



Formulir 3a - 2021

Petunjuk Perawatan Lanjut

Dibuat di bawah

Undang-Undang Perencanaan dan Keputusan Perawatan Medis 2016 (Vic.)

Setelah diisi, ditandatangani, dan disaksikan, Petunjuk Perawatan Lanjutan ini menggantikan Petunjuk Perawatan Lanjutan sebelumnya yang mungkin telah Anda buat. Dying With Dignity Victoria sangat menyarankan Anda melengkapi formulir ini hanya setelah mempertimbangkan dengan cermat.

1. Detail Pribadi

Nama:	
Alamat:	
Negara:	
Kode Pos:	
Tanggal lahir:	

Status kesehatan saya saat ini pada saat penandatanganan:

saya dalam kesehatan yang baik
GP saya menyarankan bahwa saya menderita (<i>jelaskan diagnosis Anda</i>):

Tertanda: _____

2. Petunjuk Instruksional

Petunjuk Instruksional ini adalah **mengikat secara hukum** dan mengkomunikasikan keputusan perawatan medis Anda langsung ke praktisi kesehatan Anda. Dying With Dignity Victoria sangat menganjurkan Anda untuk berkonsultasi dengan praktisi medis jika memilih untuk menyelesaikan Instruksi Instruksional ini.

- **Petunjuk Instruksi Anda hanya akan digunakan jika Anda tidak memiliki kapasitas untuk membuat keputusan perawatan medis.**
- Keputusan perawatan medis Anda dalam Instruksi Instruksi ini berlaku seolah-olah Anda telah menyetujui atau menolak untuk memulai atau melanjutkan perawatan medis.
- Jika ada pernyataan Anda yang tidak jelas atau tidak pasti dalam keadaan tertentu, itu akan menjadi Pedoman Nilai (lihat halaman 5).
- Di bawah s51 dari *Undang-Undang Perencanaan dan Keputusan Perawatan Medis*, seorang praktisi kesehatan mungkin tidak diharuskan untuk mematuhi Instruksi Instruksional Anda jika keadaan telah berubah sehingga penerapan Instruksi Anda tidak lagi sesuai dengan preferensi dan keinginan Anda.

Menerapkan Petunjuk Instruksional ini

Instruksi Instruksional ini harus berlaku **kecuali kalau**:

Setuju

Tidak setuju

Saya hanya menderita kehilangan kompetensi sementara (sementara), seperti hipoglikemia atau TIA (serangan iskemik transien) atau gegar otak ringan.

Saya menderita penyakit parah tetapi menurut pendapat dua praktisi medis independen (setidaknya satu spesialis), saya kemungkinan besar akan pulih ke keadaan mandiri dan kompeten, tanpa penderitaan fisik atau psikologis yang mendalam.

Tertanda: _____

Tunduk pada kondisi di atas dalam "Menerapkan Instruksi Instruksional ini", **Saya menyatakan bahwa sehubungan dengan intervensi atau perawatan medis yang bertujuan untuk memperpanjang atau mempertahankan hidup saya:**

Perlakuan

saya menolak

saya menerima

Pemberian makanan buatan (nutrisi dan/atau hidrasi)

Antibiotik

Nafas buatan

Setiap prosedur bedah

Dukungan sirkulasi, termasuk CPR

Koreksi tingkat abnormal zat beracun apa pun

Transfusi darah

Pengobatan obat gula darah tinggi/rendah

Pengobatan obat tekanan darah tinggi/rendah

dialisis ginjal

Lebih jauh, **saya menyatakan** bahwa setiap gejala menyedihkan yang terus-menerus (nyeri, sesak napas, dan yang disebabkan oleh kekurangan makanan dan cairan) harus **secara maksimal diredakan** dengan analgesik yang tepat, obat penenang atau perawatan paliatif lainnya (termasuk menjaga bibir, mulut dan mata tetap lembab), meskipun perawatan paliatif itu mungkin juga memiliki konsekuensi tambahan untuk memperpendek hidup saya.

Tertanda: _____

demensia

Demensia dapat dianggap berkembang melalui beberapa tahap. Satu klasifikasi memiliki tujuh fase, dengan tahap awal (1-3) hanya menunjukkan penurunan ringan dan tahap selanjutnya (6-7) menunjukkan penurunan kognitif yang parah hingga sangat parah. Dari tahap 5, seorang individu mulai membutuhkan bantuan untuk bertahan hidup.

Dengan mengingat tahap-tahap progresif ini, jika saya dinilai oleh dokter tidak kompeten untuk mengambil keputusan mengenai perawatan medis saya dan

Jika saya didiagnosis dengan setiap tahap demensia.

