



Έντυπο 3α - 2021

Οδηγία για την εκ των προτέρων φροντίδα

Κατασκευασμένο κάτω από το

Νόμος περί προγραμματισμού και αποφάσεων ιατρικής περίθαλψης 2016 (Vic.)

Μόλις συμπληρωθεί, υπογραφεί και επιβεβαιωθεί, αυτή η Οδηγία για την Προκαταρκτική Φροντίδα αντικαθιστά οποιαδήποτε προηγούμενη Οδηγία Προκαταρκτικής Φροντίδας που μπορεί να έχετε συντάξει. Το Dying With Dignity Victoria συνιστά ανεπιφύλακτα να συμπληρώσετε αυτήν τη φόρμα μόνο μετά από προσεκτική εξέταση.

1. Προσωπικά Στοιχεία

Όνομα:	
Διεύθυνση:	
Κατάσταση:	
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΟΣ:	
Ημερομηνία γεννησης:	

Η τρέχουσα κατάσταση της υγείας μου τη στιγμή της υπογραφής:

Είμαι καλά στην υγεία μου
Ο γιατρός μου με συμβουλεύει ότι πάσχω από <i>(περιγράψτε τη διάγνωσή σας):</i>

2. Εκπαιδευτική Οδηγία

Αυτή η οδηγία είναι **νομικώς δευρευτικώς** και κοινοποιεί τις αποφάσεις ιατρικής περίθαλψης απευθείας στους γιατρούς σας. Το Dying With Dignity Victoria συνιστά ανεπιφύλακτα να συμβουλευτείτε έναν ιατρό εάν επιλέξετε να συμπληρώσετε αυτήν την Οδηγία.

- **Η Οδηγία σας θα χρησιμοποιηθεί μόνο εάν δεν έχετε την ικανότητα να λάβετε απόφαση ιατρικής περίθαλψης.**
- Οι αποφάσεις σας για ιατρική περίθαλψη σε αυτήν την Οδηγία ισχύουν σαν να είχατε συναινέσει ή αρνηθήκατε να ξεκινήσετε ή να συνεχίσετε την ιατρική θεραπεία.
- Εάν κάποια από τις δηλώσεις σας είναι ασαφής ή αβέβαιη σε συγκεκριμένες περιστάσεις, θα γίνει Οδηγία για τις Αξίες (βλ. σελίδα 5).
- Κάτω από το s51 του *Νόμος περί προγραμματισμού και αποφάσεων ιατρικής περίθαλψης*, μπορεί να μην απαιτείται από έναν επαγγελματία υγείας να συμμορφωθεί με την Οδηγία σας εάν οι συνθήκες έχουν αλλάξει έτσι ώστε η εφαρμογή της Οδηγίας σας να μην είναι πλέον συνεπής με τις προτιμήσεις και τις επιθυμίες σας.

Εφαρμογή αυτής της Οδηγίας

Η παρούσα οδηγία πρέπει να εφαρμόζεται **εκτός**:

Συμφωνώ

Διαφωνώ

Υποφέρω μόνο από μια παροδική (προσωρινή) απώλεια ικανότητας, όπως υπογλυκαιμία ή ΤΙΑ (παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο) ή ήπια διάσειση.

Πάσχω από μια σοβαρή ασθένεια, αλλά κατά τη γνώμη δύο ανεξάρτητων ιατρών (τουλάχιστον ο ένας ειδικός), είναι πιθανό να ανακάμψω σε μια κατάσταση ανεξαρτησίας και ικανότητας, χωρίς βαθιά σωματική ή ψυχολογική ταλαιπωρία.

Υπογραφή: _____

Με την επιφύλαξη των παραπάνω προϋποθέσεων στην «Εφαρμογή της παρούσας Οδηγίας», **Δηλώνω ότι όσον αφορά την ιατρική παρέμβαση ή θεραπεία που αποσκοπεί στην παράταση ή τη διατήρηση της ζωής μου:**

Θεραπευτική αγωγή

αρνούμαι

Δέχομαι

Τεχνητή σίτιση (διατροφή ή/και ενυδάτωση)

Αντιβιοτικά

Τεχνητή αναπνοή

Οποιοσδήποτε χειρουργικές επεμβάσεις

Υποστήριξη του κυκλοφορικού, συμπεριλαμβανομένης της ΚΑΡΠΑ

Διορθώσεις μη φυσιολογικών επιπέδων οποιασδήποτε τοξικής ουσίας

Μετάγγιση αίματος

Φαρμακευτική θεραπεία υψηλού/χαμηλού σακχάρου στο αίμα

Φαρμακευτική θεραπεία υψηλής/χαμηλής αρτηριακής πίεσης

Νεφρική αιμοκάθαρση

Περαιτέρω, **Εγώ δηλώνω** ότι οποιαδήποτε επίμονα ενοχλητικά συμπτώματα (πόνος, δύσπνοια και αυτά που προκαλούνται από έλλειψη τροφής και υγρών) πρέπει να **στο μέγιστο ανακουφισμένος** με κατάλληλη αναλγητική, καταπραϋντική ή άλλη παρηγορητική θεραπεία (συμπεριλαμβανομένης της διατήρησης υγρών χειλιών, στόματος και ματιών), παρόλο που αυτή η παρηγορητική θεραπεία μπορεί επίσης να έχει ως επιπλέον συνέπεια τη μείωση της ζωής μου.

