



# إقرار بخصوص علاج الصحة العقلية

## (Declaration for Mental Health Treatment)

(Updated December 2021)

تنبيه: هذا مستند قانوني يحتوي على معلومات هامة حول تفضيلات أو تعليمات للشخص المصاب فيما يخص علاج الصحة العقلية. (Attention: This is a legal document which contains important information regarding the affected person's preferences or instructions for mental health treatment.)

### إقرار بخصوص علاج الصحة العقلية (Declaration for Mental Health Treatment)

أقدم أنا، \_\_\_\_\_، بصفتي شخصًا بالغًا وأنا في كامل قواي العقلية وبمحض إرادتي، هذا الإقرار بخصوص علاج الصحة العقلية. وأرغب في اتباع هذا الإقرار في حال إذا قررت إحدى المحاكم أو قرر طبيبان أنني غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسني بسبب خلل في قدرتي على تلقي المعلومات وتقييمها بكفاءة أو الإبلاغ عن القرارات، إلى حد يجعلني أفترق إلى القدرة على رفض علاج الصحة العقلية أو قبوله. مصطلح "علاج الصحة العقلية" يُقصد به علاج مرض عقلي باستخدام أدوية ذات تأثير نفسي ودخول منشأة للرعاية الصحية والاحتجاز بها لمدة تصل إلى 17 يومًا والعلاج التشنجي وخدمات المرضى الخارجيين المحددة في هذا الإقرار.

I, \_\_\_\_\_, being an adult of sound mind, willfully and voluntarily make this **Declaration** for mental health treatment. I want this **Declaration** to be followed if a court or two physicians determine that I am unable to make decisions for myself because my ability to receive and evaluate information effectively or communicate decisions is impaired to such an extent that I lack the capacity to refuse or consent to mental health treatment. "Mental health treatment" means treatment of mental illness with psychoactive medication, admission to and retention in a health care facility for a period up to 17 days, convulsive treatment and outpatient services that are specified in this **Declaration**.

### اختيار صانع القرارات (Choice of Decision Maker)

إذا أصبحت غير قادر على إعطاء موافقة مستنيرة على علاج الصحة العقلية أو سحبها، فأرغب في اتخاذ هذه القرارات من قبل: (ضع الأحرف الأولى من الاسم على خيار واحد فقط) (If I become incapable of giving or withholding informed consent for mental health treatment, I want these decisions to be made by: (INITIAL ONLY ONE))

\_\_\_\_\_ ممثلي المعين بما يتوافق مع رغباتي، أو - إذا كانت رغباتي غير معروفة لدى ممثلي - فحسبما يعتقد ممثلي بأنه يحقق أفضل مصلحة لي.  
(My appointed representative consistent with my desires, or, if my desires are unknown by my representative, in what my representative believes to be my best interests.)

\_\_\_\_\_ من قبل مقدم علاج الصحة العقلية الذي يحتاج إلى موافقتي من أجل علاجي، ولكن في حدود ما هو مصرح به تحديدًا في هذا الإقرار.  
(By the mental health treatment provider who requires my consent in order to treat me, but only as specifically authorized in this **Declaration**.)

### الممثل المعين (Appointed Representative)

إذا اخترت تعيين ممثل لاتخاذ قرارات علاج الصحة العقلية نيابةً عني حين أكون عاجزًا عن اتخاذها، فإنني أذكر اسم هذا الشخص هنا. كما يمكنني أيضًا تعيين ممثل بديل للتصرف. ويجب على كل شخص أعينه أن يقبل تعييني له من أجل التصرف بهذا الخصوص. أقر باستيعابي أنني لست ملزمًا بتعيين ممثل من أجل إكمال هذا الإقرار.  
(If I have chosen to appoint a representative to make mental health treatment decisions for me when I am incapable, I am naming that person here. I may also name an alternate representative to serve. Each person I appoint must accept my appointment in order to serve. I understand that I am not required to appoint a representative in order to complete this **Declaration**.)

أعين بموجب هذا الإقرار (I hereby appoint):

الاسم (Name) \_\_\_\_\_

العنوان (Address) \_\_\_\_\_

الهاتف (Telephone) \_\_\_\_\_

لتصرف باعتباره ممثلًا لي في اتخاذ القرارات المتعلقة بعلاج صحتي العقلية إذا أصبحت غير قادر على إعطاء الموافقة المستنيرة على ذلك العلاج أو سحبها. (to act as my representative to make decisions regarding my mental health treatment if I become incapable of giving or withholding informed consent for that treatment.)

