



Vorm 3a - 2021

Advance Care Richtlijn

Gemaak onder die

Wet op Mediese Behandelingsbeplanning en -besluite 2016 (Vic.)

Sodra dit ingevul, onderteken en waargeneem is, vervang hierdie Gevorderde Sorg-richtlijn enige vorige Gevorderde Sorg-richtlijn wat u moontlik gemaak het. Dying With Dignity Victoria beveel sterk aan dat jy hierdie vorm eers na deeglike oorweging voltooi.

1. Persoonlike Besonderhede

Naam:	
Adres:	
Staat:	
Poskode:	
Geboortedatum:	

My huidige gesondheidstatus ten tyde van ondertekening:

Ek is in goeie gesondheid
My huisdokter beveel aan dat ek aan ly (<i>beskryf jou diagnose</i>):

Geteken: _____

2. Instruksionele richtlijn

Hierdie instruksionele richtlijn is **regsbindend** en kommunikeer jou mediese behandelingsbesluite direk aan jou gesondheidspraktisyns. Sterf met waardigheid Victoria beveel sterk aan dat jy 'n mediese praktisyn raadpleeg as jy besluit om hierdie instruksionele richtlijn te voltooi.

- **Jou Instruksionele Voorskrif sal slegs gebruik word as jy nie die vermoë het om 'n mediese behandelingsbesluit te neem nie.**
- Jou mediese behandelingsbesluite in hierdie instruksionele richtlijn tree in werking asof jy ingestem het tot of geweier het om mediese behandeling te begin of voort te sit.
- As enige van jou stellings in bepaalde omstandighede onduidelik of onseker is, sal dit 'n Waarde-voorskrif word (sien bladsy 5).
- Onder s51 van die *Wet op Mediese Behandelingsbeplanning en Besluite*, daar mag dalk nie van 'n gesondheidspraktisyn vereis word om aan jou instruksionele richtlijn te voldoen as omstandighede so verander het dat die implementering van jou richtlijn nie meer in ooreenstemming met jou voorkeure en wense sal wees nie.

Die toepassing van hierdie instruksionele richtlijn

Hierdie instruksionele richtlijn moet van toepassing wees **ensy**:

Stem saam

Verskil

Ek ly net aan 'n kortstondige (tydelike) verlies aan bevoegdheid, soos hipoglukemie of TIA (verbygaande iskemiese aanval) of ligte harsingskudding.

Ek ly aan 'n ernstige siekte, maar na die mening van twee onafhanklike mediese praktisyns (ten minste een 'n spesialis), sal ek waarskynlik tot 'n toestand van onafhanklikheid en bekwaamheid herstel, sonder diepgaande fisiese of sielkundige lyding.

Geteken: _____

Onderhewig aan die bogenoemde voorwaardes in "Toepassing van hierdie instruksionele richtlijn", **Ek verklaar dat ten opsigte van mediese ingryping of behandeling wat daarop gemik is om my lewe te verleng of in stand te hou:**

Behandeling

ek weier

ek aanvaar

Kunsmatige voeding (voeding en/of hidrasie)

Antibiotika

Kunsmatige asemhaling

Enige chirurgiese prosedures

Sirkulasieondersteuning, insluitend KPR

Korreksies van abnormale vlakke van enige giftige stof

Bloedoortapping

Geneesmiddelbehandeling van hoë/lae bloedsuiker

Geneesmiddelbehandeling van hoë/lae bloeddruk

Nierdialise

Verder, **Ek verklaar** dat enige aanhoudende ontstellende simptome (pyn, asemnood, en dié wat veroorsaak word deur 'n gebrek aan voedsel en vloeistof) moet wees **maksimaal verlig** deur toepaslike pynstiller, kalmeermiddel of ander palliatiewe behandeling (insluitend om lippe, mond en oë klam te hou), al kan daardie palliatiewe behandeling ook die bykomende gevolg hê dat dit my lewe verkort.

Geteken: _____

Demensie

Dementia kan beskou word as om deur 'n aantal stadiums te vorder. Een klassifikasie¹ het sewe fases, met die vroeë stadiums (1-3) wat slegs ligte agteruitgang toon en die latere stadiums (6-7) wat ernstige tot baie ernstige kognitiewe agteruitgang toon. Vanaf stadium 5 begin 'n individu bystand benodig om te oorleef.

