



Modulo 3a - 2021

Direttiva sulle cure anticipate

Realizzato sotto il

Legge sulla pianificazione e sulle decisioni delle cure mediche 2016 (Vic.)

Una volta compilata, firmata e testimoniata, questa Direttiva sull'assistenza anticipata sostituisce qualsiasi precedente Direttiva sull'assistenza anticipata che potresti aver creato. Morire con dignità Victoria consiglia vivamente di compilare questo modulo solo dopo un'attenta considerazione.

1. Dati personali

Nome:	
Indirizzo:	
Stato:	
Codice postale:	
Data di nascita:	

Il mio stato di salute attuale al momento della firma:

Sono in buona salute
Il mio medico mi dice che soffro (<i>descrivi la tua diagnosi</i>):

Firmato: _____

2. Direttiva educativa

Questa direttiva educativa è **giuridicamente vincolante** e comunica le tue decisioni di trattamento medico direttamente ai tuoi operatori sanitari. Morire con dignità Victoria consiglia vivamente di consultare un medico se si sceglie di completare questa Direttiva educativa.

- **La tua Direttiva educativa sarà utilizzata solo se non hai la capacità di prendere una decisione in merito a un trattamento medico.**
- Le tue decisioni in materia di cure mediche in questa Direttiva educativa hanno effetto come se avessi acconsentito o rifiutato di iniziare o continuare le cure mediche.
- Se una qualsiasi delle tue affermazioni non è chiara o incerta in circostanze particolari, diventerà una Direttiva sui valori (vedi pagina 5).
- Sotto s51 del *Legge sulla pianificazione e sulle decisioni delle cure mediche*, a un operatore sanitario potrebbe non essere richiesto di conformarsi alla tua direttiva sull'istruzione se le circostanze sono cambiate in modo tale che l'attuazione della tua direttiva non sarebbe più coerente con le tue preferenze e desideri.

Applicazione della presente direttiva educativa

La presente direttiva educativa deve applicarsi **salvo che**:

Essere d'accordo Disaccordo

Soffro solo di una perdita transitoria (temporanea) di competenza, come ipoglicemia o TIA (attacco ischemico transitorio) o lieve commozione cerebrale.

Soffro di una grave malattia ma, secondo l'opinione di due medici indipendenti (almeno uno specialista), è probabile che mi riprenda in uno stato di autonomia e competenza, senza profonde sofferenze fisiche o psicologiche.

Firmato: _____

Fatte salve le condizioni di cui sopra in "Applicazione della presente direttiva educativa",
Dichiaro che in relazione a interventi o cure mediche volti a prolungare o sostenere la mia vita:

Trattamento

mi rifiuto

accetto

Alimentazione artificiale (nutrizione e/o idratazione)

Antibiotici

Respirazione artificiale

Eventuali interventi chirurgici

Supporto circolatorio, inclusa la RCP

Correzioni di livelli anormali di qualsiasi sostanza tossica

Trasfusione di sangue

Trattamento farmacologico della glicemia alta/bassa

Trattamento farmacologico della pressione alta/bassa

Dialisi renale

Ulteriore, **dichiaro** che qualsiasi sintomo angosciante persistente (dolore, mancanza di respiro e quelli causati dalla mancanza di cibo e liquidi) devono essere **al massimo palliat**o mediante un appropriato trattamento analgesico, sedativo o altro trattamento palliativo (compreso il mantenimento di labbra, bocca e occhi umidi), anche se tale trattamento palliativo può anche avere l'ulteriore conseguenza di abbreviare la mia vita.

Firmato: _____

Demenza

Si può considerare che la demenza progredisca attraverso una serie di fasi. Una classificazione¹ ha sette fasi, con le fasi iniziali (1-3) che mostrano solo un lieve deterioramento e le fasi successive (6-7) che mostrano un declino cognitivo da grave a molto grave. Dalla fase 5, un individuo inizia a richiedere assistenza per sopravvivere.

