



respect for the right to choose |

טופס 2013 - a

הנחיית טיפול מתקדם

נעשה תחת

חוק תכנון והחלטות רפואיות 2016 (.Vic)

לאחר מילוי, חתימה והוכחה, הוראת טיפול מקדים זו מחליפה כל הנחיה קודמת לטיפול מתקדם שאולי ביצעת. למות בכבוד ויקטוריה ממליצה לך בחום למלא את הטופס הזה רק לאחר שיקול מדוקדק.

1. פרטים אישיים

	שם:
	כתובת:
	מדינה:
	מיקוד:
	תאריך לידה:

המצב הבריאותי הנוכחי שלי בזמן החתימה:

אני בריא
רופא המשפחה שלי מיעץ שאני סובל(תאר את האבחנה שלך):

2. הוראת הדרכה

הוראת הדרכה זו היא **מחייב משפטי** ומעביר את החלטות הטיפול הרפואי שלך ישירות לרופאים שלך. למות בכבוד ויקטוריה ממליצה לך בחום להתייעץ עם רופא אם אתה בוחר להשלים את הוראת ההוראה הזו.

● הנחיות ההוראה שלך ישמשו רק אם אין לך יכולת לקבל החלטה על טיפול רפואי.

- החלטות הטיפול הרפואי שלך בהנחיית הוראות זו נכנסות לתוקף כאילו הסכמת או סירבת להתחיל או להמשיך בטיפול רפואי.
- אם אחת מההצהרות שלך אינה ברורה או לא ודאית בנסיבות מסוימות, היא תהפוך להנחיית ערכים (ראה עמוד 5).
- תחת s51 *שולחן תכנון והחלטות טיפול רפואי*, ייתכן שרופא בריאות לא יידרש לציית להנחיית ההוראה שלך אם הנסיבות השתנו כך שיישום ההנחיה שלך לא יהיה עקבי יותר עם ההעדפות והרצונות שלך.

יישום הוראת הדרכה זו

הוראת הוראות זו חייבת לחול **אלא אם**:

לא מסכים להסכים

אני סובל מאובדן כושר חולף בלבד (זמני), כגון היפוגליקמיה או TIA (התקף איסכמי חולף) או זעזוע מוח קל.

אני סובל ממחלה קשה אך לדעת שני רופאים עצמאיים (לפחות אחד מומחה), אני צפוי להחלים למצב של עצמאות וכשירות, ללא סבל פיזי או פסיכולוגי עמוק.

בכפוף לתנאים לעיל ב"יישום הוראת הוראות זו", **אני מצהיר כי לגבי התערבות או טיפול רפואי שמטרתם להאריך או לשמר את חיי:**

יחס

אני מקבל

אני מסרב

האכלה מלאכותית (תזונה ו/או הידרציה)
אנטיביוטיקה
נשימה מלאכותית
כל פרוצדורה כירורגית
תמיכה במחזור הדם, כולל החייאה
תיקונים של רמות חריגות של כל חומר רעיל
עירוי דם
טיפול תרופתי בסוכר גבוה/נמוך בדם
טיפול תרופתי בלחץ דם גבוה/נמוך
דיאליזה כליות

נוסף, **אני מכריז** שכל תסמינים מעיקים מתמשכים (כאבים, קוצר נשימה וכאלה הנגרמים מחוסר מזון ונוזלים) צריכים להיות **מקסימום מטופל** על ידי טיפול משכך כאבים, הרגעה או טיפול פליאטיבי מתאים אחר (כולל שמירה על לחות שפתיים, פה ועיניים), למרות שלטיפול פליאטיבי זה עשוי להיות גם השלכה נוספת של קיצור חיי.