## (اختياري) (OPTIONAL)

في حال إذا رفض الشخص المعين أعلاه التصرف نيابةً عني أو كان غير قادر على التصرف نيابةً عني، أو إذا ألغيت تفويضي لذلك الشخص للتصرف نيابةً عني، فإنني أفوض الشخص التالي للتصرف باعتباره ممثلاً لي:

(If the person named above refuses or is unable to act on my behalf, or if I revoke that person's authority to act as my representative, I authorize the following person to act as my representative:)

الاسم (Name) \_\_\_\_\_

العنوان (Address) \_\_\_\_\_

الهاتف (Telephone) \_\_\_\_\_

يُفوض ممثلي ويصرح له باتخاذ القرارات المتوافقة مع الرغبات التي أعربت عنها في هذا الإقرار، أو المعروفة لدى ممثلي بصورة أخرى في حال لم أستطع التعبير عنها. في حالة عدم التعبير عن رغباتي ولم تكن معروفة لممثلي بأي صورة أخرى، فيجب على ممثلي أن يتصرف وفقاً لما يعتبر أنه يحقق أفضل مصلحة لي. يُفوض ممثلي أيضاً بتلقي المعلومات المتعلقة بالعلاج المقترح للصحة العقلية، وبالوصول على السجلات الطبية المتعلقة بهذا العلاج والاطلاع عليها والموافقة على الإفصاح عنها.

(My representative is authorized to make decisions that are consistent with the wishes I have expressed in this Declaration or, if not expressed, as are otherwise known to my representative. If my desires are not expressed and are not otherwise known by my representative, my representative is to act in what he or she believes to be in my best interests. My representative is also authorized to receive information regarding proposed mental health treatment and to receive, review and consent to disclosure of medical records relating to that treatment.)

## توجيهات لعلاج الصحة العقلية (Directions for Mental Health Treatment)

يسمح لي هذا الإقرار ببيان رغباتي المتعلقة بعلاجات الصحة العقلية بما يتضمن الأدوية ذات التأثير النفسي ودخول منشآت الرعاية الصحية والاحتجاز بها لعلاج الصحة العقلية لمدة لا تتجاوز 17 يوماً والعلاج التشنيجي وخدمات رعاية المرضى الخارجيين.

إذا أصبحت غير قادر على إعطاء موافقة مستنيرة على علاج الصحة العقلية أو سحبها، فإن رغباتي هي: أوافق على إجراء علاجات الصحة العقلية التالية: (قد تشمل على أنواع الأدوية وجرعتها، أو علاج المرضى الداخليين لمدة قصيرة، أو منشأة الرعاية أو مقدم الرعاية المفضل، أو النقل إلى مقدم رعاية أو منشأة رعاية، أو العلاج الاختلاجي، أو العلاجات البديلة للمرضى الخارجيين.)

(This Declaration permits me to state my wishes regarding mental health treatments including psychoactive medications, admission to and retention in a health care facility for mental health treatment for a period not to exceed 17 days, convulsive treatment and outpatient care services. If I become incapable of giving or withholding informed consent for mental health treatment, my wishes are: **I CONSENT TO THE FOLLOWING MENTAL HEALTH TREATMENTS:** (May include types and dosage of medications, short term inpatient treatment, a preferred provider or facility, transport to a provider or facility, convulsive treatment or alternative outpatient treatments.))

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



معلومات إضافية حول احتياجاتي المتعلقة بعلاج الصحة العقلية: (فكر في تضمين تاريخ الصحة العقلية أو الجسدية، ومتطلبات الحمية الغذائية، والمخاوف الدينية، والأشخاص الواجب إخطارهم، وغيرها من الأمور ذات الأهمية)

**(ADDITIONAL INFORMATION ABOUT MY MENTAL HEALTH TREATMENT NEEDS: (Consider including mental or physical health history, dietary requirements, religious concerns, people to notify and other matters of importance.))**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

يتعين عليك التوقيع وكتابة التاريخ هنا حتى يصبح هذا الإقرار ساريًا:  
**(YOU MUST SIGN AND DATE HERE FOR THIS DECLARATION TO BE EFFECTIVE:)**

