

Formulář 3- 2021

Směrnice o předběžné péči

Vyrobeno pod

Zákon o lékařském plánování a rozhodování z roku 2016 (Vic.)

Po vyplnění, podpisu a potvrzení tato směrnice o předběžné péči nahradí jakoukoli předchozí směrnici o předběžné péči, kterou jste případně učinili. Dying With Dignity Victoria důrazně doporučuje vyplnit tento formulář pouze po pečlivém zvážení.

1. Osobní údaje

Název:	
Adresa:	
Stát:	
PSČ:	
Datum narození:	

Můj aktuální zdravotní stav v době podpisu:

Jsem zdravotně v pořádku
Můj praktický lékař mi radí, že trpím (<i>popiš svou diagnózu</i>):

Podepsaný: _____

2. Instrukční směrnice

Tato Instrukční směrnice je **právně zavazující**a sděluje vaše rozhodnutí o léčbě přímo vašim praktickým lékařům. Dying With Dignity Victoria důrazně doporučuje, abyste se poradili s praktickým lékařem, pokud se rozhodnete dokončit tuto Instrukční směrnici.

- **Vaše Instrukční směrnice bude použita pouze v případě, že nejste schopni učinit rozhodnutí o lékařském ošetření.**
- Vaše rozhodnutí o lékařském ošetření v této Instrukční směrnici nabývají účinnosti, jako byste souhlasili nebo odmítli zahájit nebo pokračovat v lékařském ošetření.
- Pokud je některé z vašich prohlášení za určitých okolností nejasné nebo nejisté, stane se směrnici o hodnotách (viz strana 5).
- Podle s51 *Zákon o plánování a rozhodování lékařské péče*, lékař nemusí být povinen dodržovat vaši Instrukční směrnici, pokud se okolnosti změnil tak, že by implementace vaší směrnice již nebyla v souladu s vašimi preferencemi a přáními.

Použití této Instrukční směrnice

Musí platit tato směrnice **leďaže**:

Souhlasit

Nesouhlasit

Trpím pouze přechodnou (dočasnou) ztrátou kompetence, jako je hypoglykémie nebo TIA (přechodná ischemická ataka) nebo lehký otřes mozku.

Trpím závažnou nemocí, ale podle názoru dvou nezávislých lékařů (alespoň jednoho specialisty) se pravděpodobně zotavím do stavu nezávislosti a způsobilosti, aniž bych trpěl fyzickým nebo psychickým utrpením.

Podepsáno: _____

Strana 2 z 11

S výhradou výše uvedených podmínek v části „Uplatnění této směrnice s pokyny“,
**Prohlašuji, že s ohledem na lékařský zákrok nebo léčbu zaměřenou na prodloužení
nebo udržení mého života:**

Léčba

Odmítám

přijímám

Umělé krmení (výživa a/nebo hydratace)

Antibiotika

Umělé dýchání

Jakékoli chirurgické zákroky

Podpora oběhu, včetně KPR

Korekce abnormálních hladin jakékoli toxické látky

Krevní transfúze

Medikamentózní léčba vysoké/nízké hladiny cukru v krvi

Medikamentózní léčba vysokého/nízkého krevního tlaku

Renální dialýza

Dále, **prohlašuji** že jakékoli přetrvávající úzkostné příznaky (bolest, dušnost a ty způsobené nedostatkem jídla a tekutin) by měly být **maximálně zmírněno** vhodnou analgetickou, sedativní nebo jinou paliativní léčbou (včetně udržování vlhkosti rtů, úst a očí), i když tato paliativní léčba může mít další důsledek zkrácení mého života.

Demence

Demence může být považována za pokročilou v několika fázích. Jedna klasifikace¹ má sedm fází, přičemž raná stadia (1-3) vykazují pouze mírné zhoršení a pozdější stadia (6-7) vykazují závažný až velmi závažný kognitivní pokles. Od fáze 5 začíná jedinec vyžadovat pomoc, aby přežil.

S ohledem na tato progresivní stadia, pokud jsem lékařem posouzen jako nekompetentní k rozhodování o mé lékařské léčbě a

Pokud mi bude diagnostikováno jakékoli stadium demence.