Άνοια

Η άνοια μπορεί να θεωρηθεί ότι εξελίσσεται σε διάφορα στάδια. Μία ταξινόμηση έχει επτά φάσεις, με τα αρχικά στάδια (1-3) να παρουσιάζουν μόνο ήπια επιδείνωση και τα τελευταία στάδια (6-7) να δείχνουν σοβαρή έως πολύ σοβαρή γνωστική έκπτωση. Από το στάδιο 5, ένα άτομο αρχίζει να χρειάζεται βοήθεια για να επιβιώσει.

Έχοντας υπόψη αυτά τα προοδευτικά στάδια, εάν κριθώ από γιατρό ως μη ικανός να λάβω αποφάσεις σχετικά με την ιατρική μου θεραπεία και

Εάν διαγνωστεί με οποιοδήποτε στάδιο άνοιας.

Μόνο αν διαγνωστεί με άνοια σταδίου 6.

Μόνο αν διαγνωστεί με άνοια σταδίου 7.

και επίσης,

Ανεξάρτητα από το αν η πρωτοβάθμια φροντίδα μου είναι στο σπίτι/κοινότητα, ή σε κάποιο ίδρυμα.

Μόνο εάν έχω εισαχθεί σε συνεχή ιδρυματική φροντίδα.

Στη συνέχεια δηλώνω ότι, εκτός από τη χρήση αντιβιοτικών για μικρές μη απειλητικές για τη ζωή λοιμώξεις, αρνούμαι οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία με σκοπό ή αποτέλεσμα την παράταση της ζωής μου (όπως αναφέρεται στη σελίδα 3 παραπάνω):

Ακόμα κι αν φαίνομαι ότι είμαι ικανοποιημένος όπως κρίνεται από τον Λήπτη Αποφάσεων μου για την Ιατρική Θεραπεία.

Εκτός εάν φαίνομαι ότι είμαι ικανοποιημένος όπως κρίνεται από τον Λήπτη της Απόφασης Ιατρικής Θεραπείας (και αυτή η προϋπόθεση μπορεί να ανακληθεί εάν δεν φαίνομαι πλέον να είμαι ικανοποιημένος).

Το δηλώνω κι εγώ:

Αρνούμαι τη διατροφή και την ενυδάτωση με υποβοηθούμενο τάισμα με το κουτάλι σε οποιοσδήποτε συνθήκες.

Δέχομαι το τάισμα με το κουτάλι, αλλά μόνο εάν φανώ ότι το αποδέχομαι οικειοθελώς και απολαμβάνω το φαγητό μου, όπως κρίνεται από τον Λήπτη Αποφάσεων για την Ιατρική Θεραπεία.

Αυτή η προϋπόθεση μπορεί να ανακληθεί εάν το MTDM μου κρίνει στη συνέχεια ότι δεν αποδέχομαι οικειοθελώς το τάισμα με το κουτάλι ή ότι δεν φαίνεται να απολαμβάνω τέτοιο τάισμα.

Δείτε τα Επτά στάδια της νόσου του Αλτσχάιμερ του Reisberg [εδώ](#).

Υπογραφή: _____

3. Οδηγία για τις αξίες

Ανατρέξτε στον ιστότοπο MyValues (www.myvalues.org.au) για ιδέες που θα βοηθήσουν στην καθοδήγηση απαντήσεων σε αυτήν την ενότητα.

Εάν έχετε συμπληρώσει και υπογράψει σωστά την Οδηγία Οδηγιών στις σελίδες 2-3, υπερισχύει των προτιμήσεων που μπορείτε να εκφράσετε στην παρούσα Οδηγία για τις αξίες. **Βεβαιωθείτε ότι δεν υπάρχει τίποτα στην Οδηγία για τις Αξίες σας που να έρχεται σε αντίθεση με όσα έχετε υποδείξει στην Οδηγία Διδασκαλίας.**

Δεν χρειάζεται να συμπληρώσετε όλες τις ενότητες αυτής της Οδηγίας για τις Αξίες.