التوقيع والتاريخ: (Signature and date)

## إقرار الشهود (Affirmation of Witnesses)

- أقر بأن الشخص الموقع على هذا الإقرار:  
(I affirm that the person signing this **Declaration**:)
- أ. معروف شخصيًا بالنسبة لي؛ (Is personally known to me;)
- ب. وقد وقع على هذا الإقرار أو أقر بتوقيعه عليه في حضوري؛  
(Signed or acknowledged his or her signature on this **Declaration** in my presence;)
- ج. ويبدو أنه في كامل قواه العقلية وليس خاضعًا لإكراه أو احتيال أو تأثير غير مشروع؛  
(Appears to be sound mind and not under duress, fraud or undue influence;)
- د. ولا تجمعني به صلة دم أو نسب أو علاقة تبني؛  
(Is not related to me by blood, marriage or adoption;)
- هـ. وليس مريضًا أو مقيمًا في منشأة أملكها أو أديرها أنا أو أحد أقربائي؛  
(Is not a patient or resident in a facility that I or my relative owns or operates;)
- و. ليس مريضًا لدي ولا يتلقى خدمات الصحة العقلية المقدمة مني أو من أحد أقربائي؛  
(Is not my patient and does not receive mental health services from me or my relative; and)
- ز. ولم يقم بتعييني ممثلًا له في هذا المستند. شهد على تحرير هذا الإقرار:  
(Has not appointed me as a representative in this document. Witnessed by:)

[توقيع الشاهد (اسم الشاهد بحروف واضحة)/التاريخ] ([Signature of Witness (Printed name of Witness)/date])

[توقيع الشاهد (اسم الشاهد بحروف واضحة)/التاريخ] ([Signature of Witness (Printed name of Witness)/date])

## قبول التعيين بصفة ممثل (Acceptance of Appointment As Representative)

أقر بموافقتي على هذا التعيين وموافقتي على التصرف باعتباري ممثلًا لاتخاذ القرارات المتعلقة بعلاج الصحة العقلية. أقر باستيعابي أنني يتعين عليّ التصرف بما يتوافق مع رغبات الشخص الذي أمثله، على النحو المعبر عنه في هذا الإقرار، أو وفقًا لما أعرفه بطريقة أخرى في حالة عدم التعبير عن الرغبات. إذا لم أكن أعرف رغبات الشخص الذي أمثله، فمن واجبي أن أتصرف وفقًا لما أعتقد - بحسن نية - أنه يحقق أفضل مصلحة لذلك الشخص. أقر باستيعابي أن هذا المستند يمنحني صلاحية اتخاذ القرارات بشأن علاج الصحة العقلية فقط، أثناء فترة اعتبار هذا الشخص يعاني من عدم القدرة على اتخاذ تلك القرارات وذلك بناءً على قرار من المحكمة أو من طبيبين. أقر باستيعابي أن الشخص الذي عينني قد يقوم بإلغاء هذا الإقرار كليًا أو جزئيًا من خلال الإبلاغ عن إلغائه إلى الطبيب المعالج أو أي مقدم رعاية آخر حين لا يكون الشخص عاجزًا.

(I accept this appointment and agree to serve as representative to make mental health treatment decisions. I understand that I must act consistently with the desires of the person I represent, as expressed in this **Declaration** or, if not expressed, as otherwise known by me. If I do not know the desires of the person I represent, I have a duty to act in what I believe in good faith to be that person's best interest. I understand that this document gives me authority to make decisions about mental health treatment only while that person has been determined to be incapable of making those decisions by a court or two physicians. I understand that the person who appointed me may revoke this **Declaration** in whole or in part by communicating the revocation to the attending physician or other provider when the person is not incapable.)

