

## تعليمات تعبئة نموذج "طلب الأدوية"

لا توقع على هذا النموذج إلا بعد استشارة كلاً من طبيب معالج (من يصف الأدوية) وطبيب استشاري وافقا على المشاركة في قانون واشنطن للموت بكرامة وأرسل نماذج الولاية المطلوبة.

إذا لم تكن قادرًا على التوقيع باسمك، فيمكنك التوقيع بعلامة بديلة، طالما أقر الشاهدان بأنها تمثل توقيعك. وإحدى العلامات البديلة الشائعة هي علامة "x".

الرجاء قراءة الملاحظة الواردة بالنموذج بشأن من يجوز له أن يكون شاهدًا ومن لا يجوز له ذلك. يجب أن يراكَ الشاهدان وأنت توقع على هذا النموذج. يجب أن تكون جميع التواريخ الواردة في هذا النموذج متطابقة، وإلا فلن يكون النموذج صالحًا.

• تذهب نسخة من نموذج "طلب الأدوية" إلى الطبيب المعالج (من يصف الأدوية).

• نوصيك بالاحتفاظ بنسخة بسجلاتك.

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت تود الحصول على المساعدة لإكمال هذا النموذج، فعليك التواصل مع مؤسسة End of Life Washington.

*End of Life Washington هي مؤسسة غير ربحية تقدم المعلومات والاستشارات والدعم العاطفي للمصابين بالأمراض العضال أو غير القابلة للعلاج. نؤيد تقديم الرعاية الممتازة في نهاية العمر، واستخدام التوجيهات المتقدمة، والرعاية المتمحورة حول المريض. ونقدم حق المرضى المؤهلين في استخدام قانون واشنطن للموت بكرامة. السرية محمية بشكل صارم. لا يتم فرض رسوم مطلقاً على خدماتنا.*

## طلب أدوية لإنهاء حياتي بصورة آدمية وكريمة

أنا، \_\_\_\_\_،  
الأول والأوسط الأخير

أعاني من \_\_\_\_\_، والذي قرر طبيبي المعالج أنه

مرض عضال غير قابل للعلاج ولا يمكن التعافي منه وسوف يؤدي إلى الوفاة خلال ستة أشهر وقد أكد طبيب استشاري هذا الأمر طبيًا. تم إبلاغي بجميع معلومات التشخيص وتوقع طبيعة الأدوية الموصوفة والمخاطر المصاحبة المحتملة والنتيجة المتوقعة والبدائل الممكنة، بما في ذلك الرعاية من أجل الراحة ورعاية دار المسنين والتحكم الزوجي.

أطلب أن يصف لي طبيبي المعالج الأدوية لأتناولها بنفسني لإنهاء حياتي بطريقة آدمية وكريمة وأصرف الوصفة أو أتصل بصيدلي للصرفها.  
الحرف الأول

أبلغت أسرتي بقراري وأخذت آرائهم بعين الاعتبار.  
قررت عدم إبلاغ أسرتي بقراري.  
ليست لدي أسرة لأبلغها بقراري.

أفهم أن لي الحق في إلغاء هذا الطلب في أي وقت.

أفهم المضمون الكامل لهذا الطلب وأتوقع أن أموت عند تناول الدواء الموصوف. أفهم أيضًا أنه بالرغم من أن معظم الوفيات تحدث في غضون ثلاث ساعات، قد تستغرق وفاتي وقتًا أطول وقد ناقشني طبيبي بشأن هذا الاحتمال.

أتقدم بهذا الطلب طواعية ودون تحفظ، وأتحمل كامل المسؤولية الأخلاقية عن تصرفاتي.

أقر أيضًا بأنني عاقل ولا أتصرف تحت إكراه أو احتيال أو تأثير غير سائغ.

التوقيع:	مقاطعة الإقامة:	التاريخ:
Please only use this for reference. Only English form is honor in WA. Thank you.		

### إقرار الشهود

بالتوقيع بالأحرف الأولى والتوقيع أدناه، نقر بأن الشخص هو مقدم الطلب والموقع عليه:

الشاهد الأول  
الشاهد الثاني  
الحروف  
الحروف  
الأولى من  
الأولى من  
الاسم  
الاسم

1. معروف لنا شخصيًا أو قدم إثبات هوية؛
2. وقع على هذا الطلب في حضورنا في التاريخ المذكور بعد توقيع الشخص؛
3. يبدو عاقلًا ولا يتصرف تحت إكراه أو احتيال أو تأثير غير سائغ؛
4. ليس أي منا طبيبه المعالج.

الاسم المطبوع:	التوقيع:	التاريخ:
الشاهد الأول		
الاسم المطبوع:	التوقيع:	التاريخ:
الشاهد الثاني		

ملاحظة: لا يجوز أن يكون أحد الشاهدين: (1) من أقرباء الشخص مقدم هذا الطلب بحكم قرابة الدم أو المصاهرة أو التبني ولا (2) مستحقًا لأي جزء من ميراث مقدم الطلب عند وفاته ولا (3) مالكًا لمنشأة رعاية صحية يقصدها مقدم الطلب كمرضى أو مقيم ولا مشغلًا لها ولا عاملًا بها. ويجوز للشاهد الآخر أن يكون من أقرباء الدم أو المصاهرة إلى آخره. وإذا كان المريض مريضًا داخليًا في إحدى منشآت الرعاية الصحية، فيجب أن يكون أحد الشاهدين شخصًا تعينه المنشأة. ولا يجوز أن يكون الطبيب المعالج (من يصف الأدوية) شاهدًا..