



フォーム3a-2021

## 事前ケア指令

下で作られました

2016年医療計画決定法 (Vic。)

記入され、署名され、目撃されると、この事前ケア指令は、あなたが作成した可能性のある以前の事前ケア指令に取って代わります。Dying With Dignity Victoriaは、慎重に検討した後にのみ、このフォームに記入することを強くお勧めします。

### 1. 個人情報

名前：	
住所：	
州：	
郵便番号：	
生年月日：	

署名時の私の現在の健康状態：

私は健康です
私のGPIは、私が苦しんでいるとアドバイスしています (あなたの診断を説明してください)：

署名： \_\_\_\_\_

1/11ページ

## 2.指導指令

この指導指令は**法的拘束力**そしてあなたの治療の決定をあなたの医療従事者に直接伝えます。Dying With Dignity Victoriaは、この指導指令を完了することを選択した場合は、医師に相談することを強くお勧めします。

- 指導指令は、治療を決定する能力がない場合にのみ使用されます。**
- この指導指令におけるあなたの治療の決定は、あなたが治療の開始または継続に同意または拒否したかのように有効になります。
- 特定の状況でステートメントのいずれかが不明確または不確実である場合、それは値ディレクティブになります（5ページを参照）。
- s51の下で**治療計画および決定法**、あなたの指令の実施があなたの好みや希望と一致しなくなるような状況が変化した場合、医療従事者はあなたの指導指令を遵守する必要がないかもしれません。

### この指導指令の適用

この指導指令を適用する必要があります**そうでもなければ**：

同意      同意しない

私は、低血糖症やTIA（一過性脳虚血発作）または軽度の脳震盪など、一過性（一時的）な能力の喪失のみに苦しんでいます。

私は重度の病気に苦しんでいますが、2人の独立した開業医（少なくとも1人の専門家）の意見では、深刻な肉体的または精神的苦痛なしに、独立と能力の状態に回復する可能性があります。

署名： \_\_\_\_\_

2/11ページ

「この指導指令の適用」における上記の条件に従い、私は、私の寿命を延ばしたり維持したりすることを目的とした医学的介入または治療に関して、次のことを宣言します。

処理

私は断る

承諾します

人工給餌（栄養および/または水分補給）

抗生物質

人工呼吸

あらゆる外科的処置

CPRを含む循環器系のサポート

有毒物質の異常なレベルの修正

輸血

高血糖/低血糖の薬物治療

高血圧/低血圧の薬物治療

腎透析

さらに遠く、私は宣言する持続的な苦痛を伴う症状（痛み、息切れ、および食物と水分の不足によって引き起こされる症状）は、最大限に緩和された適切な鎮痛、鎮静または他の緩和治療（唇、口、目を湿らせておくことを含む）によって、たとえその緩和治療が私の人生を短くするという追加の結果をもたらすかもしれないとしても。

署名： \_\_\_\_\_

## 認知症

認知症は、いくつかの段階を経て進行すると見なすことができます。1つの分類<sup>1</sup> 7つの段階があり、初期段階（1～3）は軽度の悪化のみを示し、後期段階（6～7）は重度から非常に重度の認知機能低下を示します。ステージ5から、個人は生き残るために支援を必要とし始めます。

これらの進歩的な段階を念頭に置いて、私が医師によって私の治療に関する決定を下す能力がないと判断された場合、

認知症のいずれかの段階と診断された場合。

ステージ6の認知症と診断された場合のみ。

ステージ7の認知症と診断された場合のみ。

そしてまた、

私のプライマリケアが家庭/地域社会にあるのか、施設にあるのかに関係なく。

私が継続的な制度的ケアを認められた場合のみ。

**次に、生命を脅かさない軽度の感染症に対する抗生物質の使用を除いて、寿命を延ばす目的または結果を伴う治療を拒否することを宣言します（上記の3ページに記載）。**

治療の意思決定者が判断したように満足しているように見えても。

私が治療の意思決定者によって判断されたように満足しているように見える場合を除きます（そして、私がかもはや満足していないように見える場合、この状態は取り消される可能性があります）。

**私も宣言します：**

私はどんな状況でも補助スプーン給餌による栄養と水分補給を拒否します。

私はスプーンでの食事を受け入れますが、これを自発的に受け入れて食事を楽しんでいると思われる場合に限りです。

その後、MTDMが、私がスプーンでの給餌を自発的に受け入れていない、またはそのような給餌を楽しんでいないように見えると判断した場合、この条件は取り消される可能性があります。

<sup>1</sup> ライスバーグのアルツハイマー病の7つの段階を参照してください [ここ](#)。

### 3.価値観指令

MyValuesのWebサイトを参照してください ([www.myvalues.org.au](http://www.myvalues.org.au)) このセクションへの回答を導くのに役立つアイデア。

2～3ページの指示指令を適切に完了して署名した場合は、この値指令で表現できる設定よりも優先されます。**値ディレクティブには、指示ディレクティブで指示した内容と矛盾するものがないことを確認してください。**

