

طلب الحصول على دواء لإنهاء الحياة (Request for Medication to End My Life)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
مكتب إدارة خدمات الرعاية الأولية والنظم الصحية
(Office of Primary Care and Health Systems Management)

إقرار الشهود

اسم المريض: _____ ("المريض")

أقر أنا، _____ (اسم الشاهد الأول)،
وأنا، _____ (اسم الشاهد الثاني)، بأن الشخص الذي

يوقع على "طلب الحصول على دواء لإنهاء الحياة" هذا:

1. معروف لديّ شخصياً أو قد قدّم إثباتاً لهويته؛

2. وقام بالتوقيع على "طلب الحصول على دواء لإنهاء الحياة" طواعية في حضور، أو أقر لنا بأنه وقع عليه؛

3. وعلى حد علمي واعتقادي، يتمتع الشخص بالقدرة على اتخاذ القرار، ويقدم "طلب الحصول على دواء لإنهاء الحياة" طواعية وبمحض إرادته، دون أن يتعرض لأي إكراه لتوقيعه.

أنا لست الطبيب المعالج أو الطبيب الاستشاري للشخص الذي وقع على "طلب الحصول على دواء لإنهاء الحياة"، ولا اختصاصي الصحة العقلية الذي أجرى تقييماً لقدرة الشخص الذي يوقع على "طلب الحصول على دواء لإنهاء الحياة" على اتخاذ القرار في وقت توقيع "طلب الحصول على دواء لإنهاء الحياة".

أقر أيضاً تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين بأن البيانات الواردة هنا صحيحة ودقيقة، وأن الإدلاء ببيانات زائفة يُعاقب عليه القانون. أقر أيضاً بأنني لست:

1. على صلة قرابة بالمريض عن طريق الدم أو الزواج أو التبني؛

2. أو مستحقاً لأي جزء من تركة المريض عند وفاته بموجب أي وصية أو بحكم القانون، ولست في وضع يتيح لي الاستفادة مالياً من وفاة المريض بأي شكل آخر؛

3. أو مالكا، أو مشغلاً، أو موظفاً، أو متعاقداً مستقلاً لدى منشأة للرعاية الصحية يتلقى فيها المريض العلاج أو يقيم فيها؛

4. أو شريكاً منزلياً للمريض، على النحو المعرّف في قانون قرارات الرعاية الصحية الأسرية (Family Health Care Decisions Act) لولاية نيويورك، المادة (7-a) 2994 من قانون الصحة العامة (Public Health Law)؛

5. أو الوكيل الصحي بموجب توكيل الرعاية الصحية للمريض، المادة (5) 2980 من قانون الصحة العامة؛

6. أو وكيلًا بموجب توكيل صادر عن المريض، وفقاً للمادة (2) 1501-5 من قانون الالتزامات العامة (General Obligations Law).

توقيع الشاهد الأول: _____ التاريخ: _____

العنوان: _____

توقيع الشاهد الثاني: _____ التاريخ: _____

العنوان: _____

طلب الحصول على دواء لإنهاء الحياة

أنا، _____ (اسم المريض)، شخص بالغ ومقيم في ولاية نيويورك، وقد سُخِّصت بالإصابة بـ _____ (اسم المرض أو الحالة المرضية)، وهو مرض عضال أو حالة مرضية ميؤوس من الشفاء منها. لقد قرر الطبيب المعالج لي، وأكد الطبيب الاستشاري، أن المرض العضال أو حالتي الصحية الميؤوس الشفاء منها هي مرض أو حالة صحية لا يمكن شفاؤها ولا رجعة فيها، ومن شأنها وفقًا للتقدير الطبي المعقول أن تؤدي إلى الوفاة في غضون ستة أشهر، سواء تم تقديم العلاج أم لا.

يوافق طبيبي المعالج، والطبيب الاستشاري، واختصاصي الصحة العقلية على أن لديَّ القدرة على اتخاذ القرار، ما يعني أنني أفهم وأقدر الطبيعة والعواقب للمساعدة الطبية في الموت (Medical Aid in Dying)، بما يشمل الفوائد والمخاطر والبدائل، ولديَّ القدرة على اتخاذ قرار مستنير بشأن المساعدة الطبية في الموت وإبلاغ الطبيب المعالج بقراري.

لقد أُحِطُ علمًا بشكل كامل بتشخيص حالتي وتوقعات مسارها، وطبيعة الدواء المزمع وصفه والمخاطر المحتملة المرتبطة به، والنتائج المتوقعة، والبدائل المتاحة وخيارات العلاج، بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر، الرعاية التلطيفية ورعاية المحتضرين. أطلب من طبيبي المعالج أن يصف لي دواء ينهي حياتي إذا اخترت تناوله، وأفوض طبيبي المعالج بالتواصل مع طبيب آخر أو أي صيدلاني بشأن طلبي.

الحرف الأول من الاسم:

(____) أبلغت أو أنوي إبلاغ فرد واحد أو أكثر من أفراد عائلتي بقراري.

(____) قررت عدم إبلاغ أي فرد من أفراد عائلتي بقراري.

(____) ليست لدي عائلة لأبلغها بقراري.

