



respect for the right to choose

फॉर्म 3ए - 2021

## अग्रिम देखभाल निर्देश

के तहत बनाया गया

*चिकित्सा उपचार योजना और निर्णय अधिनियम 2016 (विक।)*

एक बार भरने, हस्ताक्षर करने और देखने के बाद, यह अग्रिम देखभाल निर्देश आपके द्वारा बनाए गए किसी भी पिछले अग्रिम देखभाल निर्देश को बदल देता है। डाइंग विद डिग्निति विक्टोरिया दृढ़ता से अनुशंसा करती है कि आप सावधानीपूर्वक विचार करने के बाद ही इस फॉर्म को भरें।

### 1. व्यक्तिगत विवरण

नाम:	
पता:	
राज्य:	
पिन कोड:	
जन्म की तारीख:	

हस्ताक्षर करते समय मेरी वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति:

मेरा स्वास्थ्य अच्छा है

मेरा जीपी सलाह देता है कि मैं इससे पीड़ित हूँ (अपने निदान का वर्णन करें):

हस्ताक्षरित: \_\_\_\_\_

11 का पेज 1

## 2. निर्देशात्मक निर्देश

यह निर्देशात्मक निर्देश हैकानूनन बाध्यकारी और आपके चिकित्सा उपचार निर्णयों को सीधे आपके स्वास्थ्य चिकित्सकों को सूचित करता है। डाइंग विद डिगनिटी विक्टोरिया दृढ़ता से अनुशंसा करती है कि यदि आप इस निर्देशात्मक निर्देश को पूरा करना चुनते हैं तो आप एक चिकित्सक से परामर्श लें।

**आपके निर्देशात्मक निर्देश का उपयोग केवल तभी किया जाएगा जब आपके पास चिकित्सा उपचार संबंधी निर्णय लेने की क्षमता न हो।**

इस निर्देशात्मक निर्देश में आपके चिकित्सा उपचार के फैसले ऐसे प्रभावी होते हैं जैसे कि आपने चिकित्सा उपचार शुरू करने या जारी रखने के लिए सहमति दी थी या मना कर दिया था।

यदि आपका कोई कथन विशेष परिस्थितियों में अस्पष्ट या अनिश्चित है, तो यह एक मूल्य निर्देश बन जाएगा (पृष्ठ 5 देखें)।

के s51 के तहत *चिकित्सा उपचार योजना और निर्णय अधिनियम*, एक स्वास्थ्य व्यवसायी को आपके निर्देशात्मक निर्देश का पालन करने की आवश्यकता नहीं हो सकती है यदि परिस्थितियाँ इस तरह बदल गई हैं कि आपके निर्देश को लागू करना आपकी प्राथमिकताओं और इच्छाओं के अनुरूप नहीं होगा।

### इस निर्देशात्मक निर्देश को लागू करना

यह निर्देशात्मक निर्देश लागू होना चाहिए **जब तक**:

सहमत होना

असहमत

मैं केवल एक क्षणिक (अस्थायी) क्षमता का नुकसान झेल रहा हूँ, जैसे कि हाइपोग्लाइसेमिया या टीआईए (क्षणिक इस्केमिक हमला) या हल्का हिलाना।

मैं एक गंभीर बीमारी से पीड़ित हूँ, लेकिन दो स्वतंत्र चिकित्सकों (कम से कम एक विशेषज्ञ) की राय में, मुझे गहन शारीरिक या मनोवैज्ञानिक पीड़ा के बिना, स्वतंत्रता और क्षमता की स्थिति में ठीक होने की संभावना है।

"इस निर्देशात्मक निर्देश को लागू करना" में उपरोक्त शर्तों के अधीन, मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे जीवन को लम्बा करने या बनाए रखने के उद्देश्य से चिकित्सा हस्तक्षेप या उपचार के संबंध में:

## इलाज

मैं इंकार करता हूँ

मुझे सवीकार है

कृत्रिम खिला (पोषण और/या जलयोजन)
एंटीबायोटिक दवाओं
कृत्रिम श्वसन
कोई सर्जिकल प्रक्रिया
सीपीआर . सहित परिसंचरण समर्थन
किसी भी जहरीले पदार्थ के असामान्य स्तर का सुधार
रक्त - आधान
उच्च/निम्न रक्त शर्करा का औषध उपचार
उच्च/निम्न रक्तचाप का औषध उपचार
गुरदे का डायलिसिस

