكلة قانونية في مقاطعة كينج (بخلاف الإخلاء أو الحجز العقاري)؟ اتصل على 1-1-2 (أو الرقم المجاني 1-877-211-9274) جميع أيام الأسبوع 8:00 صباحًا - 6:00 مساءً. ستتم إحالتك لتلقي المساعدة من أحد مقدمي المساعدة القانونية.
  - هل تواجه مشكلة قانونية خارج مقاطعة كينج (بخلاف الإخلاء أو الحجز العقاري)؟ اتصل بالخط الساخن CLEAR على الرقم 1-888-201-1014 في أيام الأسبوع بين 9:15 صباحًا - 12:15 ظهرًا أو قدم طلبًا عبر الإنترنت على [nwjustice.org/apply-online](http://nwjustice.org/apply-online).
  - هل ستعرض إلى الطرد من منزلك؟ اتصل على 1-855-657-8387
  - هل سيتم الحجز على منزلك؟ اتصل على 1-800-606-4819
  - يمكن أيضًا لكبار السن (الذين تبلغ أعمارهم 60 عامًا أو أكثر) ممن لديهم مشكلة قانونية خارج مقاطعة كينج، يمكنك أيضًا الاتصال بـ CLEAR\*Sr على الرقم 1-888-387-7111.
- يمكن للمتصلين من الصم أو ضعاف السمع أو ضعاف النطق الاتصال بأي من هذه الأرقام باستخدام خدمة الترحيل التي تختارها.
- يتم توفير المترجمين الفوريين.

---

يوفر هذا المنشور معلومات عامة بشأن حقوقك ومسؤولياتك. وليس الهدف منه استخدامه بديلاً عن مشورة قانونية محددة.

© 2024 مشروع العدالة في الشمال الغربي — 1-888-201-1014.

(تم منح إذن النسخ والتوزيع لتحالف العدالة المتساوية وللأفراد لأغراض غير تجارية فقط.)

## توجيهات الرعاية الصحية لـ: (Health Care Directive of:)

[اسمي/My Name]

I am of sound mind and body, and voluntarily execute this health care directive. If I cannot make decisions for myself, my relatives, friends, agents, and medical providers should fully honor every part of this directive. If any part of this directive is invalid, the rest should be honored. I revoke any health care directives I have signed in the past.

**Health Care Values:** The following wishes and preferences should guide all decisions made about my care:

### What makes my life worth living.

Some terminal or serious conditions may stop me from **ever** doing the things that make life worth living for me. In that situation, I want you to stop all treatment except comfort care, pain relief and palliative care if I **cannot ever again**:

Recognize my close friends and family in any meaningful way

exercise

be outdoors

read

watch tv shows/movies

do the following: \_\_\_\_\_

أنا بكامل قواي العقلية والجسدية، وأقوم بتنفيذ توجيهات الرعاية الصحية طواعية. إذا لم أستطع اتخاذ قرارات بنفسي، فيجب على أقربائي وأصدقائي ووكلائي ومقدمي الرعاية الطبية أن يحترموا كل جزء من هذه التوجيهات. إذا كان أي جزء من هذه التوجيهات غير صالح، فيجب أن يتم احترام الباقي. ألغي أي توجيهات رعاية صحية قد وقعتها في الماضي.

1. **قيم الرعاية الصحية:** يجب أن توجه الرغبات والتفضيلات التالية جميع القرارات المتخذة بشأن رعايتي:

أ. ما يجعل حياتي تستحق العيش.

قد تمنعني بعض الحالات الخطيرة والمستعصية من القيام بالأشياء التي تجعل الحياة تستحق العيش. في تلك الحالة، أريد في وقف جميع أنواع العلاج ما عدا الرعاية التلطيفية وتسكين الألم والرعاية المخففة إذا لم أستعد القدرة على ذلك مطلقاً.

التعرف على أصدقائي المقربين وعائلتي بأي طريقة

التدريب

البقاء بالخارج

القراءة

مشاهدة الأفلام والبرامج التلفزيونية

افعل الآتي: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Life is always worth living. Do everything you can to keep me alive.

**My hopes.** In my last days, I hope to spend my time:

With my close friends and family: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

With the following comfort items and/or pets: \_\_\_\_\_

Eating/drinking the following items, if possible: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Listening to the following music: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pain Management.** In my last days, I hope to balance pain management and mental clarity in this way:

I hope to spend my time in as little pain as possible, even if I'm not mentally clear.

غير ذلك:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

الحياة دائماً تستحق العيش. افعل كل شيء يمكنك فعله لإبقائي على قيد الحياة.

