



Obrazac 3a - 2021

Direktiva o prethodnoj skrbi

Izrađen ispod

Zakon o planiranju liječenja i odlukama iz 2016. (Vic.)

Nakon što je popunjena, potpisana i potvrđena, ova Direktiva o prethodnoj skrbi zamjenjuje sve prethodne Direktive o prethodnoj skrbi koju ste možda izradili. Dying With Dignity Victoria toplo preporučuje da ispunite ovaj obrazac tek nakon pažljivog razmatranja.

1. Osobni podaci

Ime:	
Adresa:	
Država:	
Poštanski broj:	
Datum rođenja:	

Moje trenutno zdravstveno stanje u trenutku potpisivanja:

dobrog sam zdravlja
Moj liječnik opće prakse savjetuje da bolujem od <i>(opišite svoju dijagnozu)</i> .

Potpisano: _____

Stranica 1 od 11

2. Direktiva s uputama

Ova Direktiva s uputama je **zakonski obvezujuće** i prenosi vaše odluke o liječenju izravno vašim liječnicima. Umiranje s dostojanstvom Victoria snažno preporučuje da se posavjetujete s liječnikom ako odlučite ispuniti ovu Uputu.

- **Vaša Direktiva s uputama koristit će se samo ako niste sposobni donijeti odluku o medicinskom liječenju.**
- Vaše odluke o liječenju u ovoj Uputi s uputama stupaju na snagu kao da ste pristali ili odbili započeti ili nastaviti liječenje.
- Ako je bilo koja od vaših izjava nejasna ili nesigurna u određenim okolnostima, postat će Direktiva o vrijednostima (vidi stranicu 5).
- Pod s51 od *Zakon o planiranju i odlukama liječenja*, od liječnika se možda neće tražiti da se pridržava vaše Upute o uputama ako su se okolnosti promijenile tako da provedba vaše Direktive više ne bi bila u skladu s vašim preferencijama i željama.

Primjenom ove Upute

Ova Direktiva s uputama mora se primjenjivati **osim ako**:

slažem se

Ne slažem se

Patim samo od prolaznog (privremenog) gubitka sposobnosti, kao što je hipoglikemija ili TIA (prolazni ishemijski napad) ili blagi potres mozga.

Bolujem od teške bolesti, ali prema mišljenju dva neovisna liječnika (barem jedan specijalista), vjerojatno ću se oporaviti u stanje neovisnosti i sposobnosti, bez duboke fizičke ili psihičke patnje.

Potpisano: _____

Podložno gore navedenim uvjetima u "Primjeni ove Upute", **Izjavljujem da u pogledu medicinske intervencije ili liječenja usmjerene na produljenje ili održavanje mog života:**

Liječenje

Odbijam

prihvaćam

Umjetno hranjenje (prehrana i/ili hidratacija)
Antibiotici
Umjetno disanje
Bilo koji kirurški zahvat
Cirkulatorna potpora, uključujući CPR
Korekcije abnormalnih razina bilo koje otrovne tvari
Transfuzija krvi
Liječenje visokog/niskog šećera u krvi lijekovima
Liječenje visokog/niskog krvnog tlaka lijekovima
Bubrežna dijaliza

Unaprijediti, **izjavljujem** da se svi trajni uznemirujući simptomi (bol, nedostatak daha i oni uzrokovani nedostatkom hrane i tekućine) trebaju **maksimalno ublaženo** odgovarajućim analgetikom, sedativom ili drugim palijativnim liječenjem (uključujući održavanje usana, usta i očiju vlažnim), iako to palijativno liječenje također može imati dodatnu posljedicu skraćivanja mog života.

Demencija

Može se smatrati da demencija napreduje kroz nekoliko faza. Jedna klasifikacija¹ ima sedam faza, pri čemu rane faze (1-3) pokazuju samo blago pogoršanje, a kasnije faze (6-7) pokazuju ozbiljan do vrlo ozbiljan kognitivni pad. Od faze 5, pojedinac počinje zahtijevati pomoć da preživi.

Imajući na umu ove progresivne faze, ako me liječnik ocijeni da nisam kompetentan za donošenje odluka u vezi s mojim medicinskim liječenjem i

Ako mi se dijagnosticira bilo koji stadij demencije.