Pouze pokud mám diagnostikovanou demenci 6. stupně.

Pouze pokud mám diagnostikovanou demenci 7. stupně.

a také,

Bez ohledu na to, zda je moje primární péče v domácnosti/komunitě nebo v ústavu.

Pouze pokud jsem byl přijat do průběžné ústavní péče.

Poté prohlašuji, že s výjimkou užívání antibiotik u drobných život neohrožujících infekcí odmítám jakékoli lékařské ošetření s cílem nebo výsledkem prodloužení mého života (jak je uvedeno na straně 3 výše):

I když se zdá, že jsem spokojený, jak soudí můj lékař s rozhodovací pravomocí.

S výjimkou případů, kdy se zdá, že jsem spokojený, jak posoudil můj lékař s rozhodovací pravomocí (a tato podmínka může být zrušena, pokud již nebudu spokojen).

To také prohlašuji:

Výživu a hydrataci asistovaným krmením lžičkou za žádných okolností odmítám.

Přijímám krmení lžičkou, ale pouze pokud se zdá, že to přijímám dobrovolně a užívám si své jídlo, jak posoudil můj lékař s rozhodovací pravomocí.

Tato podmínka může být odvolána, pokud můj MTDM následně usoudí, že dobrovolně nepřijímám krmení lžičkou nebo nevypadám, že bych si takové krmení užíval.

¹Viz Reisbergův Sedm fází Alzheimerovy choroby [tady](#).

3. Hodnotová směrnice

Viz web MyValues (www.myvalues.org.au) za nápady, které vám pomohou při odpovědích na tuto sekci.

Pokud jste řádně vyplnili a podepsali Instrukční směrnici na stranách 2-3, má přednost před preferencemi, které můžete vyjádřit v této Směrnici o hodnotách. **Ujistěte se, že ve vaší Směrnici o hodnotách není nic, co by bylo v rozporu s tím, co jste dali ve vaší Instrukční směrnici.**

Nemusíte vyplnit všechny části této směrnice o hodnotách.

(A) Co je v mém životě nejdůležitější (co pro vás znamená žít dobře?)

Body ke zvážení v této části mohou být náboženské nebo kulturní přesvědčení, rodina a přátelé, duchovní zájmy a nezávislost. Vysvětlete, proč jsou pro vás důležité, aby váš lékař s rozhodovací pravomocí pochopil, co pro vás znamená kvalita života.

Podepsáno: _____

(b) Co mě nejvíce znepokojuje ohledně mé budoucnosti:

U některých lidí to může zahrnovat bolest, přestěhování do pečovatelského zařízení, neschopnost udržovat osobní péči, neschopnost účastnit se společenských/rodinných aktivit nebo ztrátu schopnosti komunikovat.

(C) Pro mě jsou nepřijatelné výsledky lékařského ošetření po nemoci nebo úrazu:

Pro některé by bylo nepřijatelné, že by nemohli rozpoznat rodinu a přátele. Jiní si možná nepřejí být závislí na strojích nebo pečovateli.

Podepsáno: _____

(d) Další věci, které bych rád věděl, jsou:

Další záležitosti, které si přejete, aby váš lékař s rozhodovací pravomocí vzal v úvahu. Mohou to být vaše preferované místo péče, léčebné procedury nebo duchovní/náboženské/kulturní požadavky.

(E) Další lidé, které bych rád zapojil do diskuzí o mé péči, jsou:

Poskytněte svému lékaři s rozhodovací pravomocí podrobnosti o jakékoli další osobě, kterou byste chtěli (nebo nechtěli) zapojit do diskuzí o vaší lékařské péči.

(F) Pokud se blíží smrti, budou pro mě důležité následující věci:

Zvažte lidi, které byste chtěli prezentovat. Můžete si přát, aby vám hrála oblíbená hudba, obklopily vás fotografie nebo měli s sebou svého mazlíčka.

Podepsáno: _____

Dárcovství orgánů

V případě mé smrti:

Jsem ochoten být zvažován pro dárcovství orgánů a tkání a uznávám, že pro uskutečnění dárcovství mohou být nezbytné lékařské zákroky

Nejsem ochoten být zvažován pro dárcovství orgánů a tkání.

