



Vorm 3a - 2021

Richtlijn geavanceerde zorg

Gemaakt onder de

Wet planning en beslissingen medische behandeling 2016 (Vic.)

Eenmaal ingevuld, ondertekend en getuigd, vervangt deze Advance Care-richtlijn alle eerdere Advance Care-richtlijnen die u mogelijk hebt gemaakt. Sterven met waardigheid Victoria raadt u ten zeerste aan dit formulier alleen in te vullen na zorgvuldige overweging.

1. Persoonlijke gegevens

Naam:	
Adres:	
Staat:	
postcode:	
Geboortedatum:	

Mijn huidige gezondheidsstatus op het moment van ondertekening:

ik ben gezond
Mijn huisarts adviseert dat ik lijd aan <i>(beschrijf uw diagnose)</i> :

Ondertekend: _____

2. Instructierichtlijn

Deze instructierichtlijn is: **wettelijk bindend** en communiceert uw medische behandelingsbeslissingen rechtstreeks aan uw gezondheidswerkers. Sterven met waardigheid Victoria raadt u ten zeerste aan een arts te raadplegen als u ervoor kiest om deze instructierichtlijn in te vullen.

● **Uw Instructierichtlijn wordt alleen gebruikt als u niet in staat bent een medische behandelbeslissing te nemen.**

- Uw medische behandelingsbeslissingen in deze Instructierichtlijn treden in werking alsof u had ingestemd met of geweigerd had om een medische behandeling te starten of voort te zetten.
- Als een van uw uitspraken in bepaalde omstandigheden onduidelijk of onzeker is, wordt het een waardenrichtlijn (zie pagina 5).
- Onder s51 van de *Wet planning en beslissingen medische behandeling*, is het mogelijk dat een arts niet verplicht is uw instructierichtlijn na te leven als de omstandigheden zodanig zijn veranderd dat de implementatie van uw richtlijn niet langer in overeenstemming is met uw voorkeuren en wensen.

Deze instructierichtlijn toepassen

Deze instructierichtlijn moet van toepassing zijn **behalve**:

Mee eens

Het oneens zijn

Ik heb slechts een tijdelijk (tijdelijk) verlies van competentie, zoals hypoglykemie of TIA (transient ischemic attack) of lichte hersenschudding.

Ik lijd aan een ernstige ziekte, maar volgens twee onafhankelijke artsen (ten minste één specialist) zal ik waarschijnlijk herstellen naar een staat van onafhankelijkheid en bekwaamheid, zonder ernstig lichamelijk of psychisch lijden.

Ondertekend: _____

Met inachtneming van de bovenstaande voorwaarden in "Toepassing van deze instructierichtlijn", **Ik verklaar dat met betrekking tot medische interventie of behandeling gericht op verlenging of instandhouding van mijn leven:**

Behandeling

ik weiger

ik aanvaard

Kunstmatige voeding (voeding en/of hydratatie)

antibiotica

Kunstmatige beademing

Elke chirurgische ingreep

Ondersteuning van de bloedsomloop, inclusief reanimatie

Correcties van abnormale niveaus van een giftige stof

Bloedtransfusie

Medicamenteuze behandeling van hoge/lage bloedsuikerspiegel

Medicamenteuze behandeling van hoge/lage bloeddruk

Nierdialyse

Verder, **ik verklaar** dat eventuele aanhoudende verontrustende symptomen (pijn, kortademigheid en symptomen veroorzaakt door gebrek aan voedsel en vocht) moeten worden **maximaal verzacht** door passende pijnstillende, kalmerende of andere palliatieve behandeling (inclusief het vochtig houden van lippen, mond en ogen), ook al kan die palliatieve behandeling ook als bijkomend gevolg hebben dat mijn leven wordt bekort.

Dementie

Dementie kan worden beschouwd als een ontwikkeling door een aantal stadia. Eén classificatie heeft zeven fasen, waarbij de vroege stadia (1-3) slechts een lichte achteruitgang laten zien en de latere stadia (6-7) ernstige tot zeer ernstige cognitieve achteruitgang. Vanaf fase 5 begint een persoon hulp nodig te hebben om te overleven.

