



Formular 3a - 2021

Advance Care Direktiv

Lavet under

Medical Treatment Planning and Decisions Act 2016 (Vic.)

Når det er udfyldt, underskrevet og bevidnet, erstatter dette Advance Care-direktiv ethvert tidligere Advance Care-direktiv, du måtte have lavet. Dying With Dignity Victoria anbefaler på det kraftigste, at du kun udfylder denne formular efter nøje overvejelse.

1. Personlige oplysninger

Navn:	
Adresse:	
Stat:	
Postnummer:	
Fødselsdato:	

Min nuværende helbredstilstand på tidspunktet for underskrivelsen:

Jeg er ved godt helbred
Min praktiserende læge oplyser, at jeg lider af <i>(beskriv din diagnose)</i> :

Underskrevet: _____

2. Instruktionsdirektiv

Dette instruktionsdirektiv er **lovligt bindende** og kommunikerer dine medicinske behandlingsbeslutninger direkte til dine læger. Dying With Dignity Victoria anbefaler på det kraftigste, at du konsulterer en læge, hvis du vælger at udfylde dette instruktionsdirektiv.

- **Dit instruktionsdirektiv vil kun blive brugt, hvis du ikke har kapacitet til at træffe en medicinsk behandlingsbeslutning.**
- Dine beslutninger om lægebehandling i dette instruktionsdirektiv træder i kraft, som om du havde givet samtykke til eller nægtet at påbegynde eller fortsætte medicinsk behandling.
- Hvis nogle af dine udsagn er uklare eller usikre under særlige omstændigheder, vil det blive et værdidirektiv (se side 5).
- Under s51 af *Lov om lægebehandlingsplanlægning og -beslutninger*, er en læge muligvis ikke forpligtet til at overholde dit instruktionsdirektiv, hvis omstændighederne har ændret sig således, at implementeringen af dit direktiv ikke længere vil være i overensstemmelse med dine præferencer og ønsker.

Anvendelse af dette instruktionsdirektiv

Dette instruktionsdirektiv skal gælde **med mindre**:

Enig

Være uenig

Jeg lider kun af et forbigående (midlertidigt) kompetencetab, såsom hypoglykæmi eller TIA (forbigående iskæmisk anfald) eller mild hjernerystelse.

Jeg lider af en alvorlig sygdom, men efter to uafhængige lægers opfattelse (mindst en specialist) vil jeg sandsynligvis komme mig til en tilstand af uafhængighed og kompetence uden dyb fysisk eller psykisk lidelse.

Underskrevet: _____

Side 2 af 11

Med forbehold af ovenstående betingelser i "Anvendelse af dette instruktionsdirektiv" **Jeg erklærer, at i forbindelse med medicinsk intervention eller behandling, der har til formål at forlænge eller opretholde mit liv:**

Behandling

Jeg nægter

Jeg accepterer

Kunstig fodring (ernæring og/eller hydrering)

Antibiotika

Kunstigt åndedræt

Eventuelle kirurgiske indgreb

Kredsløbsstøtte, herunder CPR

Korrektioner af unormale niveauer af ethvert giftigt stof

Blodtransfusion

Medikamentel behandling af højt/lavt blodsukker

Medicinsk behandling af højt/lavt blodtryk

Nyredialyse

Yderligere, **jeg erklærer** at eventuelle vedvarende ubehagelige symptomer (smerte, åndenød og dem forårsaget af mangel på mad og væske) skal **maksimalt lindret** ved passende smertestillende, beroligende eller anden palliativ behandling (herunder at holde læber, mund og øjne fugtige), selvom den palliative behandling også kan have den ekstra konsekvens, at jeg forkorter mit liv.

Demens

Demens kan anses for at udvikle sig gennem en række stadier. Én klassifikation¹ har syv faser, hvor de tidlige stadier (1-3) kun viser mild forringelse og de senere stadier (6-7) viser alvorlig til meget alvorlig kognitiv tilbagegang. Fra trin 5 begynder en person at kræve hjælp for at overleve.