Tenendo presente queste fasi progressive, se vengo giudicato da un medico non competente a prendere decisioni in merito al mio trattamento medico e

Se mi viene diagnosticata una qualsiasi fase della demenza.

Solo se mi viene diagnosticata una demenza di stadio 6.

Solo se mi viene diagnosticata una demenza allo stadio 7.

e anche,

Indipendentemente dal fatto che la mia assistenza primaria sia a casa/comunità o in un istituto.

Solo se sono stato ricoverato in cure istituzionali in corso.

Quindi dichiaro che, fatta eccezione per l'uso di antibiotici per infezioni minori non pericolose per la vita, rifiuto qualsiasi trattamento medico con lo scopo o l'esito di prolungare la mia vita (come elencato a pagina 3 sopra):

Anche se appaio soddisfatto di come giudicato dal mio decisore per le cure mediche.

Tranne se appaio soddisfatto come giudicato dal mio decisore in materia di trattamento medico (e questa condizione può essere revocata se non appaio più soddisfatto).

Lo dichiaro anche io:

Rifiuto l'alimentazione e l'idratazione mediante l'alimentazione assistita con il cucchiaino in qualsiasi circostanza.

Accetto l'alimentazione con il cucchiaino, ma solo se sembro accettarlo volontariamente e godermi il mio cibo, come giudicato dal mio decisore per le cure mediche.

Questa condizione può essere revocata se il mio MTDM successivamente giudica che non sto accettando volontariamente l'alimentazione con il cucchiaino o che non sembri gradire tale alimentazione.

¹Vedi Le sette fasi del morbo di Alzheimer di Reisberg [qui](#).

Firmato: _____

3. Direttiva sui valori

Fare riferimento al sito Web MyValues (www.myvalues.org.au) per trovare idee che aiutino a guidare le risposte a questa sezione.

Se hai correttamente compilato e firmato la Direttiva educativa alle pagine 2-3, ha la precedenza sulle preferenze che potresti esprimere in questa Direttiva sui valori. **Assicurati che non ci sia nulla nella tua Direttiva sui valori che contraddica ciò che hai indicato nella tua Direttiva sull'istruzione.**

Non è necessario completare tutte le sezioni di questa Direttiva sui valori.

(un) Ciò che conta di più nella mia vita (cosa significa per te vivere bene?)

I punti da considerare in questa sezione potrebbero essere le credenze religiose o culturali, la famiglia e gli amici, gli interessi spirituali e l'indipendenza. Spiega perché questi sono importanti per te, in modo che il tuo decisore in materia di trattamento medico capisca cosa significa per te la qualità della vita.

Firmato: _____

(b) Quello che mi preoccupa di più del mio futuro è:

Per alcune persone, questo potrebbe includere soffrire, trasferirsi in una struttura di cura, non essere in grado di mantenere le cure personali, non essere in grado di partecipare ad attività sociali/familiari o perdere la capacità di comunicare.

(c) Per me, gli esiti inaccettabili delle cure mediche dopo una malattia o un infortunio sono:

Per alcuni, non essere in grado di riconoscere la famiglia e gli amici sarebbe inaccettabile. Altri potrebbero non voler fare affidamento su macchinari o assistenti.

Firmato: _____

(d) Altre cose che vorrei sapere sono:

Altre questioni che desideri che il tuo decisore in materia di cure mediche prenda in considerazione. Questi potrebbero essere il tuo luogo di cura preferito, procedure di trattamento medico o requisiti spirituali/religiosi/culturali.

(e) Altre persone che vorrei coinvolgere nelle discussioni sulla mia cura sono:

Fornisci al tuo decisore sul trattamento medico i dettagli di qualsiasi altra persona che vorresti (o non vorresti) coinvolta nelle discussioni sulle tue cure mediche.

(f) Se mi sto avvicinando alla morte, le seguenti cose sarebbero importanti per me:

Considera le persone che vorresti presenti. Potresti desiderare che la tua musica preferita venga riprodotta o che le foto ti circondino o che il tuo animale domestico sia con te.