Met deze progressieve stadia in gedachten, als ik door een arts wordt beoordeeld als niet bekwaam om beslissingen te nemen met betrekking tot mijn medische behandeling en

Als ik de diagnose dementie heb.

Alleen als ik de diagnose stadium 6 dementie krijg.

Alleen als ik de diagnose stadium 7 dementie krijg.

en ook,

Ongeacht of mijn eerstelijnszorg thuis/gemeenschap is, of in een instelling.

Alleen als ik ben opgenomen in de doorlopende instellingszorg.

Dan verklaar ik dat ik, behalve het gebruik van antibiotica voor lichte niet-levensbedreigende infecties, elke medische behandeling weiger met als doel of resultaat mijn leven te verlengen (zoals vermeld op pagina 3 hierboven):

Zelfs als ik tevreden lijk te zijn zoals beoordeeld door mijn Medische Beslisser.

Behalve als ik tevreden lijk te zijn zoals beoordeeld door mijn Medische Beslisser (en deze voorwaarde kan worden ingetrokken als ik niet langer tevreden lijk).

Ik verklaar ook dat:

Ik weiger onder alle omstandigheden voeding en hydratatie door geassisteerde lepelvoeding.

Ik accepteer lepelvoeding, maar alleen als ik dit vrijwillig accepteer en van mijn eten geniet, zoals beoordeeld door mijn Medische Beslisser.

Deze voorwaarde kan worden ingetrokken als mijn MTDM vervolgens oordeelt dat ik niet vrijwillig lepelvoeding accepteer of niet schijn te genieten van dergelijke voeding.

¹Zie Reisberg's zeven stadia van de ziekte van Alzheimer [hier](#).

Ondertekend: _____

3. Waardenrichtlijn

Raadpleeg de MyValues-website (www.myvalues.org.au) voor ideeën om reacties op deze sectie te begeleiden.

Als u de Instructierichtlijn op pagina 2-3 correct hebt ingevuld en ondertekend, heeft deze voorrang op voorkeuren die u in deze Waardenrichtlijn kunt uiten. **Zorg ervoor dat er niets in uw Waardenrichtlijn staat dat in tegenspraak is met wat u hebt opgedragen in uw Instructierichtlijn.**

U hoeft niet alle onderdelen van deze Waardenrichtlijn in te vullen.

(a) Wat is het belangrijkste in mijn leven (wat betekent goed leven voor jou?)

Aandachtspunten in deze sectie kunnen religieuze of culturele overtuigingen, familie en vrienden, spirituele interesses en onafhankelijkheid zijn. Leg uit waarom deze voor u belangrijk zijn, zodat uw Medisch Beslisser begrijpt wat kwaliteit van leven voor u betekent.

Ondertekend: _____

(b) Wat mij het meest zorgen baart over mijn toekomst is:

Voor sommige mensen kan dit zijn pijn hebben, naar een zorginstelling verhuizen, niet in staat zijn om persoonlijke zorg te behouden, niet in staat zijn deel te nemen aan sociale/gezinsactiviteiten of het vermogen om te communiceren kwijtraken.

(c) Voor mij zijn onaanvaardbare uitkomsten van medische behandeling na ziekte of letsel:

Voor sommigen zou het onaanvaardbaar zijn om familie en vrienden niet te herkennen. Anderen willen misschien niet afhankelijk zijn van machines of verzorgers.

Ondertekend: _____

(d) Andere dingen die ik graag zou willen weten zijn:

Andere zaken waarvan u wilt dat uw Beslisser Medische Behandeling rekening mee houdt. Dit kunnen uw voorkeursplaats van zorg, medische behandelingsprocedures of spirituele/religieuze/culturele vereisten zijn.

(e) Andere mensen die ik graag zou willen betrekken bij discussies over mijn zorg zijn:

Geef uw Medische Beslisser de gegevens van elke andere persoon die u wel (of niet) wilt betrekken bij discussies over uw medische zorg.

(f) Als ik bijna dood ben, zijn de volgende dingen belangrijk voor mij:

Denk aan de mensen die je graag zou willen hebben. Misschien wilt u dat uw favoriete muziek wordt afgespeeld, of foto's om u heen of om uw huisdier bij u te hebben.