Med disse progressive stadier i tankerne, hvis jeg af en læge vurderes som ikke kompetent til at træffe beslutninger vedrørende min medicinske behandling og

Hvis jeg bliver diagnosticeret med et hvilket som helst stadium af demens.

Kun hvis jeg får konstateret stadie 6 demens.

Kun hvis jeg er diagnosticeret med fase 7 demens.

og også,

Uanset om min primære pleje er i hjemmet/samfundet, eller i en institution.

Kun hvis jeg har været indlagt i løbende institutionspleje.

Derefter erklærer jeg, at jeg, bortset fra brugen af antibiotika til mindre ikke-livstruende infektioner, nægter enhver medicinsk behandling med det formål eller resultatet at forlænge mit liv (som anført på side 3 ovenfor):

Også selvom jeg ser ud til at være tilfreds som vurderet af min medicinske behandlingsbeslutningstager.

Undtagen hvis jeg ser ud til at være tilfreds som vurderet af min medicinske behandlingsbeslutningstager (og denne betingelse kan tilbagekaldes, hvis jeg ikke længere ser ud til at være tilfreds).

Det erklærer jeg også:

Jeg nægter ernæring og hydrering ved hjælp af skefodring under alle omstændigheder.

Jeg accepterer skefodring, men kun hvis jeg ser ud til at acceptere dette frivilligt og nyder min mad, som vurderet af min medicinske behandlingsbeslutningstager.

Denne betingelse kan tilbagekaldes, hvis min MTDM efterfølgende vurderer, at jeg ikke frivilligt accepterer skefodring eller ikke ser ud til at nyde sådan fodring.

¹Se Reisbergs syv stadier af Alzheimers sygdom [her](#).

3. Værdidirektivet

Se MyValues-webstedet (www.myvalues.org.au) for ideer til at hjælpe med at vejlede svarene til dette afsnit.

Hvis du har udfyldt og underskrevet instruktionsdirektivet på side 2-3 korrekt, har det forrang frem for præferencer, du måtte udtrykke i dette værdidirektiv. **Sørg for, at der ikke er noget i dit værdidirektiv, der modsiger det, du har instrueret i dit instruktionsdirektiv.**

Du behøver ikke at udfylde alle afsnit i dette værdidirektiv.

(en) Hvad betyder mest i mit liv (hvad betyder det at leve godt for dig?)

Punkter at overveje i dette afsnit kan være religiøse eller kulturelle overbevisninger, familie og venner, åndelige interesser og uafhængighed. Forklar, hvorfor disse er vigtige for dig, så din medicinske behandlingsbeslutningstager forstår, hvad livskvalitet betyder for dig.

Underskrevet: _____

(b) Det, der bekymrer mig mest om min fremtid, er:

For nogle mennesker kan dette omfatte at have smerter, flytte ind på et plejecenter, ikke være i stand til at opretholde personlig pleje, ude af stand til at deltage i sociale/familieaktiviteter eller miste evnen til at kommunikere.

(c) For mig er uacceptable resultater af medicinsk behandling efter sygdom eller skade:

For nogle ville det være uacceptabelt at være ude af stand til at genkende familie og venner. Andre ønsker måske ikke at være afhængige af maskiner eller plejere.

Underskrevet: _____

(d) Andre ting jeg gerne vil vide er:

Andre forhold, du ønsker, at din medicinske behandlingsbeslutningstager skal tage i betragtning. Disse kunne være dit foretrukne plejested, medicinske behandlingsprocedurer eller åndelige/religiøse/kulturelle krav.

(e) Andre personer, jeg gerne vil have involveret i diskussioner om min omsorg, er:

Giv din beslutningstager om lægebehandling oplysninger om enhver anden person, som du gerne vil (eller ikke ønsker) involveret i diskussioner om din lægebehandling.

(f) Hvis jeg nærmer mig døden, ville følgende ting være vigtige for mig:

Overvej de mennesker, du gerne vil have til stede. Du ønsker måske, at din yndlingsmusik bliver spillet, eller at billeder omgiver dig eller at have dit kæledyr med dig.

Underskrevet: _____

Organdonation

I tilfælde af min død:

Jeg er villig til at komme i betragtning til organ- og vævsdonation og anerkender, at medicinske indgreb kan være nødvendige for at donation kan finde sted

Jeg er ikke villig til at komme i betragtning til organ- og vævsdonation.