[توقيع الممثل (الاسم بأحرف واضحة) والتوقيع]  
([Signature of Representative (Printed name) and date])

[توقيع الممثل البديل (الاسم بأحرف واضحة) والتاريخ]  
([Signature of Alternate Representative (Printed name) and date])

## إخطار إلى الشخص الذي يقدم إقرارًا بشأن علاج الصحة العقلية (Notice to Person Making A Declaration for Mental Health Treatment)

هذا مستند قانوني هام. وهو يُنشئ إقرارًا بخصوص علاج الصحة العقلية. قبل التوقيع على هذا المستند، ينبغي أن تعرف هذه الحقائق المهمة:

يسمح لك هذا المستند باتخاذ القرارات مسبقًا بشأن أنواع محددة من علاج الصحة العقلية وتتضمن: الأدوية ذات التأثير النفسي ودخول منشآت العلاج لفترة قصيرة (لا تتجاوز 17 يومًا) والعلاج التشنجي وخدمات المرضى الخارجيين. خدمات المرضى الخارجيين هي عبارة عن خدمات صحة عقلية تقدم عن طريق زيارات بمواعيد وذلك من قبل البرامج والأخصائيين المرخص لهم. وسيتم اتباع التعليمات التي تقوم بتضمينها في هذا الإقرار فقط إذا قررت إحدى المحاكم أو قرر طبيبان أنك لست قادرًا على اتخاذ قرارات العلاج بنفسك. بخلاف ذلك، ستعتبر قادرًا على منح موافقتك على العلاجات أو سحب موافقتك عليها. وقد يتم تجاوز تعليماتك إذا كنت محتجزًا وفقًا لقانون الالتزام المدني.

كما يمكنك تعيين شخص ما باعتباره ممثلًا لك لاتخاذ قرارات العلاج نيابةً عنك إذا أصبحت غير قادر على هذا. ويقع على عاتق الشخص الذي تعينه واجب التصرف بما يتوافق مع رغباتك على النحو المبين في هذا المستند، أو حسب المعروف لدى الممثل بصورة أخرى إذا لم تكن رغباتك مبيّنة في هذا المستند. إذا لم يكن الممثل على علم برغباتك، فيجب عليه اتخاذ القرارات التي تحقق أفضل مصلحة لك. حتى يكون التعيين ساريًا، يجب على الشخص الذي تعينه أن يقبل التعيين قبولًا خطيًا. كما يحق للشخص أيضًا أن ينسحب من التصرف باعتباره ممثلًا في أي وقت. يُشار إلى "الممثل" أيضًا باسم "الوكيل الفعلي" في قانون الولاية، ولكن هذا الشخص لا يشترط أن يكون محاميًا قانونيًا.

سيظل هذا المستند ساريًا لمدة ثلاث سنوات، إلا إذا أصبحت غير قادر على المشاركة في قرارات علاج الصحة العقلية. وإذا حدث ذلك، فسيظل التوجيه ساريًا حتى تصبح غير عاجز.

لديك الحق في إلغاء هذا المستند كليًا أو جزئيًا في أي وقت ما دام لم يتم تحديدها باعتبارك عاجزًا. لا يحق لك إلغاء هذا الإقرار أثناء اعتبارك غير قادر على اتخاذ القرارات من قبل إحدى المحاكم أو طبيبين. يعتبر الإلغاء ساريًا بمجرد الإبلاغ عنه إلى طبيبك أو مقدم رعاية آخر.

إذا كان هناك أي شيء في هذا المستند لا تستوعبه، فينبغي أن تطلب من أحد المحامين أن يوضحه لك. لن يكون هذا الإقرار صالحًا وساريًا إلا بعد توقيعه من قبل شاهدين مؤهلين يعرفانك شخصيًا ومتواجدين أثناء توقيعك أو إقرارك بصحة توقيعك.

*(This is an important legal document. It creates a declaration for mental health treatment. Before signing this document, you should know these important facts:*

*This document allows you to make decisions in advance about certain types of mental health treatment: psychoactive medication, short-term (not to exceed 17 days) admission to a treatment facility, convulsive treatment and outpatient services. Outpatient services are mental health services provided by appointment by licensed professionals and programs. The instructions that you include in this declaration will be followed only if a court or two physicians believe that you are incapable of making treatment decisions. Otherwise, you will be considered capable to give or withhold consent for the treatments. Your instructions may be overridden if you are being held pursuant to civil commitment law.*

*You may also appoint a person as your representative to make treatment decisions for you if you become incapable. The person you appoint has a duty to act consistently with your desires as stated in this document or, if not stated, as otherwise known by the representative. If your representative does not know your desires, he or she must make decisions in your best interests. For the appointment to be effective, the person you appoint must accept the appointment in writing. The person also has the right to withdraw from acting as your representative at any time. A "representative" is also referred to as an "attorney-in-fact" in state law but this person does not need to be an attorney at law.*