Prohlašuji, že jsem tento dokument po pečlivém zvážení vyplnil.

Vyhrazuji si právo tuto směrnici o předběžné péči kdykoli zrušit, pokud tak neučiním takže by to mělo být považováno za reprezentaci mých dalších směrů.

Podepsáno: _____

4. Lékaři s rozhodovací pravomocí

UPOZORNĚNÍ: V této části jsou uvedeny pouze osoby, které rozhodují o lékařské léčbě. To ane oficiálně jmenovat osobu do role Rozhodčího o lékařské léčbě. To je nutné provést vyplněním formuláře *Jmenování lékaře s rozhodovací pravomocí*.

Jmenoval jsem jako své osoby s rozhodovací pravomocí v oblasti lékařského ošetření:

Lékař s rozhodovací pravomocí 1

Název:	
Datum narození:	
Adresa:	
Telefonní číslo:	

Lékař s rozhodovací pravomocí 2

Název:	
Datum narození:	
Adresa:	
Telefonní číslo:	

Podepsáno: _____

5. Svědectví

Musíte se podepsat před dva dospělí svědci.

Svěděk 1 musí být praktický lékař. Svědkem 2 může být další dospělý.

Žádný svědek nemůže být osoba, kterou jste určili jako svého lékaře s rozhodovací pravomocí.

Tvůj podpis:	
Datum:	

Každý svědek potvrzuje, že:

- V době podpisu dokumentu se zdálo, že osoba poskytující směrnici o předběžné péči má rozhodovací pravomoc ve vztahu ke každému prohlášení ve směrnici
- V době podpisu dokumentu se zdálo, že osoba poskytující směrnici o předběžné péči rozumí povaze a účinku každého prohlášení ve směrnici
- Zdálo se, že dotyčná osoba dokument podepsala svobodně a dobrovolně
- Osoba podepsala dokument v mé přítomnosti a v přítomnosti druhého svědka, a
- Nejsem jmenovaný subjekt s rozhodovací pravomocí o lékařském ošetření dané osoby.

Svěděk 1 – Registrovaný lékař

Celé jméno:	
Kvalifikace a Číslo AHPRA:	
Podepsaný:	
Datum:	

Svěděk 2 - Další dospělý

Celé jméno:	
Podepsaný:	
Datum:	

Podepsáno: _____

Co dělat s tímto formulářem

- Původní formulář mějte u sebe. Předějte kopie svému lékaři s rozhodovací pravomocí, rodině, přátelům a všem ošetřujícím lékařům. Mějte u sebe náhradní kopie pro případ, že budete přijati do nemocnice nebo budete ošetřeni dalšími lékaři nebo zdravotníky.
- Ujistěte se, že váš lékař s rozhodovací pravomocí si formulář přečetl a zcela mu porozuměl.
- Vaše směrnice o předběžné péči může být nahrána do mého zdravotního záznamu.

Recenze

Dying With Dignity Victoria důrazně doporučuje, abyste si tento dokument pravidelně prohlíželi, protože vaše přání se mohou změnit nebo může dojít k pokroku v lékařské technologii. Bylo by moudré zkontrolovat dokument každé dva roky nebo pokud se váš zdravotní stav výrazně změní.

Pokaždé, když si prohlédnete svůj dokument a vaše přáníne změněno, podepište a uveďte datum jednoho z níže uvedených potvrzení. Pokud se vaše přání změnila, musíte vyplnit novou směrnici o předběžné péči.

Recenze dokumentu: 1

Prohlašuji, že jsem si přečetl tento dokument a není nic, co bych chtěl změnit.

Podepsaný:	
Datum:	

Recenze dokumentu: 2

Prohlašuji, že jsem si přečetl tento dokument a není nic, co bych chtěl změnit.

Podepsaný:	
Datum:	

Recenze dokumentu: 3

Prohlašuji, že jsem si přečetl tento dokument a není nic, co bych chtěl změnit.

Podepsaný:	
Datum:	

Podepsáno: _____