



Форма За - 2021 година

Директива за претходна нега

Направено под

Закон за планирање и одлуки за медицински третман од 2016 година (Виц.)

Откако ќе биде пополнета, потпишана и посведочена, оваа Директива за претходна нега ја заменува секоја претходна Директива за претходна нега што можеби сте ја направиле. Умирање со достоинство Викторија силно препорачува да го пополните овој формулар само по внимателно разгледување.

1. Лични податоци

Име:	
Адреса:	
Состојба:	
Поштенски код:	
Дата на раѓање:	

Мојот моментален здравствен статус за време на потпишувањето:

Јас сум во добра здравствена состојба

Мојот општ лекар советува дека боледувам од *(опишете ја вашата дијагноза)*.

Потпишан: _____

2. Инструктивна директива

Оваа наставна директива **еправно обврзувачки** ги соопштува вашите одлуки за медицински третман директно до вашите здравствени практичари. Умирање со достоинство Викторија силно препорачува да се консултирате со лекар ако одлучите да ја завршите оваа Инструктивна Директива.

- **Вашата Инструктивна Директива ќе се користи само ако немате капацитет да донесете одлука за медицински третман.**
- Вашите одлуки за медицински третман во оваа Инструктивна Директива стапуваат на сила како да сте се согласиле или одбиле да започнете или продолжите со медицинскиот третман.
- Ако некоја од вашите изјави е нејасна или несигурна во одредени околности, таа ќе стане Директива за вредности (види страница 5).
- Под s51 од *Закон за планирање и одлуки за медицински третман*, од здравствениот лекар можеби нема да се бара да се усогласи со вашата Упатство за упатства доколку околностите се сменија така што спроведувањето на вашата Директива повеќе нема да биде во согласност со вашите преференции и желби.

Применувајќи ја оваа наставна директива

Оваа инструктивна директива мора да се применува **освен ако**:

[Се согласувам](#)

[Не се согласувам](#)

Јас трпам само минливо (привремено) губење на компетентноста, како што се хипогликемија или ТИА (минлив исхемичен напад) или благ потрес на мозокот.

Јас боледувам од тешка болест, но според мислењето на двајца независни лекари (барем еден специјалист), веројатно ќе закрепнам во состојба на независност и компетентност, без длабоко физичко или психичко страдање.

Потпишан: _____

Согласно горенаведените услови во „Примена на оваа инструктивна директива“, **Изјавувам дека во однос на медицинската интервенција или третман чија цел е продолжување или одржување на мојот живот:**

Третман

Одбивам

прифаќам

Вештачко хранење (исхрана и/или хидратација)
Антибиотици
Вештачко дишење
Било какви хируршки процедури
Циркулаторна поддршка, вклучително и CPR
Корекција на абнормални нивоа на која било токсична супстанција
Трансфузија на крв
Лекување со лекови за висок/низок шеќер во крвта
Лекување со лекови на висок/низок крвен притисок
Бубрежна дијализа

Понатаму, **изјавувам** дека сите постојани вознемирувачки симптоми (болка, останување без здив и оние предизвикани од недостаток на храна и течност) треба да се **максимално палијативан** соодветен аналгетик, седатив или друг палијативен третман (вклучувајќи влажност на усните, устата и очите), иако тој палијативен третман може да има дополнителна последица на скратување на мојот живот.

Деменција

Може да се смета дека деменцијата напредува низ повеќе фази. Една класификација¹ има седум фази, при што раните фази (1-3) покажуваат само благо влошување, а подоцнежните фази (6-7) покажуваат тежок до многу тежок когнитивен пад. Од стадиум 5, поединецот почнува да бара помош за да преживее.

Имајќи ги предвид овие прогресивни фази, ако лекарот ме оцени дека не сум компетентен да донесувам одлуки во врска со мојот медицински третман и

Ако ми се дијагностицира која било фаза на деменција.

Само ако ми се дијагностицира деменција од стадиум 6.

Само ако ми се дијагностицира деменција од стадиум 7.

и исто така,

Без разлика дали мојата примарна нега е во домот/заедницата, или во институција.

Само доколку сум примен на постојана институционална нега.

Потоа изјавувам дека, освен употребата на антибиотици за мали инфекции кои не се опасни по живот, одбивам каков било медицински третман со цел или исход да го продолжи мојот живот (како што е наведено на страница 3 погоре):

Дури и ако се чини дека сум задоволен како што проценува мојот Донесувач на одлуки за медицински третман.

Освен ако се чини дека сум задоволен како што проценува мојот Донесувач на одлуки за медицински третман (и овој услов може да се отповика ако веќе не изгледам задоволен).

Тоа го изјавувам и јас:

Одбивам исхрана и хидратација со помош на хранење со лажица во какви било околности.