ب. آمالي. في أيامي الأخيرة، أتمنى أن أقضي وقتي:

مع أصدقائي المقربين وعائلتي:

\_\_\_\_\_

مع مقتنيات المريحة و/أو حيواناتي الأليفة التالية:

\_\_\_\_\_

أكل/ شرب العناصر التالية، إذا كان ممكن:

\_\_\_\_\_

الاستماع إلى الموسيقى التالية:

\_\_\_\_\_

غير ذلك:

\_\_\_\_\_

ج. إدارة الألم. في أيامي الأخيرة، أمل أن أوازن بين السيطرة على الألم والصفاء الذهني بهذه الطريقة:

أمل أن أمضي وقتي بأقل قدر ممكن من الألم، حتى لو لم أكن صافيّ الذهن.

Please balance my ability to communicate and remain present with my family against the amount of pain in providing relief. I can tolerate some amount of pain (check on the scale below) in exchange for more mental clarity.

Hardly notice pain

بالكاد تلاحظ الألم = 1

Notice pain does not interfere with activities

ملاحظة الألم لا تتداخل مع الأنشطة = 2

Sometimes distracts me

تقوم أحياناً بتشتيتي = 3

Distracts me, can do usual activities

تشتتني، ولكن أستطيع القيام بالأنشطة المعتادة = 4

Interrupts some activities

تقاطع بعض الأنشطة = 5

Hard to ignore, avoid usual activities

صعب تجاهلها، وأتجنب الأنشطة المعتادة = 6

Focus of attention, prevents doing daily activities

تركيز الانتباه، تمنعني من القيام بالأنشطة اليومية = 7

Awful, hard to do anything

مروع، يصعب القيام بأي شيء = 8

Can't bear the pain, unable to do anything

لا أستطيع تحمل الألم، لا أستطيع القيام بأي شيء = 9

As bad as it could be, nothing else matters

بغض النظر عن مدي السوء، لا يهم شيء آخر = 10

**My fears.** There are situations or treatments I am concerned about and want to prevent or avoid if possible.

د. **مخاوفي.** يوجد مواقف و علاجات أشعر بالقلق بشأنها وأريد منعها أو تجنبها إذا كان ذلك ممكن.

I have a fear of (examples: shortness of breath, thirst, choking sensation, nausea, headaches): \_\_\_\_\_

لدي خوف من (على سبيل المثال: ضيق التنفس، العطش، الشعور بالاختناق، الغثيان، الصداع): \_\_\_\_\_

Please do everything possible to relieve me of that feeling through comfort care.

من فضلكم، قوموا بكل ما في وسعكم لتخفيف هذا الشعور عني من خلال الرعاية التلطيفية.

I don't want to spend our life savings on my final illness. Please provide the least costly comfort care for my end-of-life care.

Other: \_\_\_\_\_

**Where I want to be.** I would like to receive care in the following place/s if possible:

My home.

Hospice care.

An assisted living facility.

An adult family home.

A nursing home.

A hospital.

I know that it may not be possible for me to receive care where I want, given my needs and circumstances at the time. I trust my healthcare decision-maker/s and know that they will make the best decisions for me after considering my values, and consulting with my loved ones and care providers.

Other: \_\_\_\_\_

**Other things to know about me:**

I would like my friends and family to be notified of my condition and given an opportunity to visit me to say goodbye.

لا أريد أن أنفق مدخرات حياتنا على مرضي الأخير. يرجى تقديم الرعاية التلطيفية الأقل تكلفة لرعايتي في نهاية حياتي.

غير ذلك: \_\_\_\_\_

**هـ. أين أريد أن أكون.** أريد في تلقي الرعاية في الأماكن التالية إذا أمكن:

منزلي.

دار رعاية المسنين.

مرفق الرعاية الدائمة.

منزل رعاية كبار السن.

دار رعاية المسنين.

المستشفى.

أدرك أن حصولي على الرعاية التي أريد فيها، في المكان الذي أفضله، قد لا يكون متاحًا دائمًا بسبب احتياجاتي وظروفي في ذلك الوقت. أتق بمتخذي قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي وأعلم أنهم سيتخذون القرارات الأفضل بالنسبة لي بعد النظر في قيمي ومشورة أحبائي ومقدمي الرعاية.

غير ذلك: \_\_\_\_\_

**ف. أشياء أخرى لتعرفها عني:**

أود أن يتم إخبار أصدقائي وعائلتي بحالتي وإعطائهم الفرصة لزيارتي وتوديعي.

I would like to be kept alive for a short period of time if needed to allow friends and family time to travel and say goodbye.