आगे, मैं घोषणा करता हूँ कि कोई भी लगातार परेशान करने वाले लक्षण (दर्द, सांस फूलना, और भोजन और तरल पदार्थ की कमी के कारण होने वाले) होने चाहिए ज्यादा से ज्यादा प्रशीतित उचित एनाल्जेसिक, शामक या अन्य उपशामक उपचार (होठ, मुंह और आंखों को नम रखने सहित) द्वारा, भले ही उस उपशामक उपचार का मेरे जीवन को छोटा करने का अतिरिक्त परिणाम भी हो सकता है।

## पागलपन

मनोभ्रंश को कई चरणों के माध्यम से प्रगति के लिए माना जा सकता है। एक वर्गीकरण इसके सात चरण हैं, प्रारंभिक चरण (1-3) में केवल हल्की गिरावट दिखाई देती है और बाद के चरणों (6-7) में गंभीर से बहुत गंभीर संज्ञानात्मक गिरावट दिखाई देती है। चरण 5 से, एक व्यक्ति को जीवित रहने के लिए सहायता की आवश्यकता होने लगती है।

इन प्रगतिशील चरणों को ध्यान में रखते हुए, यदि किसी चिकित्सक द्वारा मुझे मेरे चिकित्सा उपचार के संबंध में निर्णय लेने के लिए सक्षम नहीं माना जाता है और

यदि मुझे मनोभ्रंश के किसी भी चरण का निदान किया गया है।

केवल अगर मुझे स्टेज 6 डिमेंशिया का निदान किया गया है।

केवल अगर मुझे स्टेज 7 डिमेंशिया का निदान किया गया है।

और भी,

भले ही मेरी प्राथमिक देखभाल घर/समुदाय में हो, या किसी संस्थान में हो।

केवल अगर मुझे चल रहे संस्थागत देखभाल में भर्ती कराया गया है।

**फिर मैं घोषणा करता हूँ कि, मामूली गैर-जीवन-धमकी संक्रमणों के लिए एंटीबायोटिक दवाओं के उपयोग को छोड़कर, मैं अपने जीवन को लम्बा करने के उद्देश्य या परिणाम के साथ किसी भी चिकित्सा उपचार से इनकार करता हूँ (जैसा कि ऊपर पृष्ठ 3 पर सूचीबद्ध है):**

भले ही मैं अपने चिकित्सा उपचार निर्णयकर्ता के निर्णय के अनुसार संतुष्ट प्रतीत होता हूँ।

सिवाय इसके कि अगर मैं अपने चिकित्सा उपचार निर्णयकर्ता द्वारा निर्णय के अनुसार संतुष्ट प्रतीत होता हूँ (और यदि मैं अब संतुष्ट नहीं हूँ तो इस शर्त को रद्द किया जा सकता है)।

**मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि:**

मैं किसी भी परिस्थिति में सहायक चम्मच-खिला द्वारा पोषण और जलयोजन से इनकार करता हूँ।

मैं स्पून फीडिंग स्वीकार करता हूँ, लेकिन केवल तभी जब मैं इसे स्वेच्छा से स्वीकार करता हूँ और अपने भोजन का आनंद लेता हूँ, जैसा कि मेरे चिकित्सा उपचार निर्णयकर्ता द्वारा निर्धारित किया गया है।

यह शर्त रद्द की जा सकती है यदि मेरा एमटीडीएम बाद में यह निर्णय लेता है कि मैं स्वेच्छा से चम्मच से भोजन स्वीकार नहीं कर रहा हूँ या इस तरह के भोजन का आनंद लेने के लिए प्रकट नहीं हो रहा हूँ।

रीसबर्ग के अल्जाइमर रोग के सात चरणों को देखें [यहाँ](#) .

हस्ताक्षरित: \_\_\_\_\_

11 का पेज 4

### 3. मूल्य निर्देश

MyValues वेबसाइट देखें ([www.myvalues.org.au](http://www.myvalues.org.au)) इस खंड में प्रतिक्रियाओं को निर्देशित करने में मदद करने के लिए विचारों के लिए।

यदि आपने पृष्ठ 2-3 पर निर्देशात्मक निर्देश को ठीक से पूरा किया है और उस पर हस्ताक्षर किए हैं, तो यह उन प्राथमिकताओं पर पूर्वता लेता है जिन्हें आप इस मूल्य निर्देश में व्यक्त कर सकते हैं। **सुनिश्चित करें कि आपके मूल्य निर्देश में ऐसा कुछ भी नहीं है जो आपके निर्देशात्मक निर्देश में आपके द्वारा दिए गए निर्देशों के विपरीत हो।**