*This document will continue in effect for a period of three years unless you become incapable of participating in mental health treatment decisions. If this occurs, the directive will continue in effect until you are no longer incapable.*

*You have the right to revoke this document in whole or in part at any time you have not been determined to be incapable. **YOU MAY NOT REVOKE THIS DECLARATION WHEN YOU ARE CONSIDERED INCAPABLE BY A COURT OR TWO PHYSICIANS.** A revocation is effective when it is communicated to your attending physician or other provider.*

*If there is anything in this document that you do not understand, you should ask a lawyer to explain it to you. This declaration will not be valid unless it is signed by two qualified witnesses who are personally known to you and who are present when you sign or acknowledge your signature.)*

## إخطار إلى الطبيب أو مقدم الرعاية (Notice to Physician or Provider)

بموجب قانون أوريغون، يمكن للشخص استخدام هذا الإقرار لتقديم الموافقة فيما يخص علاج الصحة العقلية أو لتعيين ممثل لاتخاذ قرارات علاج الصحة العقلية حين يكون هذا الشخص عاجزًا عن اتخاذ تلك القرارات. يكون الشخص "عاجزًا" حين تكون قدرة الشخص، من وجهة نظر إحدى المحاكم أو طبييين اثنين، على استقبال المعلومات وتقييمها بشكل فعال أو الإبلاغ عن القرارات، معاقة لدرجة تجعل الشخص يفقد القدرة على اتخاذ قرارات علاج الصحة العقلية. يصبح هذا المستند ساريًا عند تسليمه إلى طبيب الشخص أو غيره من مقدمي الرعاية، ويظل ساريًا لحين إلغائه أو انتهاء صلاحيته. عند تقديم هذا الإقرار، يتعين على الطبيب أو مقدم الرعاية أن يعتبره جزءًا من السجلات الطبية الخاصة بالشخص. عند التصرف بموجب صلاحيات الإقرار، يجب على الطبيب أو مقدم الرعاية الالتزام به إلى أقصى حد ممكن. إذا لم يكن الطبيب أو مقدم الرعاية على استعداد للالتزام بالإقرار، فيحق للطبيب أو مقدم الرعاية الانسحاب من تقديم الرعاية بما يتوافق مع التقدير المهني ويجب عليه أن يقوم على الفور بإخطار الشخص وإخطار ممثل الشخص وأن يوثق الإخطار في السجل الطبي للشخص. إن الطبيب أو مقدم الرعاية، الذي يقدم علاجًا للصحة العقلية أو يمتنع عن تقديمه بالاعتماد -وبحسن نية - على صحة وصلاحيات هذا الإقرار، لا يعتبر عرضة للمحاكمة الجنائية أو المسؤولية المدنية أو الإجراءات التأديبية المهنية الناتجة عن نتيجة لاحقة لبطان الإقرار.

*(Under Oregon law, a person may use this declaration to provide consent for mental health treatment or to appoint a representative to make mental health treatment decisions when the person is incapable of making those decisions. A person is "incapable" when, in the opinion of a court or two physicians, the person's ability to receive and evaluate information effectively or communicate decisions is impaired to such an extent that the person currently lacks the capacity to make mental health treatment decisions. This document becomes operative when it is delivered to the person's physician or other provider and remains valid until revoked or expired. Upon being presented with this declaration, a physician or provider must make it a part of the person's medical record. When acting under authority of the declaration, a physician or provider must comply with it to the fullest extent possible. If the physician or provider is unwilling to comply with the declaration, the physician or provider may withdraw from providing treatment consistent with professional judgment and must promptly notify the person and the person's representative and document the notification in the person's medical record. A physician or provider who administers or does not administer mental health treatment according to and in good faith reliance upon the validity of this declaration is not subject to criminal prosecution, civil liability or professional disciplinary action resulting from a subsequent finding of the declaration's invalidity.)*

تم وضع هذا الدليل المتعلق بنموذج وإقرار علاج الصحة العقلية في أوريغون وفقًا لقانون ولاية أوريغون المنقح (ORS) من 127.700 وحتى 127.736.

***(This Guide to Oregon's Declaration for Mental Health Treatment and Form was developed pursuant to Oregon Revised Statutes (ORS) 127.700 through 127.736.)***