この値ディレクティブのすべてのセクションを完了する必要はありません。

(a) 私の人生で最も重要なことは何ですか（あなたにとってうまく生きることは何を意味しますか？）

このセクションで考慮すべき点は、宗教的または文化的信念、家族や友人、精神的な利益、そして独立である可能性があります。これらがあなたにとって重要である理由を説明してください。そうすれば、あなたの治療の意思決定者はあなたにとって生活の質が何を意味するのかを理解できます。

署名： \_\_\_\_\_

(b) 私の将来について最も心配しているのは次のとおりです。

一部の人々にとって、これには、痛みを伴う、介護施設に移動する、個人的な介護を維持できない、社会的/家族的活動に参加できない、またはコミュニケーション能力を失うことが含まれる可能性があります。

(c) 私にとって、病気やけが後の治療の容認できない結果は次のとおりです。

一部の人にとっては、家族や友人を認識できないことは受け入れられないでしょう。他の人は、機械や介護者に依存することを望まないかもしれません。

署名： \_\_\_\_\_

(d) 私が知りたい他のことは次のとおりです。

治療の意思決定者に考慮してもらいたいその他の事項。これらはあなたの好みのケアの場所、治療手順、または精神的/宗教的/文化的要件である可能性があります。

(e) 私のケアについての議論に参加したい他の人々は次のとおりです。

あなたがあなたの医療についての議論に関与したい（またはしたくない）他の人の詳細をあなたの医療意思決定者に提供してください。

(f) 私が死に近づいている場合、次のことが私にとって重要になります。

出席したい人を考えてみてください。お気に入りの音楽を再生したり、写真を周囲に置いたり、ペットを連れて行ったりすることをお勧めします。

署名： \_\_\_\_\_

## 臓器提供

私の死の場合：

私は臓器や組織の寄付を検討したいと思っており、寄付を行うには医学的介入が必要になる可能性があることを認識しています。

私は臓器や組織の寄付を検討するつもりはありません。

**慎重に検討した結果、このドキュメントを完成させたことを宣言します。**

**私はいつでもこの事前ケア指令を取り消す権利を留保しますが、取り消さない限り  
ですから、それは私の継続的な方向性を表すものと解釈されるべきです。**

署名： \_\_\_\_\_

8/11ページ



## 4.治療の意思決定者

注意：このセクションには、治療の意思決定者のみがリストされています。しませいいえ医療意思決定者の役割に人を正式に任命します。これは、フォームに記入して行う必要があります治療の意思決定者の任命。

私は私の治療の意思決定者として任命しました：

### 医療意思決定者1

名前：	
生年月日：	
住所：	
電話番号：	

### 医療意思決定者2

名前：	
生年月日：	
住所：	
電話番号：	

署名： \_\_\_\_\_

## 5.目撃

署名する必要がありますの前に2人の成人の目撃者。

証人1は開業医でなければなりません。証人2は別の大人になることができます。

どちらの証人も、あなたが治療の意思決定者として任命した人物になることはできません。

あなたの署名：	
日にち：	

各証人は次のことを証明します。

- 文書に署名した時点で、事前ケア指令を出した人は、指令の各ステートメントに関して意思決定能力を持っているように見えました。
- 文書に署名した時点で、事前ケア指令を出した人は、指令の各ステートメントの性質と効果を理解しているように見えました。
- その人が自由にそして自発的に文書に署名したように見えた
- その人が私の前と2人目の証人の前で文書に署名し、
- 私はその人の任命された治療意思決定者ではありません。

### 目撃者1-登録された開業医

フルネーム：	
資格と AHPRA番号：	
署名：	
日にち：	

### 目撃者2-別の大人

フルネーム：	
署名：	
日にち：	

署名： \_\_\_\_\_

このフォームをどうするか

- 元のフォームを携帯してください。治療の意思決定者、家族、友人、および治療を行う医師にコピーを渡してください。あなたが病院に入院した場合、または追加の医師や医療従事者によって治療される場合に備えて、予備のコピーを保管してください。
- 医療意思決定者がフォームを読み、完全に理解していることを確認してください。
- 事前ケア指令は、マイヘルスレコードにアップロードされる場合があります。

## レビュー

Dying With Dignity Victoriaは、希望が変わったり、医療技術が進歩したりする可能性があるため、このドキュメントを定期的に確認することを強くお勧めします。2年ごとに、または健康状態が大幅に変化した場合は、ドキュメントを確認することをお勧めします。

あなたがあなたの文書とあなたの願いをレビューするたびにいいえ以下の承認の1つを変更し、署名して日付を記入してください。希望が変わった場合は、新しい事前ケア指令を完了する必要があります。

### ドキュメントのレビュー：1

私はこのドキュメントを確認しましたが、変更したいことは何もないことを確認します。

署名：	
日にち：	

### ドキュメントのレビュー：2

私はこのドキュメントを確認しましたが、変更したいことは何もないことを確認します。

署名：	
日にち：	

### ドキュメントのレビュー：3

私はこのドキュメントを確認しましたが、変更したいことは何もないことを確認します。

署名：	
日にち：	

署名： \_\_\_\_\_