आपको इस मान निर्देश के सभी अनुभागों को पूरा करने की आवश्यकता नहीं है।

(ए) मेरे जीवन में सबसे ज्यादा क्या मायने रखता है (आपके लिए अच्छी तरह से जीने का क्या मतलब है?) इस खंड में विचार करने के लिए बिंदु धार्मिक या सांस्कृतिक विश्वास, परिवार और मित्र, आध्यात्मिक हित और स्वतंत्रता हो सकते हैं। समझाएं कि ये आपके लिए क्यों महत्वपूर्ण हैं, ताकि आपका चिकित्सा उपचार निर्णयकर्ता समझ सके कि आपके लिए जीवन की गुणवत्ता का क्या अर्थ है।

(बी) मुझे अपने भविष्य के बारे में सबसे ज्यादा चिंता इस बात की है:  
कुछ लोगों के लिए, इसमें दर्द में रहना, देखभाल सुविधा में जाना, व्यक्तिगत देखभाल को बनाए रखने में सक्षम नहीं होना, सामाजिक/पारिवारिक गतिविधियों में भाग लेने में असमर्थ होना, या संवाद करने की क्षमता खोना शामिल हो सकता है।

(सी) मेरे लिए, बीमारी या चोट के बाद चिकित्सा उपचार के अस्वीकार्य परिणाम हैं:  
कुछ के लिए, परिवार और दोस्तों को पहचानने में असमर्थ होना अस्वीकार्य होगा। हो सकता है कि अन्य लोग मशीनरी या देखभालकर्ताओं पर निर्भर न रहना चाहें।

(डी) अन्य चीजें जो मैं जानना चाहूंगा वे हैं:

अन्य मामले जो आप चाहते हैं कि आपका चिकित्सा उपचार निर्णयकर्ता ध्यान में रखे। ये आपकी देखभाल का पसंदीदा स्थान, चिकित्सा उपचार प्रक्रियाएं, या आध्यात्मिक/धार्मिक/सांस्कृतिक आवश्यकताएं हो सकती हैं।

(इ) अन्य लोग जिन्हें मैं अपनी देखभाल के बारे में चर्चा में शामिल करना चाहता हूं वे हैं:

अपने चिकित्सा उपचार निर्णयकर्ता को किसी अन्य व्यक्ति का विवरण प्रदान करें जिसे आप अपनी चिकित्सा देखभाल के बारे में चर्चा में शामिल करना चाहेंगे (या नहीं करना चाहेंगे)।

(एफ) यदि मैं मृत्यु के निकट हूँ, तो मेरे लिए निम्नलिखित बातें महत्वपूर्ण होंगी:

उन लोगों पर विचार करें जिन्हें आप उपस्थित करना चाहते हैं। आप चाह सकते हैं कि आपका पसंदीदा संगीत बजाया जाए, या तस्वीरें आपके चारों ओर हों या आपके पालतू जानवर आपके साथ हों।

## अंग दान

मेरी मृत्यु की स्थिति में:

मैं अंग और ऊतक दान के लिए विचार किए जाने के लिए तैयार हूँ, और मानता हूँ कि दान करने के लिए चिकित्सा हस्तक्षेप आवश्यक हो सकता है

मैं अंग और ऊतक दान के लिए विचार किए जाने को तैयार नहीं हूँ।

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने इस दस्तावेज़ को सावधानीपूर्वक विचार करने के बाद पूरा किया है।

मैं किसी भी समय इस अग्रिम देखभाल निर्देश को रद्द करने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ, लेकिन जब तक मैं ऐसा नहीं करता इसलिए, इसे मेरे निरंतर निर्देशों का प्रतिनिधित्व करने के लिए लिया जाना चाहिए।



## 4. चिकित्सा उपचार निर्णय लेने वाले

कृपया ध्यान दें: यह खंड केवल आपके चिकित्सा उपचार निर्णय निर्माताओं को सूचीबद्ध करता है। ऐसा होता है नहीं आधिकारिक तौर पर एक व्यक्ति को चिकित्सा उपचार निर्णय निर्माता की भूमिका के लिए नियुक्त करें। यह फॉर्म भरकर करना होगा *एक चिकित्सा उपचार निर्णय निर्माता की नियुक्ति।*

मैंने अपने चिकित्सा उपचार निर्णय निर्माता के रूप में नियुक्त किया है:

चिकित्सा उपचार निर्णय निर्माता 1

नाम:	
जन्म की तारीख:	
पता:	
फ़ोन नंबर:	

चिकित्सा उपचार निर्णय निर्माता 2

नाम:	
जन्म की तारीख:	
पता:	
फ़ोन नंबर:	

## 5. साक्षी

आपको हस्ताक्षर करना होगा के सामने दो वयस्क गवाह।

गवाह 1 एक चिकित्सा व्यवसायी होना चाहिए। गवाह 2 दूसरा वयस्क हो सकता है।

कोई भी गवाह वह व्यक्ति नहीं हो सकता जिसे आपने अपने चिकित्सा उपचार निर्णय निर्माता के रूप में नियुक्त किया है।

आपका हस्ताक्षर:	
दिनांक:	

प्रत्येक गवाह प्रमाणित करता है कि:

दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करने के समय, अग्रिम देखभाल निर्देश देने वाला व्यक्ति निर्देश में प्रत्येक कथन के संबंध में निर्णय लेने की क्षमता रखता है।

दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करते समय, अग्रिम देखभाल निर्देश देने वाला व्यक्ति निर्देश में प्रत्येक कथन की प्रकृति और प्रभाव को समझता था

व्यक्ति स्वतंत्र रूप से और स्वेच्छा से दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करता हुआ दिखाई दिया

उस व्यक्ति ने मेरी उपस्थिति में और दूसरे गवाह की उपस्थिति में दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर किए, और

● मैं व्यक्ति का नियुक्त चिकित्सा उपचार निर्णय निर्माता नहीं हूँ।

गवाह 1 - पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी

पूरा नाम:	
योग्यता और एएचपीआरए नंबर:	
हस्ताक्षरित:	
दिनांक:	

गवाह 2 - एक और वयस्क

पूरा नाम:	
हस्ताक्षरित:	
दिनांक:	

हस्ताक्षरित: \_\_\_\_\_

इस फॉर्म का क्या करें

मूल प्रपत्र अपने पास रखें। अपने चिकित्सा उपचार निर्णयकर्ता, परिवार, दोस्तों और किसी भी इलाज करने वाले डॉक्टरों को प्रतियां दें। यदि आप अस्पताल में भरती हैं या किसी अतिरिक्त चिकित्सक या स्वास्थ्य चिकित्सक द्वारा इलाज किया जाएगा तो अपने पास अतिरिक्त प्रतियां रखें।

सुनिश्चित करें कि आपके चिकित्सा उपचार निर्णयकर्ता ने फॉर्म को पढ़ लिया है और पूरी तरह से समझता है।

आपका अग्रिम देखभाल निर्देश My Health Record पर अपलोड किया जा सकता है।

## समीक्षा

डाइंग विद डिग्निति विक्टोरिया दृढ़ता से अनुशंसा करती है कि आप नियमित रूप से इस दस्तावेज़ की समीक्षा करें, क्योंकि आपकी इच्छाएँ बदल सकती हैं या चिकित्सा प्रौद्योगिकी में प्रगति हो सकती है। आपके लिए हर दो साल में दस्तावेज़ की समीक्षा करना बुद्धिमानी होगी या यदि आपके स्वास्थ्य की स्थिति में महत्वपूर्ण परिवर्तन होता है।

हर बार जब आप अपने दस्तावेज़ की समीक्षा करते हैं और आपकी इच्छाएँ होती हैं नीचे दी गई पावती में से एक को बदला, हस्ताक्षर और तारीख। अगर आपकी इच्छाएँ बदल गई हैं, तो आपको एक नया एडवांस केयर निर्देश पूरा करना होगा।

### दस्तावेज़ की समीक्षा: 1

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने इस दस्तावेज़ की समीक्षा की है और ऐसा कुछ भी नहीं है जिसे मैं बदलना चाहता हूँ।

हस्ताक्षरित:	
दिनांक:	

### दस्तावेज़ की समीक्षा: 2

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने इस दस्तावेज़ की समीक्षा की है और ऐसा कुछ भी नहीं है जिसे मैं बदलना चाहता हूँ।

हस्ताक्षरित:	
दिनांक:	

### दस्तावेज़ की समीक्षा: 3

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने इस दस्तावेज़ की समीक्षा की है और ऐसा कुछ भी नहीं है जिसे मैं बदलना चाहता हूँ।

हस्ताक्षरित:	
दिनांक:	

हस्ताक्षरित: \_\_\_\_\_