(ένα) Τι έχει μεγαλύτερη σημασία στη ζωή μου (τι σημαίνει για σένα να ζεις καλά;)

Σημεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη σε αυτήν την ενότητα θα μπορούσαν να είναι οι θρησκευτικές ή πολιτιστικές πεποιθήσεις, η οικογένεια και οι φίλοι, τα πνευματικά ενδιαφέροντα και η ανεξαρτησία. Εξηγήστε γιατί αυτά είναι σημαντικά για εσάς, ώστε ο υπεύθυνος λήψης αποφάσεων για την ιατρική θεραπεία να καταλάβει τι σημαίνει για εσάς ποιότητα ζωής.

Υπογραφή: _____

(στ) Αυτό που με ανησυχεί περισσότερο για το μέλλον μου είναι:

Για μερικούς ανθρώπους, αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει το να πονάνε, να μετακομίζουν σε μονάδα φροντίδας, να μην μπορούν να διατηρήσουν την προσωπική τους φροντίδα, να μην μπορούν να συμμετέχουν σε κοινωνικές/οικογενειακές δραστηριότητες ή να χάνουν την ικανότητα επικοινωνίας.



(ντο) Για μένα, τα απαράδεκτα αποτελέσματα της ιατρικής θεραπείας μετά από ασθένεια ή τραυματισμό είναι:

Για κάποιους, το να μην μπορούν να αναγνωρίσουν την οικογένεια και τους φίλους θα ήταν απαράδεκτο. Άλλοι μπορεί να μην επιθυμούν να βασίζονται σε μηχανήματα ή φροντιστές.



Υπογραφή: _____

(ρε) Άλλα πράγματα που θα ήθελα να μάθω είναι:

Άλλα θέματα που επιθυμείτε να λάβει υπόψη ο Λήπτης της Ιατρικής σας Θεραπείας. Αυτά μπορεί να είναι το προτιμώμενο μέρος περίθαλψης, οι διαδικασίες ιατρικής περίθαλψης ή οι πνευματικές/θρησκευτικές/πολιτιστικές απαιτήσεις.

(μι) Άλλα άτομα που θα ήθελα να συμμετέχουν σε συζητήσεις σχετικά με τη φροντίδα μου είναι:

Δώστε στον Λήπτη Αποφάσεων Ιατρικής Θεραπείας στοιχεία για οποιοδήποτε άλλο άτομο θα θέλατε (ή δεν θα θέλατε) να συμμετέχει στις συζητήσεις σχετικά με την ιατρική σας περίθαλψη.

(φά) Εάν πλησιάζω στον θάνατο, τα ακόλουθα πράγματα θα ήταν σημαντικά για μένα:

Σκεφτείτε τα άτομα που θα θέλατε να παρουσιάσετε. Μπορεί να επιθυμείτε να παίζεται η αγαπημένη σας μουσική ή να σας περιβάλλουν φωτογραφίες ή να έχετε μαζί σας το κατοικίδιο σας.

Υπογραφή: _____

Δωρεά οργάνων

Σε περίπτωση θανάτου μου:

Είμαι πρόθυμος να θεωρηθώ για δωρεά οργάνων και ιστών και αναγνωρίζω ότι ενδέχεται να απαιτηθούν ιατρικές παρεμβάσεις για να πραγματοποιηθεί η δωρεά

Δεν είμαι πρόθυμος να θεωρηθώ για δωρεά οργάνων και ιστών.

Δηλώνω ότι έχω συμπληρώσει αυτό το έγγραφο μετά από προσεκτική εξέταση.

Διατηρώ το δικαίωμα να ανακαλέσω αυτήν την Οδηγία Προκαταρκτικής Φροντίδας ανά πάσα στιγμή, αλλά εκτός εάν το κάνω

Επομένως, θα πρέπει να εκληφθεί ότι αντιπροσωπεύει τις συνεχείς οδηγίες μου.

Υπογραφή: _____

4. Υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων για την ιατρική περίθαλψη

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ: Αυτή η ενότητα παραθέτει μόνο τον/τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων για την ιατρική θεραπεία. Κάνει δεν να διορίσει επίσημα ένα άτομο στο ρόλο του Λήπτη Αποφάσεων Ιατρικής Θεραπείας. Αυτό πρέπει να γίνει συμπληρώνοντας τη φόρμα *Διορισμός Λήπτη Αποφάσεων Ιατρικής Θεραπείας*.

Έχω ορίσει ως Υπεύθυνο/ους Λήπτες Αποφάσεων Ιατρικής Θεραπείας:

Λήπτης απόφασης για ιατρική θεραπεία 1

Όνομα:	
Ημερομηνία γεννησης:	
Διεύθυνση:	
Τηλεφωνικό νούμερο:	

Λήπτης απόφασης για ιατρική θεραπεία 2

Όνομα:	
Ημερομηνία γεννησης:	
Διεύθυνση:	
Τηλεφωνικό νούμερο:	

Υπογραφή: _____

5. Μαρτυρία

Πρέπει να υπογράψετε μπροστά από δύο ενήλικες μάρτυρες.