أود أن أبقى على قيد الحياة لفترة قصيرة من الوقت إذا لزم الأمر للسماح لأصدقائي وعائلتي بالسفر وتوديعي.

If possible, I would like to be able to look out a window or see nature during my last days.

إذا أمكن، أتمنى أن أستطيع النظر من النافذة أو رؤية الطبيعة خلال أيامي الأخيرة.

My religious or cultural traditions require the following practices around health care and end of life care:

بموجب معتقداتي الدينية أو الثقافية، تُوجب عليّ الممارسات التالية فيما يخص الرعاية الصحية ورعاية نهاية الحياة:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

غير ذلك: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Terminal Illness or Permanent

**Unconscious Condition.** If my attending physician diagnoses me with a terminal condition or two physicians determine that I am in a permanent unconscious condition, and if my physician/s determine that life-sustaining treatment would only artificially prolong the process of dying, I want:

2. **مرض العضال أو حالات فقدان الوعي الدائم.** إذا قام طبيبي المعالج بتشخيصي بحالة عضال أو قرر الطبيبان المعالجان أنني في حالة فقدان وعي بشكل دائم، أو قرر المعالج أن علاج مدى الحياة سيقوم فقط بإطالة أمد الموت بشكل مصطنع، أريد:



**Comfort Care and Pain Medication.** If I appear to be experiencing pain or discomfort, I want treatment and medications to make me comfortable, even if my medical providers believe it might unintentionally hasten my death.

**Withdraw Artificial Life Support.**

The following treatment should be **withheld** or **withdrawn** from me:

Artificial nutrition

التغذية الاصطناعية

Artificial hydration

الترطيب الاصطناعي

Artificial respiration (ventilator)

التنفس الاصطناعي (جهاز تنفس صناعي)

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), including artificial ventilation, heart regulating drugs, diuretics, stimulants, or any other treatment for heart failure

الإنعاش القلبي الرئوي (الإنعاش)، بما في ذلك التنفس الصناعي، وأدوية تنظيم ضربات القلب، ومدرات البول، والمنشطات، أو أي علاج آخر لفشل القلب.

Surgery to prolong my life or keep me alive

جراحة لإطالة حياتي أو إبقائي على قيد الحياة

Blood dialysis or filtration for lost kidney function

غسيل الكلى أو الترشيح لاستعادة وظيفة الكلى المفقودة

Blood transfusion to replace lost or contaminated blood

نقل الدم لاستبدال الدم المفقود أو الملوث

Medication used to prolong life, not for controlling pain

تستخدم الأدوية لإطالة الحياة، ليس للتحكم بالألم

Any other medical treatment used to prolong my life or keep me alive artificially

تستخدم أي أدوية طبية أخرى لإطالة حياتي أو إبقائي على قيد الحياة بشكل مصطنع

اسمي: (My name: )

تاريخ ميلادي: (My date of birth:)

**Health Care Institutions.** If I am admitted to a hospital or other medical institution that will not honor this directive due to religious or other beliefs: (1) my consent to admission is not implied consent to treatment, and (2) I want to be transferred as soon as possible to a hospital or other medical institution that will honor my directive.

**Changes and Cancellation.** I understand that I can change the wording of this directive before I sign it. I also understand that I can cancel this directive at any time.

3. **مؤسسات الرعاية الصحية.** إذا دخلت إلى مستشفى أو مؤسسة طبية لا تحترم هذه التوجيهات بسبب الدين أو معتقدات أخرى: (1) موافقتي على الدخول للمستشفى لا تعني موافقتي الضمنية للعلاج، و(2) أريد أن يتم نقلي بأسرع وقت ممكن إلى مستشفى أو مؤسسة طبية تحترم توجيهاتي.

4. **التغيرات والإلغاء.** أدرك أنني يمكنني تغيير كلمات هذا التوجيه قبل التوقيع. أدرك أيضاً أنني يمكنني إلغاء هذا التوجيه في أي وقت.

توقيعي (أمام كاتب العدل أو الشاهد)

(My Signature (in front of notary or witnesses))

التاريخ (Date)

### التوثيق (مفضل) (Notarization (preferred))

ولاية واشنطن (State of Washington)

دولة (County of)

تم التوقيع والإشهاد عليها أمامي (تاريخ)

Signed or attested before me on (date)

بواسطة (الاسم) / by (name)

التاريخ (Date)

توقيع كاتب العدل (Signature of Notary)

الموثق العام لولاية واشنطن.

(Notary Public for the State of Washington)

تنتهي صلاحية تفويضي في (My commission expires)

إفادة الشهود (فقط إذا لم تستطع العثور على كاتب عدل)  
(Statement of Witnesses (only if you cannot find a notary))

On (date) \_\_\_\_\_, the declarer of this document signed it in my presence. I believe the declarer is able to make health care decisions, to understand this document, and to have signed it voluntarily.