Hanya jika saya didiagnosis dengan demensia stadium 6.

Hanya jika saya didiagnosis dengan demensia stadium 7.

dan juga,

Terlepas dari apakah perawatan utama saya di rumah/komunitas, atau di institusi.

Hanya jika saya telah dirawat di perawatan institusional yang berkelanjutan.

Kemudian saya menyatakan bahwa, kecuali untuk penggunaan antibiotik untuk infeksi ringan yang tidak mengancam jiwa, saya menolak perawatan medis apa pun dengan tujuan atau hasil untuk memperpanjang hidup saya (sebagaimana tercantum pada halaman 3 di atas):

Bahkan jika saya tampak puas seperti yang dinilai oleh Pengambil Keputusan Perawatan Medis saya.

Kecuali jika saya tampak puas sebagaimana dinilai oleh Pengambil Keputusan Perawatan Medis saya (dan kondisi ini dapat dicabut jika saya tampak tidak puas lagi).

Saya juga menyatakan bahwa:

Saya menolak nutrisi dan hidrasi dengan bantuan sendok makan dalam keadaan apa pun.

Saya menerima pemberian makan dengan sendok tetapi hanya jika saya tampak menerima ini secara sukarela dan menikmati makanan saya, seperti yang dinilai oleh Pengambil Keputusan Perawatan Medis saya.

Kondisi ini dapat dicabut jika MTDM saya kemudian menilai saya tidak secara sukarela menerima pemberian makan dengan sendok atau tampak tidak menikmati pemberian makan tersebut.

Lihat Tujuh Tahap Penyakit Alzheimer dari Reisberg [di sini](#) .

Tertanda: _____

3. Arahan Nilai

Lihat situs web MyValues (www.myvalues.org.au) untuk ide-ide untuk membantu memandu tanggapan ke bagian ini.

Jika Anda telah melengkapi dan menandatangani Instruksional Directive dengan benar di halaman 2-3, itu akan didahulukan daripada preferensi yang dapat Anda nyatakan dalam Values Directive ini. **Pastikan tidak ada dalam Petunjuk Nilai Anda yang bertentangan dengan apa yang telah Anda instruksikan dalam Petunjuk Instruksional Anda.**

Anda tidak harus menyelesaikan semua bagian dari Pedoman Nilai ini.

(sebuah) Apa yang paling penting dalam hidup saya (apa arti hidup dengan baik bagi Anda?)

Hal-hal yang perlu dipertimbangkan dalam bagian ini dapat berupa keyakinan agama atau budaya, keluarga dan teman, minat spiritual, dan kemandirian. Jelaskan mengapa ini penting bagi Anda, sehingga Pengambil Keputusan Perawatan Medis Anda memahami apa arti kualitas hidup bagi Anda.

Tertanda: _____

(b) Apa yang paling mengkhawatirkan saya tentang masa depan saya adalah:

Bagi sebagian orang, ini bisa termasuk kesakitan, pindah ke fasilitas perawatan, tidak mampu mempertahankan perawatan pribadi, tidak dapat berpartisipasi dalam kegiatan sosial/keluarga, atau kehilangan kemampuan untuk berkomunikasi.

(c) Bagi saya, hasil perawatan medis yang tidak dapat diterima setelah sakit atau cedera adalah:

Bagi beberapa orang, tidak dapat mengenali keluarga dan teman-teman tidak dapat diterima. Orang lain mungkin tidak ingin bergantung pada mesin atau penjaga.

Tertanda: _____

(d) Hal lain yang ingin saya ketahui adalah:

Hal-hal lain yang Anda ingin Pengambil Keputusan Perawatan Medis Anda pertimbangkan. Ini bisa menjadi tempat perawatan pilihan Anda, prosedur perawatan medis, atau persyaratan spiritual/agama/budaya.

(e) Orang lain yang saya ingin terlibat dalam diskusi tentang perawatan saya adalah:

Berikan kepada Pengambil Keputusan Perawatan Medis Anda perincian tentang orang lain yang Anda ingin (atau tidak ingin) terlibat dalam diskusi tentang perawatan medis Anda.

(f) Jika saya mendekati kematian, hal-hal berikut akan menjadi penting bagi saya:

Pertimbangkan orang-orang yang ingin Anda hadirkan. Anda mungkin ingin musik favorit Anda diputar, atau foto-foto mengelilingi Anda atau hewan peliharaan Anda ada bersama Anda.

Tertanda: _____

Donasi organ

Dalam hal kematian saya:

Saya bersedia dipertimbangkan untuk donasi organ dan jaringan, dan menyadari bahwa intervensi medis mungkin diperlukan agar donasi dapat dilakukan

Saya tidak bersedia dipertimbangkan untuk donor organ dan jaringan.