Samo ako mi je dijagnosticirana demencija 6. stupnja.

Samo ako mi je dijagnosticirana demencija 7. stupnja.

I također,

Bez obzira na to je li moja primarna skrb u domu/zajednici ili u ustanovi.

Samo ako sam primljen na trajnu institucionalnu skrb.

Zatim izjavljujem da, osim za korištenje antibiotika za manje infekcije koje nisu opasne po život, odbijam bilo kakav medicinski tretman sa svrhom ili ishodom produljenja mog života (kao što je navedeno na stranici 3 gore):

Čak i ako se čini da sam zadovoljan prema ocjeni mog donositelja odluke o medicinskom liječenju.

Osim ako se čini da sam zadovoljan prema ocjeni mog donositelja odluke o medicinskom liječenju (a ovo stanje se može opozvati ako više ne izgledam zadovoljno).

To također izjavljujem:

Odbijam prehranu i hidrataciju potpomognutim hranjenjem na žlicu u svim okolnostima.

Prihvaćam hranjenje žlicom, ali samo ako se čini da to dobrovoljno prihvaćam i uživam u hrani, prema ocjeni mog donositelja odluke o medicinskom liječenju.

Ovo stanje može biti opozvano ako moj MTDM naknadno ocijeni da ne prihvaćam dobrovoljno hranjenje žlicom ili se čini da ne uživam u takvom hranjenju.

¹Pogledajte Reisbergovih Sedam faza Alzheimerove bolesti [ovdje](#).

3. Direktiva o vrijednostima

Pogledajte web stranicu MyValues (www.myvalues.org.au) za ideje koje će vam pomoći u usmjeravanju odgovora na ovaj odjeljak.

Ako ste ispravno popunili i potpisali Direktivu o uputama na stranicama 2-3, ona ima prednost nad preferencijama koje možete izraziti u ovoj Direktivi o vrijednostima. **Uvjerite se da u vašoj Direktivi o vrijednostima ne postoji ništa što bi bilo u suprotnosti s onim što ste dali uputama u vašoj Direktivi o instrukciji.**

Ne morate ispuniti sve odjeljke ove Direktive o vrijednostima.

(a) Što mi je najvažnije u životu (što za tebe znači dobro živjeti?)

Točke koje treba razmotriti u ovom odjeljku mogu biti vjerska ili kulturna uvjerenja, obitelj i prijatelji, duhovni interesi i neovisnost. Objasnite zašto su vam oni važni, tako da vaš donositelj odluke o medicinskom liječenju razumije što vam znači kvaliteta života.

Potpisano: _____

(b) Ono što me najviše brine o mojoj budućnosti je:

Za neke ljude to može uključivati bol, preseljenje u ustanovu za njegu, nemogućnost održavanja osobne skrbi, nemogućnost sudjelovanja u društvenim/obiteljskim aktivnostima ili gubitak sposobnosti komunikacije.

(c) Za mene su neprihvatljivi ishodi liječenja nakon bolesti ili ozljede:

Za neke bi nesposobnost prepoznati obitelj i prijatelje bilo neprihvatljivo. Drugi se možda ne žele oslanjati na strojeve ili njegovatelje.

Potpisano: _____

(d) Ostale stvari koje bih volio znati su:

Ostala pitanja koja želite da vaš donositelj odluke o medicinskom liječenju uzme u obzir. To mogu biti vaše željeno mjesto njege, postupci liječenja ili duhovni/religijski/kulturni zahtjevi.

(e) Drugi ljudi koje bih želio uključiti u rasprave o svojoj skrbi su:

Dajte svom donositelju odluka o medicinskom liječenju pojedinosti o bilo kojoj drugoj osobi koju biste (ili ne biste) željeli uključiti u rasprave o vašoj medicinskoj skrbi.

(f) Ako sam blizu smrti, sljedeće stvari bi mi bile važne:

Razmislite o ljudima koje biste željeli predstaviti. Možda ćete poželjeti da se pušta vaša omiljena glazba, fotografije koje vas okružuju ili da vaš ljubimac bude uz sebe.

