



My Advance Care Plan (Please Complete in English)

خطة رعايتي المسبقة (يرجى استكمال النموذج باللغة الإنجليزية)

Last name: _____ اسم العائلة:

First name: _____ Date of birth ____ / ____ / ____
الاسم الأول: تاريخ الولادة

Address: _____ العنوان:

My Advance Care Plan is a record of your advance care planning discussion and a way of informing those who are caring for you of your preferences. Your preferences may not necessarily be health related but will guide your treating health professionals, Enduring Guardian and or family as to how you wish to be treated including any special requests or messages.

Please note: Should you wish to make legally binding treatment decisions, it is recommended that you record these decisions in an Advance Health Directive. You may also wish to give consideration to appointing an Enduring Guardian to make personal, lifestyle and treatment decisions on your behalf. See the Guide for further detail.

I have given a copy of my Advance Care Plan to:

خطة رعايتي المسبقة هي سجل المناقشة المتعلقة بتخطيطك المسبق لرعايتك وطريقة لإخبار أولئك الذين يهتمون بك عن رغباتك. قد لا تكون رغباتك بالضرورة ذات صلة بالصحة، لكنها ستوجه المحترفين الصحيين الذين يعالجونك، والوصي الدائم و/أو الأسرة إلى رغباتك المتعلقة بكيفية علاجك بما في ذلك أية طلبات خاصة أو رسائل.
الرجاء الانتباه: إذا كنت ترغب في اتخاذ قرارات العلاج الملزمة قانوناً، فمن المستحسن أن تقوم بتسجيل هذه القرارات في التوجيهات الصحية المسبقة. قد ترغب أيضاً في الأخذ بعين الاعتبار تعيين وصي دائم يتخذ القرارات الشخصية والمتعلقة بنمط حياتك وعلاجك نيابة عنك. انظر الدليل لمزيد من التفاصيل.
لقد أعطيت نسخة عن خطة رعايتي المسبقة إلى:

Full name الاسم الكامل	Telephone هاتف	Mobile الهاتف الجوال	Relationship to me العلاقة بي

I have completed one or more of the following:

لقد استكملت واحدًا أو أكثر مما يلي:

Advance Health Directive

التوجيه الصحي المسبق

Yes/No (please circle)

نعم/لا (من فضلك ضع دائرة)

I have stored a copy at: _____
لقد حفظت نسخة في:

A copy can also be obtained from: _____
يمكن أيضًا الحصول على نسخة من:

Name: _____
الاسم:

Telephone: _____
الهاتف:

Enduring Power of Guardianship

السلطة الدائمة للوصاية

Yes/No (please circle)

نعم/لا (من فضلك ضع دائرة)

I have stored a copy at: _____
لقد حفظت نسخة في:

A copy can also be obtained from: _____
يمكن أيضًا الحصول على نسخة من:

Name: _____
الاسم:

Telephone: _____
الهاتف:

Enduring Power of Attorney

وكالة دائمة

Yes/No (please circle)

نعم/لا (من فضلك ضع دائرة)

I have stored a copy at: _____
لقد حفظت نسخة في:

A copy can also be obtained from: _____
يمكن أيضًا الحصول على نسخة من:

Name: _____
الاسم:

Telephone: _____
الهاتف:

Will

وصية

Yes/No (please circle)

نعم/لا (من فضلك ضع دائرة)

I have stored a copy at: _____
لقد حفظت نسخة في:

A copy can also be obtained from: _____
يمكن أيضًا الحصول على نسخة من:

Name: _____
الاسم:

Telephone: _____
الهاتف:

Preferences for my future care

These are my preferences, in relation to my future care.
Please refer to the *Advance Care Planning Guide for Patients*.

رغباتي لرعايتي المستقبلية

هذه هي رغباتي، فيما يتعلق برعايتي في المستقبل.
يرجى الرجوع إلى دليل المرضى للتخطيط المسبق للرعاية.

Other outcomes of the Advance Care Planning conversation:

For example, you may have considered completing other relevant legal documents such as an Advance Health Directive or Enduring Power of Guardianship or you may have decided to become an organ donor.

النتائج الأخرى للمحادثة المتعلقة بالتخطيط المسبق للرعاية:

على سبيل المثال، قد تفكر في استكمال مستندات قانونية أخرى ذات صلة مثل التوجيه الصحي المسبق أو سلطة الوصاية الدائمة أو قد تكون قررت أن تصبح متبرعاً بالأعضاء.

Outcome النتيجة	Description الوصف

If I have lost capacity or am approaching end of life, where practical and appropriate, I would prefer to be cared for:

إذا فقدت قدراتي أو اقتربت من نهاية الحياة، حيث كان ذلك عملياً ومناسباً، أفضل أن تكون رعايتي:

Initial the option you prefer:

وَقَّع على الخيار الذي تفضله:

- In my usual home: _____
في منزلي المعتاد:
- At a family member's home: _____
في منزل أحد أفراد الأسرة:
- At a hospice or palliative care unit
في المأوى أو وحدة الرعاية الملطفة
- In hospital
في المستشفى
- On country (for Aboriginal and Torres Strait Islanders) (بالنسبة للسكان الأصليين وسكان جزر مضيق توريس)
في البلد
- At another place: _____
في مكان آخر:

I would like to leave the following message(s)

For example: I am a carer for my partner/family member or I would like the following person to care for my pet, or I would like a particular song played or I would like a particular complementary therapy to be used or I would like my family to respect my preferences to be an organ donor etc.

أود ترك الرسالة (الرسائل) التالية

مثلاً: أنا مقدم رعاية لشريكي/ لأحد أفراد أسرتي أو أود أن يقدم الشخص التالي الرعاية لحيواني الأليف، أو أود أن تُعزف أغنية معينة أو أود أن يُستخدم علاج مكمل معين أو أود أن تحترم عائلتي رغباتي في التبرع بأعضائي وما إلى ذلك.

Signed: _____ Date: ____/____/____
التوقيع: التاريخ:

This document can be made available in alternative formats on request for a person with disability.

يمكن توفير هذا المستند في أشكال بديلة عند الطلب لشخص ذي إعاقة.

Produced by WA Cancer and Palliative Care Network
© Department of Health 2017

Copyright to this material is vested in the State of Western Australia unless otherwise indicated. Apart from any fair dealing for the purposes of private study, research, criticism or review, as permitted under the provisions of the Copyright Act 1968, no part may be reproduced or re-used for any purposes whatsoever without written permission of the State of Western Australia.