I am not related by blood or marriage to the declarer.

I am not now entitled to receive any portion of the declarer's estate, either by will or by operation of law, or as a result of any claim against the declarer.

I am not the declarer's attending physician or an employee of that physician or of a health facility in which the declarer is a patient.

في (تاريخ) \_\_\_\_\_, وقع المُقر هذه الوثيقة في حضورِي وأؤمن أن المُقر بما فيها قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية، وفهم هذه الوثيقة، وأنه وقع عليها طواعية.

● ليس لي علاقة دم أو زواج بالمُقر.

● لا يحق لي حاليًا تلقي أي جزء من ثروة المُقر، سواء بموجب وصية أو بحكم القانون، أو كنتيجة لأي مطالبة ضد المُقر.

● لست الطبيب المعالج للمُقر أو موظفًا لديه أو لدي أي مؤسسة صحية حيث يتواجد المُقر كمرضى.

الشاهد الثاني (2 Witness)

الشاهد الأول (1 Witness)

التوقيع (Signature)

التوقيع (Signature)

الاسم بحروف واضحة (Print Name)

الاسم بحروف واضحة (Print Name)

العنوان (Address)

العنوان (Address)

معلومات التواصل لتوجيهات الرعاية الصحية  
(أرفق هذا بتوجيهك)  
(Health Care Directive Contact Information  
(Attach this to your Directive))

اسمي - الأول, الأوسط, الأخير (My name – first, middle, last)	
مقدم الرعاية الطبية الأولية (My primary care medical provider)	تاريخ ميلادي (My date of birth )
عنوان بريدي الإلكتروني (My email address)	رقم هاتفي (My phone number)
عنوان بريدي (My mailing address)	

لدي نموذج توكيل رسمي دائم يسمح لشخص آخر (وكيلي) لأخذ قرارات الرعاية الخاصة بي إذا لم أكن قادرًا.  
(I have a **Durable Power of Attorney** form that lets someone else (my “agent”) make health care decisions for me if I am not able.)

اسم وكيل الرعاية الصحية (My health care agent’s name)	
علاقة وكيلي بي (على سبيل المثال، صديق، شريك، زوج، أخت، إلخ). (My agent’s relationship to me (e.g. friend, partner, spouse, sister, etc.))	
عنوان البريد الإلكتروني لوكيلي (My agent’s email address)	رقم هاتف وكيلي (My agent’s phone number)

اسم وكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بي (My alternate health care agent's name)	
علاقة وكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بي (على سبيل المثال، صديق، شريك، زوج، أخت، إلخ.) (My alternate agent's relationship to me (e.g. friend, partner, spouse, sister, etc.))	
رقم هاتف وكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بي (My alternate agent's phone number)	عنوان البريد الإلكتروني لوكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بي (My alternate agent's email address)

## سرد (Glossary)

Here are some terms you may find helpful when reading a health care directive:

**Artificial nutrition:** a way to feed you if you can't feed yourself or swallow. A feeding tube is inserted through your nose and down to your stomach. If you need tube feeding for an extended period, a feeding tube may be surgically inserted directly into your stomach. Artificial nutrition can be harmful if you are dying and your body cannot use the nutrition properly.

**Artificial hydration:** a way to hydrate you if you can't drink. A plastic IV tube is inserted into the vein to deliver hydration. Artificial hydration can be harmful if you are dying and your body cannot use the hydration properly.

**Cardiopulmonary Resuscitation (CPR):** a treatment that is initiated when someone has a complete cardiac arrest, no heartbeat and not breathing. CPR involves repeatedly pushing on the chest with force, while putting air into the lungs. The force has to be quite strong, and sometimes ribs are broken or a lung collapses. Electric shocks, known as defibrillation, and medicines might also be used. A person may also be intubated in this process, which is a tube put down the throat and into the windpipe to help get air into the person quickly.

**Life-sustaining treatment:** any mechanical or artificial medical intervention that, when applied to a person diagnosed with a terminal condition or a person in a permanent unconscious condition, would

هنا بعض المصطلحات التي قد تجدها لمساعدتك عند قراءة توجيهات الرعاية الصحية:

**التغذية الاصطناعية:** طريقة لإطعامك إذا لم تتمكن من إطعام نفسك أو البلع . يتم إدخال أنبوب التغذية خلال أنفك ولأسفل إلى معدتك. إذا كنت بحاجة إلى أنبوب تغذية لفترة ممتدة، فقد يتم إدخال الأنبوب جراحياً مباشرة إلى معدتك. التغذية الاصطناعية يمكن أن تصبح ضارة إذا كنت تحتضر ولا يستطيع استخدام التغذية بشكل صحيح.