דמנציה

דמנציה יכולה להיחשב כמתקדמת במספר שלבים. סיווג אחד י
יש שבעה שלבים, כאשר השלבים המוקדמים (1-3) מראים הידרדרות קלה בלבד והשלבים המאוחרים
(6-7) מראים ירידה קוגניטיבית חמורה עד חמורה מאוד. משלב 5, אדם מתחיל להזדקק לסיוע כדי לשרוד

בהתחשב בשלבים מתקדמים אלה, אם אני אבחן על ידי רופא כלא כשיר לקבל החלטות לגבי הטיפול
הרפואי שלי

אם אובחן עם שלב כלשהו של דמנציה.
רק אם אובחן עם דמנציה שלב 6.
רק אם אובחן עם דמנציה שלב 7.

וגם,

לא משנה אם הטיפול העיקרי שלי הוא בבית/בקהילה, או במוסד.
רק אם אושפזתי בטיפול מוסדי שוטף.

**לאחר מכן אני מצהיר כי למעט השימוש באנטיביוטיקה לזיהומים קלים שאינם מסכני חיים, אני
מסרב לכל טיפול רפואי שמטרתו או התוצאה היא להאריך את חיי (כמפורט בעמוד 3 לעיל):**

גם אם נראה לי שאני מרוצה כפי ששופט על ידי מקבל ההחלטות לגבי הטיפול הרפואי שלי.
אלא אם נראה לי מרוצה כפי שנקבע על ידי מקבל ההחלטות לגבי הטיפול הרפואי שלי (ותנאי זה יכול להתבטל אם אני כבר לא נראה מרוצה).

גם אני מצהיר על כך:

אני מסרב לתזונה ולחות על ידי האכלה בעזרת כפית בכל מצב.
אני מקבל האכלה בכפית אבל רק אם נראה לי שאני מקבל זאת מרצוני ונהנה מהאוכל שלי, כפי שנקבע על ידי מקבל החלטות הטיפול הרפואי שלי. תנאי זה עשוי להתבטל אם ה-MTDM שלי יחליט לאחר מכן שאני לא מקבל האכלה בכפית מרצוני או לא נראה שאני נהנה מהאכלה כזו.

וראה את שבעת השלבים של מחלת האלצהיימר של רייסברג [כאן](#).

3. הוראת ערכים

עין באתר MyValues (www.myvalues.org.au) לקבלת רעיונות שיעזרו להנחות תגובות לסעיף זה.

אם השלמת וחתמת כראוי על הוראת ההוראה בעמודים 2-3, היא עדיפה על העדפות שאתה עשוי להביע בהוראת ערכים זו. **ודא שאין שום דבר בהוראת הערכים שלך שסותר את מה שהנחית בהוראת ההוראה שלך.**