Jeg erklærer, at jeg har udfyldt dette dokument efter nøje overvejelse.

Jeg forbeholder mig retten til at tilbagekalde dette Advance Care-direktiv til enhver tid, men medmindre jeg gør det så det skal tages for at repræsentere mine fortsatte retninger.

Underskrevet: _____

4. Medicinsk behandling beslutningstagere

BEMÆRK VENLIGST: Dette afsnit viser kun din/de beslutningstagere om medicinsk behandling. Det gør det ikke officielt udpege en person til rollen som beslutningstager for medicinsk behandling. Dette skal ske ved at udfylde skemaet *Udnævnelse af en beslutningstager for lægebehandling*.

Jeg har udpeget som mine lægelige behandlingsbeslutningstagere:

Medicinsk behandlings beslutningstager 1

Navn:	
Fødselsdato:	
Adresse:	
Telefonnummer:	

Medicinsk behandlings beslutningstager 2

Navn:	
Fødselsdato:	
Adresse:	
Telefonnummer:	

Underskrevet: _____

5. Vidne

Du skal skrive underforan to voksne vidner.

Vidne 1 skal være praktiserende læge. Vidne 2 kan være en anden voksen.

Ingen af vidnerne kan være en person, du har udpeget som din lægelige behandlingsbeslutningstager.

Din underskrift:	
Dato:	

Hvert vidne bekræfter, at:

- På tidspunktet for underskrivelsen af dokumentet så det ud til, at den person, der afgav Advance Care-direktivet, havde beslutningsevne i forhold til hver erklæring i direktivet
- På tidspunktet for underskrivelsen af dokumentet så det ud til, at den person, der gav Advance Care-direktivet, havde forstået karakteren og virkningen af hver erklæring i direktivet
- Personen så ud til frit og frivilligt at underskrive dokumentet
- Personen underskrev dokumentet i mit nærvær og i nærværelse af det andet vidne, og
- Jeg er ikke en udpeget lægelig behandlings beslutningstager af personen.

Vidne 1 - Registreret læge

Fulde navn:	
Kvalifikation og AHPRA nummer:	
Underskrevet:	
Dato:	

Vidne 2 - Endnu en voksen

Fulde navn:	
Underskrevet:	
Dato:	

Underskrevet: _____

Hvad skal man gøre med denne formular

- Opbevar den originale formular med dig. Giv kopier til din medicinske behandlingsbeslutningstager, familie, venner og eventuelle behandlende læger. Opbevar reservekopier med dig, hvis du bliver indlagt på hospitalet eller vil blive behandlet af yderligere læger eller sundhedspraktiserende læger.
- Sørg for, at din medicinske behandlingsbeslutningstager har læst og fuldstændigt forstår formularen.
- Dit Advance Care-direktiv kan uploades til My Health Record.

Anmeldelser

Dying With Dignity Victoria anbefaler på det kraftigste, at du jævnligt gennemgår dette dokument, da dine ønsker kan ændre sig, eller der kan være fremskridt inden for medicinsk teknologi. Du vil gøre klogt i at gennemgå dokumentet hvert andet år, eller hvis dit helbredstilstand ændrer sig væsentligt.

Hver gang du gennemgår dit dokument og dine ønsker har ikke ændret, underskriv og dater en af nedenstående bekræftelser. Hvis dine ønsker har ændret sig, skal du udfylde et nyt Advance Care-direktiv.

Gennemgang af dokument: 1

Jeg bekræfter, at jeg har gennemgået dette dokument, og at der ikke er noget, jeg gerne vil ændre.

Underskrevet:	
Dato:	

Gennemgang af dokument: 2

Jeg bekræfter, at jeg har gennemgået dette dokument, og at der ikke er noget, jeg gerne vil ændre.

Underskrevet:	
Dato:	

Gennemgang af dokument: 3

Jeg bekræfter, at jeg har gennemgået dette dokument, og at der ikke er noget, jeg gerne vil ændre.

Underskrevet:	
Dato:	

Underskrevet: _____