Firmato: _____

Donazione di organi

In caso di mia morte:

Sono disposto a essere preso in considerazione per la donazione di organi e tessuti e riconosco che potrebbero essere necessari interventi medici affinché la donazione abbia luogo

Non sono disposto a essere preso in considerazione per la donazione di organi e tessuti.

Dichiaro di aver completato questo documento dopo un'attenta considerazione.

Mi riservo il diritto di revocare la presente Direttiva sulle cure anticipate in qualsiasi momento, ma a meno che non lo faccia quindi, dovrebbe essere preso per rappresentare le mie continue direzioni.

Firmato: _____

4. Decisori sulle cure mediche

NOTA BENE: questa sezione elenca solo il/i decisore/i di trattamento medico. Lo fanon nominare ufficialmente una persona al ruolo di decisore per le cure mediche. Questo deve essere fatto compilando il modulo *Nomina di un decisore di trattamento medico*.

Ho nominato come mio/i decisore/i di trattamento medico:

Decisore sulle cure mediche 1

Nome:	
Data di nascita:	
Indirizzo:	
Numero di telefono:	

Decisore sulle cure mediche 2

Nome:	
Data di nascita:	
Indirizzo:	
Numero di telefono:	

Firmato: _____

5. Testimonianza

Devi firmare davanti due testimoni adulti.

Il testimone 1 deve essere un medico. Il testimone 2 può essere un altro adulto.

Nessuno dei due testimoni può essere una persona che hai nominato come decisore per il trattamento medico.

La tua firma:	
Data:	

Ogni testimone attesta che:

- Al momento della firma del documento, la persona che ha emanato la Direttiva Advance Care sembrava avere capacità decisionale in relazione a ciascuna affermazione della Direttiva
- Al momento della firma del documento, la persona che ha presentato la Direttiva sulle cure anticipate sembrava comprendere la natura e gli effetti di ogni affermazione nella Direttiva
- La persona sembrava firmare liberamente e volontariamente il documento
- La persona ha firmato il documento in mia presenza e in presenza del secondo testimone, e
- Non sono un decisore nominato per le cure mediche della persona.

Testimone 1 - Professionista medico registrato

Nome e cognome:	
Qualificazione e Numero AHPRA:	
Firmato:	
Data:	

Testimone 2 - Un altro adulto

Nome e cognome:	
Firmato:	
Data:	

Firmato: _____

Cosa fare con questo modulo

- Conserva il modulo originale con te. Dare copie al decisore per le cure mediche, alla famiglia, agli amici e a tutti i medici curanti. Conserva una copia di riserva con te nel caso in cui tu venga ricoverato in ospedale o venga curato da altri medici o operatori sanitari.
- Assicurati che il tuo decisore sul trattamento medico abbia letto e comprenda completamente il modulo.
- La tua Direttiva Anticipata sull'assistenza può essere caricata nella cartella clinica personale.

Recensioni

Morire con dignità Victoria consiglia vivamente di rivedere regolarmente questo documento, poiché i tuoi desideri potrebbero cambiare o potrebbero esserci progressi nella tecnologia medica. Sarebbe saggio rivedere il documento ogni due anni o se lo stato della tua salute cambia in modo significativo.

Ogni volta che rivedi il tuo documento e i tuoi desideri non modificato, firmare e datare uno dei ringraziamenti di seguito. Se i tuoi desideri sono cambiati, devi completare una nuova Direttiva sulle cure anticipate.

Revisione del documento: 1

Affermo di aver esaminato questo documento e non c'è nulla che vorrei cambiare.

Firmato:	
Data:	

Revisione del documento: 2

Affermo di aver esaminato questo documento e non c'è nulla che vorrei cambiare.

Firmato:	
Data:	

Revisione del documento: 3

Affermo di aver esaminato questo documento e non c'è nulla che vorrei cambiare.

Firmato:	
Data:	

Firmato: _____