Ondertekend: _____

Orgaandonatie

Bij mijn overlijden:

Ik ben bereid in aanmerking te komen voor orgaan- en weefseldonatie en erken dat medische ingrepen nodig kunnen zijn om donatie te laten plaatsvinden

Ik kom niet in aanmerking voor orgaan- en weefseldonatie.

Ik verklaar dat ik dit document na zorgvuldige overweging heb ingevuld.

Ik behoud me het recht voor om deze Advance Care-richtlijn op elk moment in te trekken, maar tenzij ik dat doe dus het moet worden opgevat als een weergave van mijn voortdurende aanwijzingen.

Ondertekend: _____

4. Beslissers voor medische behandelingen

LET OP: in dit gedeelte worden alleen uw beslisser(s) voor medische behandeling vermeld. Het doet niet officieel een persoon aanwijzen in de rol van Beslisser Medische Behandeling. Dit dient te gebeuren door het formulier in te vullen *Aanstelling van een Beslisser Medische Behandeling*.

Ik heb aangesteld als mijn Medische Beslisser(s) Beslisser(s):

Beslisser medische behandeling

Naam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Telefoonnummer:	

Beslisser medische behandeling 2

Naam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Telefoonnummer:	

Ondertekend: _____

5. Getuigen

Je moet tekenenvoor twee volwassen getuigen.

Getuige 1 moet een arts zijn. Getuige 2 kan een andere volwassene zijn.

Geen van beide getuigen kan een persoon zijn die u hebt aangesteld als uw Medische Beslisser.

Uw handtekening:	
Datum:	

Elke getuige verklaart dat:

- Op het moment van ondertekening van het document leek de persoon die de richtlijn geavanceerde zorg afleverde, beslissingsbevoegdheid te hebben met betrekking tot elke verklaring in de richtlijn
- Op het moment van ondertekening van het document leek de persoon die de Advance Care-richtlijn gaf de aard en het effect van elke verklaring in de richtlijn te begrijpen
- De persoon leek het document vrij en vrijwillig te ondertekenen
- De persoon ondertekende het document in mijn aanwezigheid en in aanwezigheid van de tweede getuige, en
- Ik ben niet de aangewezen Beslisser Medische Behandeling van de persoon.

Getuige 1 - Geregistreeerde arts

Voor-en achternaam:	
Kwalificatie en AHPRA-nummer:	
Ondertekend:	
Datum:	

Getuige 2 - Een andere volwassene

Voor-en achternaam:	
Ondertekend:	
Datum:	

Ondertekend: _____

Wat te doen met dit formulier?

- Bewaar het originele formulier bij u. Geef kopieën aan uw Medische Beslissers, familie, vrienden en eventuele behandelende artsen. Houd reservekopieën bij u voor het geval u wordt opgenomen in het ziekenhuis of wordt behandeld door andere artsen of andere gezondheidswerkers.
- Zorg ervoor dat uw Medische Beslissers het formulier heeft gelezen en volledig begrijpt.
- Uw Advance Care-richtlijn kan worden geüpload naar het My Health Record.

Beoordelingen

Sterven met waardigheid Victoria raadt u ten eerste aan dit document regelmatig door te nemen, aangezien uw wensen kunnen veranderen of er vooruitgang kan zijn in de medische technologie. U doet er verstandig aan om het document elke twee jaar te herzien of als uw gezondheidstoestand aanzienlijk verandert.

Elke keer dat u uw document en uw wensen bekijkt, niet gewijzigd, onderteken en dateer een van de onderstaande dankbetuigingen. Als uw wensen zijn veranderd, moet u een nieuwe Richtlijn Advance Care invullen.

Beoordeling van document: 1

Ik bevestig dat ik dit document heb gelezen en dat er niets is dat ik zou willen veranderen.

Ondertekend:	
Datum:	

Review van document: 2

Ik bevestig dat ik dit document heb gelezen en dat er niets is dat ik zou willen veranderen.

Ondertekend:	
Datum:	

Review van document: 3

Ik bevestig dat ik dit document heb gelezen en dat er niets is dat ik zou willen veranderen.

Ondertekend:	
Datum:	

Ondertekend: _____