Met hierdie progressiewe stadiums in gedagte, as ek deur 'n dokter beoordeel word as nie bevoeg om besluite te neem oor my mediese behandeling en

As ek gediagnoseer word met enige stadium van demensie.

Slegs as ek met stadium 6 demensie gediagnoseer word.

Slegs as ek met stadium 7 demensie gediagnoseer word.

en ook,

Ongeag of my primêre sorg in die huis/gemeenskap, of in 'n inrigting is.

Slegs as ek in deurlopende institusionele sorg opgeneem is.

Dan verklaar ek dat, behalwe vir die gebruik van antibiotika vir geringe nie-lewensbedreigende infeksies, ek enige mediese behandeling weier met die doel of uitkoms om my lewe te verleng (soos gelys op bladsy 3 hierbo):

Selfs al blyk ek tevrede te wees soos beoordeel deur my Mediese Behandeling Besluitnemer.

Behalwe as ek tevrede blyk te wees soos beoordeel deur my Mediese Behandelingsbesluitnemer (en hierdie toestand kan herroep word as ek nie meer tevrede blyk te wees nie).

Ek verklaar dit ook:

Ek weier voeding en hidrasie deur bygestaan lepelvoeding onder enige omstandighede.

Ek aanvaar lepelvoeding maar slegs as ek blykbaar dit vrywillig aanvaar en my kos geniet, soos beoordeel deur my Mediese Behandeling Besluitnemer.

Hierdie voorwaarde kan herroep word as my MTDM daarna oordeel dat ek nie vrywillig lepelvoeding aanvaar nie of nie blyk om sulke voeding te geniet nie.

¹Sien Reisberg se sewe stadiums van Alzheimer se siekte [hier](#).

Geteken: _____

3. Waardesrichtlijn

Verwys na die MyValues webwerf (www.myvalues.org.au) vir idees om antwoorde op hierdie afdeling te help lei.

As jy die Instruksionele Richtlijn op bladsye 2-3 behoorlik voltooi en onderteken het, geniet dit voorkeur bo voorkeure wat jy in hierdie Waardesrichtlijn mag uitdruk. **Maak seker dat daar niks in jou Waardesrichtlijn is wat in stryd is met wat jy in jou Instruksionele Voorskrif opdrag gegee het nie.**

Jy hoef nie alle afdelings van hierdie Waardesrichtlijn te voltooi nie.

(a) Wat die belangrikste in my lewe is (wat beteken dit vir jou om goed te lewe?)

Punte om in hierdie afdeling te oorweeg kan godsdienstige of kulturele oortuigings, familie en vriende, geestelike belangstellings en onafhanklikheid wees. Verduidelik hoekom dit vir jou belangrik is, sodat jou Mediese Besluitnemer verstaan wat lewenskwaliteit vir jou beteken.

Geteken: _____

(b) Wat my die meeste bekommer oor my toekoms is:

Vir sommige mense kan dit insluit dat hulle pyn het, in 'n versorgingsfasiliteit intrek, nie persoonlike sorg kan handhaaf nie, nie aan sosiale/gesinsaktiwiteite kan deelneem nie, of die vermoë om te kommunikeer verloor.

(c) Vir my is onaanvaarbare uitkomst van mediese behandeling na siekte of besering:

Vir sommige sal dit onaanvaarbaar wees om familie en vriende nie te herken nie. Ander wil dalk nie op masjinerie of versorgers aangewese wees nie.

Geteken: _____

(d) Ander dinge wat ek graag wil weet is:

Ander sake wat jy wil hê jou Mediese Behandeling Besluitnemer moet in ag neem. Dit kan jou voorkeurplek van sorg, mediese behandelingsprosedures of geestelike/godsdiensstige/kulturele vereistes wees.

(e) Ander mense wat ek graag by besprekings oor my sorg betrokke wil hê, is:

Verskaf jou Mediese Besluitnemer van besonderhede van enige ander persoon wat jy wil (of nie) betrokke wil hê by besprekings oor jou mediese sorg.

(f) As ek die dood nader, sal die volgende dinge vir my belangrik wees:

Oorweeg die mense wat jy graag wil aanbied. Jy mag dalk wens dat jou gunsteling musiek gespeel word, of foto's om jou te omring of om jou troeteldier by jou te hê.