Potpisano: _____

Donacija organa

U slučaju moje smrti:

Spreman sam uzeti u obzir za darivanje organa i tkiva i priznajem da bi medicinske intervencije mogle biti potrebne za donaciju

Nisam voljan da me razmatraju za darivanje organa i tkiva.

Izjavljujem da sam dovršio ovaj dokument nakon pažljivog razmatranja.

Zadržavam pravo opozvati ovu Direktivu o prethodnoj skrbi u bilo kojem trenutku, ali osim ako to ne učinim dakle, to treba uzeti kao predstavljanje mojih daljnjih smjernica.

Potpisano: _____

4. Donositelji odluka o liječenju

NAPOMENA: Ovaj odjeljak navodi samo vaše donositelje/e odluke o medicinskom liječenju. To radine službeno imenovati osobu na ulogu donositelja odluka o medicinskom liječenju. To se mora učiniti ispunjavanjem obrasca *Imenovanje donositelja odluke o liječenju*.

Za svog donositelja/e odluke o liječenju imenovao sam:

Donositelj odluke o medicinskom liječenju 1

Ime:	
Datum rođenja:	
Adresa:	
Broj telefona:	

Donositelj odluke o medicinskom liječenju 2

Ime:	
Datum rođenja:	
Adresa:	
Broj telefona:	

Potpisano: _____

5. Svjedočenje

Morate potpisati ispred dva odrasla svjedoka.

Svjedok 1 mora biti liječnik. Svjedok 2 može biti još jedna odrasla osoba.

Niti jedan svjedok ne može biti osoba koju ste imenovali za svog donositelja odluke o liječenju.

Vaš potpis:	
Datum:	

Svaki svjedok potvrđuje da:

- U vrijeme potpisivanja dokumenta, činilo se da osoba koja daje Direktivu o prethodnoj skrbi ima sposobnost donošenja odluka u vezi sa svakom izjavom u Direktivi
- U vrijeme potpisivanja dokumenta, činilo se da osoba koja je dala Direktivu o prethodnoj skrbi razumije prirodu i učinak svake izjave u Direktivi
- Činilo se da je osoba slobodno i dobrovoljno potpisala dokument
- Osoba je potpisala dokument u mojoj prisutnosti i u nazočnosti drugog svjedoka, i

- Nisam imenovani za donošenje odluka o medicinskom liječenju te osobe.

Svjedok 1 - registrirani liječnik

Puno ime:	
Kvalifikacija i AHPRA broj:	
Potpisano:	
Datum:	

Svjedok 2 - Još jedna odrasla osoba

Puno ime:	
Potpisano:	
Datum:	

Potpisano: _____

Što učiniti s ovim obrascem

- Držite originalni obrazac sa sobom. Dajte kopije svom donositelju odluka o medicinskom liječenju, obitelji, prijateljima i svim liječnicima. Čuvajte rezervne primjerke sa sobom u slučaju da ste primljeni u bolnicu ili da će vas liječiti dodatni liječnici ili zdravstveni radnici.
- Provjerite je li vaš donositelj odluke o medicinskom liječenju pročitao i u potpunosti razumio obrazac.
- Vaša Direktiva o prethodnoj skrbi može se učitati u My Health Record.

Recenzije

Umiranje s dostojanstvom Victoria snažno preporučuje da redovito pregledavate ovaj dokument jer se vaše želje mogu promijeniti ili može doći do napretka medicinske tehnologije. Bilo bi mudro pregledati dokument svake dvije godine ili ako se vaše zdravstveno stanje značajno promijeni.

Svaki put kad pregledate svoj dokument i vaše želje promijenio, potpisati i datirati jedno od dolje navedenih potvrda. Ako su se vaše želje promijenile, morate ispuniti novu Direktivu o prethodnoj skrbi.

Pregled dokumenta: 1

Potvrđujem da sam pregledao ovaj dokument i da ne postoji ništa što bih želio promijeniti.

Potpisano:	
Datum:	

Pregled dokumenta: 2

Potvrđujem da sam pregledao ovaj dokument i da ne postoji ništa što bih želio promijeniti.

Potpisano:	
Datum:	

Pregled dokumenta: 3

Potvrđujem da sam pregledao ovaj dokument i da ne postoji ništa što bih želio promijeniti.

Potpisano:	
Datum:	

Potpisano: _____