Ο μάρτυρας 1 πρέπει να είναι ιατρός. Ο μάρτυρας 2 μπορεί να είναι άλλος ενήλικας.

Κανένας μάρτυρας δεν μπορεί να είναι ένα άτομο που έχετε ορίσει ως υπεύθυνο λήψης αποφάσεων για την ιατρική σας θεραπεία.

Η υπογραφή σου:	
Ημερομηνία:	

Κάθε μάρτυρας βεβαιώνει ότι:

- Κατά τη στιγμή της υπογραφής του εγγράφου, το άτομο που έδινε την Οδηγία Προκαταρκτικής Φροντίδας φαινόταν να έχει ικανότητα λήψης αποφάσεων σε σχέση με κάθε δήλωση στην Οδηγία
- Κατά τη στιγμή της υπογραφής του εγγράφου, το άτομο που έδινε την Οδηγία για την εκ των προτέρων φροντίδα φάνηκε να κατανοεί τη φύση και το αποτέλεσμα κάθε δήλωσης στην Οδηγία
- Το άτομο εμφανίστηκε να υπογράφει ελεύθερα και οικειοθελώς το έγγραφο
- Το άτομο υπέγραψε το έγγραφο παρουσία μου και παρουσία του δεύτερου μάρτυρα, και
- Δεν είμαι διορισμένος Λήπτης Ιατρικής Θεραπείας του ατόμου.

Μάρτυρας 1 - Εγγεγραμμένος Ιατρός

Πλήρες όνομα:	
Προσόντα και Αριθμός ΑΗΡΡΑ:	
Υπογεγραμμένο:	
Ημερομηνία:	

Μάρτυρας 2 - Ένας άλλος ενήλικας

Πλήρες όνομα:	
Υπογεγραμμένο:	
Ημερομηνία:	

Υπογραφή: _____

Τι να κάνετε με αυτή τη φόρμα

- Κρατήστε μαζί σας το πρωτότυπο έντυπο. Δώστε αντίγραφα στον Λήπτη Αποφάσεων Ιατρικής Θεραπείας, στην οικογένεια, στους φίλους και σε οποιονδήποτε θεράποντα ιατρό. Κρατήστε μαζί σας εφεδρικά αντίγραφα σε περίπτωση που εισαχθείτε στο νοσοκομείο ή θα σας περιθάλψουν τυχόν επιπλέον γιατροί ή επαγγελματίες υγείας.
- Βεβαιωθείτε ότι ο υπεύθυνος λήψης απόφασης ιατρικής θεραπείας έχει διαβάσει και κατανοήσει πλήρως τη φόρμα.
- Η Οδηγία σας για την Advance Care μπορεί να αποσταλεί στο My Health Record.

Κριτικές

Το Dying With Dignity Victoria συνιστά ανεπιφύλακτα να ελέγχετε τακτικά αυτό το έγγραφο, καθώς οι επιθυμίες σας μπορεί να αλλάξουν ή μπορεί να σημειωθούν πρόοδοι στην ιατρική τεχνολογία. Θα ήταν φρόνιμο να εξετάζετε το έγγραφο κάθε δύο χρόνια ή εάν η κατάσταση της υγείας σας αλλάξει σημαντικά.

Κάθε φορά που εξετάζετε το έγγραφό σας και τις επιθυμίες σας δεν άλλαξε, υπογράψτε και ημερομηνία μία από τις παρακάτω επιβεβαιώσεις. Εάν οι επιθυμίες σας έχουν αλλάξει, πρέπει να συμπληρώσετε μια νέα Οδηγία για την εκ των προτέρων φροντίδα.

Ανασκόπηση του εγγράφου: 1

Επιβεβαιώνω ότι έχω εξετάσει αυτό το έγγραφο και δεν υπάρχει τίποτα που θα ήθελα να αλλάξω.

Υπογεγραμμένο:	
Ημερομηνία:	

Ανασκόπηση του εγγράφου: 2

Επιβεβαιώνω ότι έχω εξετάσει αυτό το έγγραφο και δεν υπάρχει τίποτα που θα ήθελα να αλλάξω.

Υπογεγραμμένο:	
Ημερομηνία:	

Ανασκόπηση του εγγράφου: 3

Επιβεβαιώνω ότι έχω εξετάσει αυτό το έγγραφο και δεν υπάρχει τίποτα που θα ήθελα να αλλάξω.

Υπογεγραμμένο:	
Ημερομηνία:	

Υπογραφή: _____