Geteken: _____

Orgaanskenking

In die geval van my dood:

Ek is bereid om oorweeg te word vir orgaan- en weefselskenking, en erken dat mediese ingrypings nodig mag wees vir skenking om plaas te vind

Ek is nie bereid om vir orgaan- en weefselskenking oorweeg te word nie.

Ek verklaar dat ek hierdie dokument na deeglike oorweging voltooi het.

Ek behou die reg voor om hierdie Gevorderde Sorg-richtlijn te eniger tyd te herroep, maar tensy ek dit doen so, dit moet geneem word om my voortgesette aanwysings voor te stel.

Geteken: _____

4. Mediese Behandeling Besluitnemers

NEEM ASSEBLIEF KENNIS: Hierdie afdeling lys slegs jou Mediese Behandeling Besluitnemer/s. Dit doen nie 'n persoon amptelik in die rol van Mediese Behandeling Besluitnemer aan te stel. Dit moet gedoen word deur die vorm te voltooi *Aanstelling van 'n Mediese Behandeling Besluitnemer*.

Ek het as my Mediese Behandeling Besluitnemer/s aangestel:

Mediese Behandeling Besluitnemer 1

Naam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Telefoon nommer:	

Mediese behandeling besluitnemer 2

Naam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Telefoon nommer:	

Geteken: _____

5. Getuienis

Jy moet tekenvoor twee volwasse getuies.

Getuie 1 moet 'n mediese praktisyn wees. Getuie 2 kan 'n ander volwassene wees.

Geen getuie kan 'n persoon wees wat jy as jou Mediese Behandeling Besluitnemer aangestel het nie.

Jou handtekening:	
Datum:	

Elke getuie sertifiseer dat:

- Ten tyde van die ondertekening van die dokument het die persoon wat die Gevorderde Sorg-richtlijn gegee het, besluitnemingsbevoegdheid gehad met betrekking tot elke stelling in die richtlijn
- Ten tyde van die ondertekening van die dokument, het die persoon wat die Advance Care-richtlijn gegee het blykbaar die aard en effek van elke stelling in die richtlijn verstaan
- Die persoon het blykbaar vryelik en vrywillig die dokument onderteken
- Die persoon het die dokument in my teenwoordigheid en in die teenwoordigheid van die tweede getuie onderteken, en
- Ek is nie 'n aangestelde Mediese Behandeling Besluitnemer van die persoon nie.

Getuie 1 - Geregistreerde Mediese Praktisyn

Volle naam:	
Kwalifikasie en AHPRA nommer:	
Geteken:	
Datum:	

Getuie 2 - Nog 'n volwassene

Volle naam:	
Geteken:	
Datum:	

Geteken: _____

Wat om met hierdie vorm te doen

- Hou die oorspronklike vorm by jou. Gee afskrifte aan jou Mediese Behandeling Besluitnemer, familie, vriende en enige behandelende dokters. Hou ekstra kopieë by jou ingeval jy in die hospitaal opgeneem word of deur enige bykomende dokters of gesondheidspraktisyns behandel sal word.
- Maak seker dat jou Mediese Besluitnemer die vorm geles het en dit heeltemal verstaan.
- Jou Advance Care-richtlijn kan op die My Health Record opgelaa word.

Resensies

Dying With Dignity Victoria beveel sterk aan dat jy hierdie dokument gereeld hersien, aangesien jou wense kan verander of daar vooruitgang in mediese tegnologie kan wees. Jy sal wys wees om die dokument elke twee jaar te hersien of as die toestand van jou gesondheid aansienlik verander.

Elke keer as jy jou dokument hersien en jou wense hetnie verander, teken en dateer een van die erkennings hieronder. As jou wense verander het, moet jy 'n nuwe Advance Care-richtlijn voltooi.

Hersiening van dokument: 1

Ek bevestig dat ek hierdie dokument nagegaan het en dat daar niks is wat ek wil verander nie.

Geteken:	
Datum:	

Hersiening van dokument: 2

Ek bevestig dat ek hierdie dokument nagegaan het en dat daar niks is wat ek wil verander nie.

Geteken:	
Datum:	

Hersiening van dokument: 3

Ek bevestig dat ek hierdie dokument nagegaan het en dat daar niks is wat ek wil verander nie.

Geteken:	
Datum:	

Geteken: _____