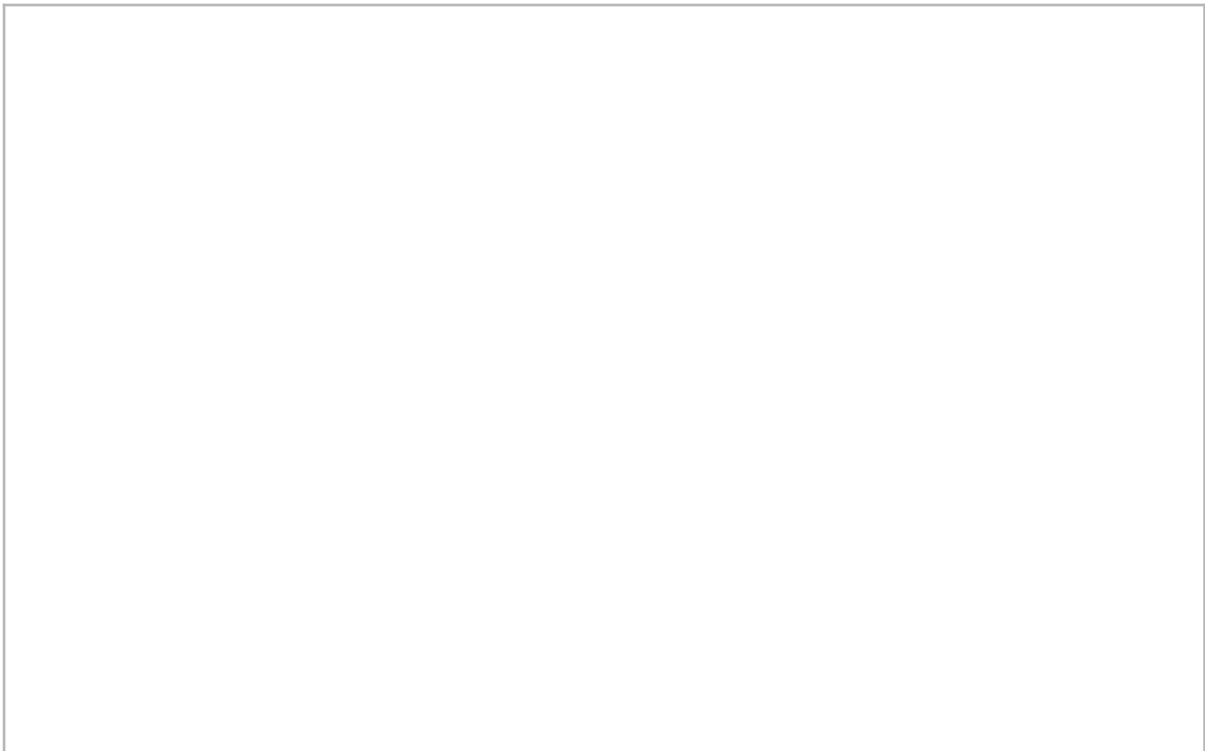
אינך חייב להשלים את כל הסעיפים של הוראת ערכים זו.

(א) מה הכי חשוב בחיים שלי (מה זה אומר לחיות טוב בשבילך?)
נקודות שיש לקחת בחשבון בסעיף זה יכולות להיות אמונות דתיות או תרבותיות, משפחה וחברים, תחומי עניין רוחניים ועצמאות. הסבירו מדוע אלו חשובים לכם, כדי שמקבל ההחלטות בנושא הטיפול הרפואי יבין מהי איכות החיים המשמעותית עבורכם.

(ב) מה שהכי מדאיג אותי לגבי העתיד שלי הוא:
עבור אנשים מסוימים, זה יכול לכלול כאב, מעבר למוסד טיפולי, אי יכולת לשמור על טיפול אישי, אי יכולת
להשתתף בפעילויות חברתיות/משפחתיות או איבוד היכולת לתקשר.



(ג) עבורי, תוצאות לא מקובלות של טיפול רפואי לאחר מחלה או פציעה הן:
עבור חלקם, אי היכולת לזהות משפחה וחברים תהיה בלתי מתקבלת על הדעת. ייתכן שאחרים לא ירצו להסתמך על
מכונות או מטפלים.



(ד) דברים נוספים שהייתי רוצה לדעת הם:
עניינים אחרים שאתה רוצה שמקבל ההחלטות בנושא הטיפול הרפואי שלך ייקח בחשבון. אלה יכולים להיות מקום הטיפול המועדף עליך, הליכי טיפול רפואיים או דרישות רוחניות/דתיות/תרבותיות.

(ה) אנשים נוספים שהייתי רוצה שיעורבו בדיונים על הטיפול שלי הם:
ספק למקבל החלטות הטיפול הרפואי שלך פרטים על כל אדם אחר שתרצה (או לא תרצה) מעורב בדיונים על הטיפול הרפואי שלך.

(ו) אם אני קרוב למוות, הדברים הבאים יהיו חשובים לי:
שקול את האנשים שאתה רוצה להציג. ייתכן שתרצה שהמוזיקה האהובה עליך תושמע, או שתמונות יקיפו אותך או שתהיה איתך את חיית המחמד שלך.

תרומת איברים

במקרה של מותי:

אני מוכן להתחשב בתרומת איברים ורקמות, ומכיר בכך שייתכן שיידרשו התערבויות רפואיות כדי שתבצע תרומה

אני לא מוכן להתחשב בתרומת איברים ורקמות.