Saya menyatakan bahwa saya telah menyelesaikan dokumen ini setelah mempertimbangkan dengan cermat.

Saya berhak untuk mencabut Petunjuk Perawatan Lanjutan ini kapan saja, tetapi kecuali saya melakukannya jadi, itu harus diambil untuk mewakili arahan saya yang berkelanjutan.

Tertanda: _____

4. Pengambil Keputusan Perawatan Medis

HARAP DICATAT: Bagian ini hanya mencantumkan Pengambil Keputusan Perawatan Medis Anda. memangbukan mengangkat seseorang secara resmi untuk berperan sebagai Pengambil Keputusan Perawatan Medis. Ini harus dilakukan dengan mengisi formulir *Penunjukan Pengambil Keputusan Perawatan Medis*.

Saya telah menunjuk sebagai Pengambil Keputusan Perawatan Medis saya:

Pengambil Keputusan Perawatan Medis 1

Nama:	
Tanggal lahir:	
Alamat:	
Nomor telepon:	

Pengambil Keputusan Perawatan Medis 2

Nama:	
Tanggal lahir:	
Alamat:	
Nomor telepon:	

Tertanda: _____

5. Bersaksi

Anda harus menandatangani depan dua orang saksi dewasa.

Saksi 1 harus seorang praktisi medis. Saksi 2 bisa menjadi orang dewasa lain.

Tidak ada saksi yang dapat menjadi orang yang Anda tunjuk sebagai Pengambil Keputusan Perawatan Medis Anda.

Tanda tangan Anda:	
Tanggal:	

Setiap saksi menyatakan bahwa:

- Pada saat penandatanganan dokumen, orang yang memberikan Petunjuk Perawatan Lanjutan tampaknya memiliki kapasitas pengambilan keputusan sehubungan dengan setiap pernyataan dalam Petunjuk
- Pada saat penandatanganan dokumen, orang yang memberikan Petunjuk Perawatan Lanjutan tampaknya memahami sifat dan akibat dari setiap pernyataan dalam Petunjuk
- Orang tersebut tampak menandatangani dokumen dengan bebas dan sukarela
- Orang yang menandatangani dokumen di hadapan saya dan di hadapan saksi kedua, dan
- Saya bukan Pengambil Keputusan Perawatan Medis yang ditunjuk dari orang tersebut.

Saksi 1 - Praktisi Medis Terdaftar

Nama lengkap:	
Kualifikasi dan nomor AHPRA:	
Tertanda:	
Tanggal:	

Saksi 2 - Orang dewasa lainnya

Nama lengkap:	
Tertanda:	
Tanggal:	

Tertanda: _____

Apa yang harus dilakukan dengan formulir ini?

- Simpan formulir aslinya. Berikan salinannya kepada Pengambil Keputusan Perawatan Medis, keluarga, teman, dan dokter yang merawat Anda. Simpan salinan cadangan jika Anda dirawat di rumah sakit atau akan dirawat oleh dokter atau praktisi kesehatan tambahan.
- Pastikan Pengambil Keputusan Perawatan Medis Anda telah membaca dan memahami sepenuhnya formulir tersebut.
- Petunjuk Perawatan Lanjutan Anda mungkin diunggah ke Catatan Kesehatan Saya.

Ulasan

Dying With Dignity Victoria sangat menyarankan Anda untuk meninjau dokumen ini secara teratur, karena keinginan Anda dapat berubah atau mungkin ada kemajuan dalam teknologi medis. Anda akan bijaksana untuk meninjau dokumen setiap dua tahun atau jika keadaan kesehatan Anda berubah secara signifikan.

Setiap kali Anda meninjau dokumen Anda dan keinginan Anda telah bukan diubah, tanda tangani dan beri tanggal pada salah satu ucapan terima kasih di bawah ini. Jika keinginan Anda telah berubah, Anda harus menyelesaikan Petunjuk Perawatan Lanjutan yang baru.

Tinjauan Dokumen: 1

Saya menegaskan bahwa saya telah meninjau dokumen ini dan tidak ada yang ingin saya ubah.

Tertanda:	
Tanggal:	

Ulasan Dokumen: 2

Saya menegaskan bahwa saya telah meninjau dokumen ini dan tidak ada yang ingin saya ubah.

Tertanda:	
Tanggal:	

Review Dokumen: 3

Saya menegaskan bahwa saya telah meninjau dokumen ini dan tidak ada yang ingin saya ubah.

Tertanda:	
Tanggal:	

Tertanda: _____