**الترطيب الصناعي:** هي طريقة لترطيبك إذا لم تستطع الشرب. يتم إدخال أنبوب وريدي بلاستيكي عبر الوريد لتوصيل الترطيب. الترطيب الصناعي يمكن أن يصبح ضاراً إذا كنت تحتضر ولا يستطيع استخدام الترطيب بشكل صحيح.

**الإنعاش القلبي الرئوي (CPR):** هو علاج يبدأ عندما يتعرض شخص ما لسكتة قلبية كاملة ولا يوجد ضربات قلب ولا تنفس. الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) يتضمن الضغط على الصدر بشكل متكرر بقوة، مع إدخال الهواء إلى الرئتين. يجب أن تكون الضغطة قوية وفي بعض الأحيان تنكسر الأضلاع أو تنهار الرئة. الصدمة الكهربائية، تُعرف باسم صدمات الإنعاش القلبي، والأدوية قد تستخدم أيضاً. قد يحتاج الشخص أيضاً إلى التنبيب خلال هذه العملية، وهي عبارة عن وضع أنبوب عبر الحلق إلى القصبة الهوائية للمساعدة في وصول الهواء إلى الشخص بسرعة.

**العلاج المساند للحياة:** أي تدخل طبي ميكانيكي أو صناعي من شأنه، عند تطبيقه على شخص مصاب بحالة مرضية مستعصية أو شخص في حالة فقدان دائم للوعي، أن يطيل فقط عملية الموت. العلاج المساند للحياة لا يشمل الأدوية أو التدخلات الطبية اللازمة لتخفيف الألم فقط.

only prolong the process of dying. Life-sustaining treatment does not include medication or medical intervention necessary to alleviate pain only.

**Palliative care:** Specialized medical care for people living with a serious illness. It is focused on providing relief from the symptoms and stress of the illness. The goal is to improve quality of life for both the patient and their close friends and family.

**Permanent unconscious condition:** an incurable and irreversible condition; a condition where a person has no reasonable probability of recovery from an irreversible coma or a persistent vegetative state according to reasonable medical judgment.

**Terminal condition:** an incurable and irreversible condition caused by injury, disease, or illness, that will cause death within a reasonable period of time according to accepted medical standards, and where the application of life-sustaining treatment serves only to prolong the process of dying.

**Ventilator:** a machine that helps you breathe. A tube connected to the ventilator is put down your throat into your trachea (windpipe) so the machine can force air into your lungs. Because the tube is uncomfortable, medicines are often used to keep you sedated while on a ventilator. If you need to remain on a ventilator for a long time, a doctor may perform a tracheotomy where a tube is inserted directly into your trachea through a hole in your neck.

الرعاية التلطيفية: رعاية طبية متخصصة للأشخاص الذين يعيشون بأمراض خطيرة. إنها تركز على توفير الراحة من الأعراض والتوتر الناتج عن المرض. الهدف هو تحسين جودة الحياة لكل من المريض وأصدقائه المقربين وعائلته.

حالة فقدان الوعي الدائم: وهي حالة طبية مستديمة وغير قابلة للشفاء، لا يمتلك فيها الشخص أي احتمال معقول للتعافي من غيبوبة لا رجعة فيها أو حالة نباتية مستمرة، وذلك وفقاً للحكم الطبي السليم.

حالة مستعصية: حالة لا علاج لها ولا رجعة فيها ناتجة عن إصابة أو مرض أو علة، ومن المتوقع أن تؤدي إلى الوفاة في غضون فترة زمنية معقولة وفقاً للمعايير الطبية المقبولة، حيث لا يخدم تطبيق العلاج الذي يُطيل العمر سوى إطالة عملية الموت.

جهاز التنفس الصناعي: آلة تساعدك على التنفس. يتم إدخال أنبوب متصل بجهاز التنفس الصناعي إلى القصبة الهوائية عبر حلقك حتى تتمكن الآلة من ضخ الهواء إلى رئتيك. سبب عدم الارتياح الذي يسببه أنبوب التنفس الصناعي، غالباً ما يتم استخدام الأدوية لتثقيك هادئاً أثناء استخدامه. إذا احتجت إلى البقاء على جهاز التنفس الصناعي لفترة طويلة، فقد يقوم الطبيب بإجراء عملية قصبة الرغامى حيث يتم إدخال أنبوب مباشرة إلى القصبة الهوائية من خلال فتحة في رقبتك.