אני מצהיר כי השלמתי מסמך זה לאחר שיקול דעת מדוקדק.

אני שומר לעצמי את הזכות לבטל הוראת טיפול מתקדם זו בכל עת, אך אלא אם כן לכן, יש לקחת את זה כדי לייצג את המשך הכיוונים שלי.

4. מקבלי החלטות לטיפול רפואי

שים לב: סעיף זה מפרט רק את מקבלי ההחלטות לגבי הטיפול הרפואי שלך. זה עושה לא למנות רשמית אדם לתפקיד מקבל החלטות לטיפול רפואי. יש לעשות זאת על ידי מילוי הטופס מינוי מקבל החלטות לטיפול רפואי.

מיניתי למקבלי ההחלטות לגבי הטיפול הרפואי שלי:

מקבל החלטות לטיפול רפואי 1

שם:	
תאריך לידה:	
כתובת:	
מספר טלפון:	

מקבל החלטות לטיפול רפואי 2

שם:	
תאריך לידה:	
כתובת:	
מספר טלפון:	

5. עדות

אתה חייב לחתום ממול שני עדים בוגרים.

עד 1 חייב להיות רופא. עד 2 יכול להיות מבוגר אחר.

אף אחד מהעדים לא יכול להיות אדם שמינית כמקבל החלטות הטיפול הרפואי שלך.

	החתימה שלך:
	תאריך:

כל עד מאשר כי:

- בזמן החתימה על המסמך, נראה היה שלאדם שנותן את הוראת הטיפול הקדום יש יכולת קבלת החלטות ביחס לכל הצהרה בהנחיה
- בזמן החתימה על המסמך, נראה היה שהאדם נותן את הוראת הטיפול המתקדם מבין את המהות וההשפעה של כל הצהרה בהנחיה
- האדם הופיע כחתום על המסמך באופן חופשי ומרצון
- האדם חתם על המסמך בנוכחותי ובנוכחות העד השני, וכן
- אני לא מקבל החלטות ממונה על הטיפול הרפואי של האדם.

עד 1 - רופא רשום

	שם מלא:
	הסמכה 1 מספר AHPRA:
	חתם:
	תאריך:

עד 2 - מבוגר נוסף

	שם מלא:
	חתם:
	תאריך:

מה לעשות עם הטופס הזה

- שמור את הטופס המקורי איתך. תן עותקים למקבל החלטות הטיפול הרפואי שלך, למשפחה, לחברים ולכל הרופא המטפל. שמור איתך עותקים פנויים למקרה שתאשפז אותך בבית חולים או תטופל על ידי רופאים או רופאים נוספים.
- ודא שמקבל ההחלטות לגבי הטיפול הרפואי שלך קרא והבין לחלוטין את הטופס.
- ניתן להעלות את הנחיית הטיפול המתקדם שלך לתיעוד הבריאות שלי.

ביקורות

למות בכבוד ויקטוריה ממליצה לך בחום לעיין במסמך זה באופן קבוע, מכיוון שרצונותיך עשויים להשתנות או שתהיה התקדמות בטכנולוגיה הרפואית. יהיה חכם לעיין במסמך כל שנתיים או אם מצב בריאותך משתנה באופן משמעותי.

בכל פעם שאתה סוקר את המסמך שלך ואת הרצונות שלך ישלֵא שונה, חתום ותאריך אחד מהאישורים שלהלן. אם רצונותיך השתנו, עליך להשלים הוראה חדשה לטיפול מתקדם.

סקירת המסמך: 1

אני מאשר שקראתי את המסמך הזה ואין שום דבר שהייתי רוצה לשנות.

חתם:	
תאריך:	

סקירת המסמך: 2

אני מאשר שקראתי את המסמך הזה ואין שום דבר שהייתי רוצה לשנות.

חתם:	
תאריך:	

סקירת המסמך: 3

אני מאשר שקראתי את המסמך הזה ואין שום דבר שהייתי רוצה לשנות.

חתם:	
תאריך:	