أدرك أنه يحق لي إلغاء هذا الطلب أو الامتناع عن استخدام الدواء في أي وقت. أدرك أهمية هذا الطلب، وأتوقع أن أموت إذا تناولت الدواء الذي سيُوصف لي. أدرك أيضًا أنه على الرغم من أن معظم حالات الوفاة تحدث في غضون ثلاث ساعات، إلا أن وفاتي قد تستغرق وقتًا أطول، وقد أوضح لي الطبيب المعالج هذا الاحتمال. أقدم هذا الطلب طواعيةً وبمحض إرادتي ودون إكراه، وأتحمل المسؤولية الكاملة عن أفعالي.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

الشاهد الأول ("إقرار الشهود" مرفق مع "طلب الحصول على دواء لإنهاء الحياة" هذا)

التوقيع: _____ التاريخ: _____

الاسم (بأحرف واضحة): _____

العنوان: _____

الشاهد الثاني ("إقرار الشهود" مرفق مع "طلب الحصول على دواء لإنهاء الحياة" هذا)

التوقيع: _____ التاريخ: _____

الاسم (بأحرف واضحة): _____

العنوان: _____

اسم المريض: _____ ("المريض")

أنا، _____ (اسم المترجم الشفهي):

(اختر أحد الخيارين أدناه)

☐ بالنسبة إلى المريض الذي أُجريت محادثاته أو استشاراته، أو المحادثات أو الاستشارات المترجمة شفهيًا له، بلغة غير الإنجليزية، وكان "طلب الحصول على دواء لإنهاء الحياة" باللغة الإنجليزية: أقر بأنني أتقن اللغة الإنجليزية و _____ ("اللغة المستهدفة"). وأني أمتلك المهارات اللغوية ومهارات الترجمة الشفهية اللازمة لترجمة المعلومات المتبادلة والمحادثات بين الطبيب المعالج أو الاستشاري والمريض بفعالية ودقة وحيادية.

أقر بأنني قمتُ، في _____ (التاريخ/الوقت)، بالترجمة الشفهية للمحادثات والمعلومات المتبادلة بين الطبيب والمريض بموضوعية ودقة وشمولية قدر استطاعتي ومعرفتي، وقرأت "طلب الحصول على دواء لإنهاء الحياة" على المريض باللغة المستهدفة.

☐ أكد لي المريض رغبته في التوقيع على "طلب دواء لإنهاء الحياة" طواعية وبإرادة المريض ودون إكراه.

بالنسبة إلى المريض الذي يعاني من إعاقة في النطق، أو السمع، أو البصر: أقر بأنني أمتلك المهارات اللغوية و/أو مهارات القراءة و/أو الترجمة الشفهية اللازمة للتواصل مع المريض، والقدرة على قراءة و/أو ترجمة المعلومات المتبادلة والمحادثات التي تجري بين الطبيب المعالج أو الاستشاري والمريض بفعالية ودقة وحيادية.

أقر بأنني قمتُ، في _____ (التاريخ/الوقت)، بالترجمة الشفهية للمحادثات والمعلومات المتبادلة بين الطبيب والمريض بموضوعية ودقة وشمولية قدر استطاعتي ومعرفتي، وقرأتُ أو ترجمتُ شفهيًا، عند الحاجة لضمان التواصل الفعّال، "طلب الحصول على دواء لإنهاء الحياة" للمريض.

أكد لي المريض رغبته في التوقيع على "طلب دواء لإنهاء الحياة" طواعية وبإرادة المريض ودون إكراه.

أقر بأنني لست:

1. على صلة قرابة بالمريض عن طريق الدم أو الزواج أو التبني؛

2. أو مستحقًا لأي جزء من تركة المريض عند وفاة المريض بموجب أي وصية أو بحكم القانون، ولست في وضع يتيح لي الاستفادة ماليًا من وفاة المريض بأي شكل آخر؛

3. أو مالكًا، أو مشغلًا، أو موظفًا، أو متعاقدًا مستقلًا لدى منشأة للرعاية الصحية يتلقى فيها المريض العلاج أو يقيم فيها؛ أو أنني أقدم خدمات الترجمة الشفهية كجزء من مهام الوظيفية في منشأة الرعاية الصحية المذكورة؛ أو أنني تلقيت تدريبًا على تقديم خدمات الترجمة الشفهية وطلب مني المريض تقديم هذه الخدمات للأغراض الموضحة في هذا الإقرار؛

4. أو شريكًا منزليًا للمريض، على النحو المعرّف في قانون قرارات الرعاية الصحية الأسرية (Family Health Care Decisions Act) لولاية نيويورك، المادة (7) 2994-a؛

5. أو الوكيل الصحي بموجب توكيل الرعاية الصحية للمريض، المادة (5) 2980 من قانون الصحة العامة؛

6. أو وكيلًا بموجب توكيل صادر عن المريض، وفقًا للمادة (2) 1501-5 من قانون الالتزامات العامة (General Obligations Law).

أقر أيضًا بأن هذا الإقرار صحيح ودقيق، وأن الإدلاء ببيانات مزيفة في هذا الإقرار يُعاقب عليه القانون تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين.

حُرر في: _____ (المدينة، والمقاطعة، والولاية)

التوقيع: _____ التاريخ: _____

الاسم (بأحرف واضحة): _____

المؤسسة التي تدرب فيها المترجم الشفهي: _____

عنوان المؤسسة التي تدرب فيها المترجم الشفهي: _____

اللغة المستهدفة التي يتحدث بها المترجم الشفهي: _____