Прифаќам хранење со лажица, но само ако се чини дека го прифаќам ова доброволно и уживам во мојата храна, како што проценува мојот Донесувач на одлуки за медицински третман.

Овој услов може да биде отповикан ако мојот МТДМ последователно процени дека доброволно не прифаќам хранење со лажица или не изгледам дека уживам во таквото хранење.

¹Видете ги Седумте фази на Алцхајмерова болест на Рајсберг [овде](#) .

Потпишан: _____

3. Директива за вредности

Погледнете ја веб-страницата MyValues (www.myvalues.org.au) за идеи кои ќе помогнат да се насочат одговорите на овој дел.

Ако правилно сте ја пополниле и потпишале Директивата за упатства на страниците 2-3, таа има предност пред преференциите што можете да ги изразите во оваа Директива за вредности. **Уверете се дека нема ништо во вашата Директива за вредности што е во спротивност со она што сте го навеле во вашата наставна директива.**

Не мора да ги пополнувате сите делови од оваа Директива за вредности.

(а) Што е најважно во мојот живот (што значи за тебе да се живее добро?)

Поенти кои треба да се земат предвид во овој дел би можеле да бидат религиозните или културните верувања, семејството и пријателите, духовните интереси и независноста. Објаснете зошто тие се важни за вас, така што вашиот Донесувач на одлуки за медицински третман ќе разбере што значи за вас квалитетот на живот.

Потпишан: _____

(б) Она што најмногу ме загрижува за мојата иднина е:

За некои луѓе, ова може да вклучува болка, преселување во установа за нега, неможност да одржуваат лична нега, неможност да учествуваат во социјални/семејни активности или губење на способноста за комуникација.

(в) За мене, неприфатливи исходи од медицински третман по болест или повреда се:

За некои, тоа што не може да ги препознае семејството и пријателите би било неприфатливо. Други можеби нема да сакаат да се потпираат на машини или негуватели.

Потпишан: _____

(Г) Други работи што би сакал да се знаат се:

Други работи што сакате да ги земе предвид вашиот Донесувач на одлуки за медицински третман. Тоа може да биде вашето претпочитано место на нега, процедури за медицински третман или духовни/религиозни/културни барања.

(Д) Други луѓе кои би сакал да бидат вклучени во дискусиите за мојата грижа се:

Обезбедете му на вашиот Донесувач на одлуки за медицински третман детали за кое било друго лице што би сакале (или не) да биде вклучено во дискусиите за вашата медицинска нега.

(Ѓ) Ако сум блиску до смртта, следните работи би ми биле важни:

Размислете за луѓето што би сакале да ги презентирате. Можеби сакате да се пушта вашата омилена музика или да ве опкружуваат фотографии или да го имате вашето домашно милениче со вас.

Потпишан: _____

Донација на органи

Во случај на мојата смрт:

Јас сум подготвен да се разгледам за донација на органи и ткива и признавам дека можеби се неопходни медицински интервенции за да се изврши донацијата

Не сум подготвен да ме земаат предвид за донирање органи и ткива.

Изјавувам дека го комплетирав овој документ по внимателно разгледување.

Го задржувам правото да ја отповикам оваа Директива за претходна нега во секое време, но освен ако не го направам тоа така, треба да се земе за да ги претставува моите континуирани насоки.

Потпишан: _____

4. Донесувачи на одлуки за медицински третман

ВЕ МОЛИМЕ ЗАБЕЛЕШКА: Овој дел ги наведува само вашите носители на одлуки за медицински третман. Тоа го правине официјално да назначи лице во улога на Донесувач на одлуки за медицински третман. Ова мора да се направи со пополнување на формуларот *Назначување на носител на одлуки за медицински третман*.

За мои носители на одлуки за медицински третман ги назначив:

Донесувач на одлуки за медицински третман 1

Име:	
Дата на раѓање:	
Адреса:	
Телефонски број:	

Донесувач на одлуки за медицински третман 2

Име:	
Дата на раѓање:	
Адреса:	
Телефонски број:	

Потпишан: _____

5. Сведоштво

Мора да потпишете пред двајца возрасни сведоци.

Сведокот 1 мора да биде лекар. Сведокот 2 може да биде уште еден возрасен.

Ниту еден сведок не може да биде лице кое сте го назначиле за ваш Донесувач на одлуки за медицински третман.

Вашиот потпис:	
Датум:	

Секој сведок потврдува дека:

- Во моментот на потпишување на документот, лицето кое ја дава Директивата за претходна нега се чини дека има капацитет за одлучување во однос на секоја изјава во Директивата
- Во моментот на потпишување на документот, лицето кое ја дава Директивата за претходна нега се чини дека ја разбира природата и ефектот на секоја изјава во Директивата
- Лицето се појавило слободно и доброволно да го потпише документот
- Лицето го потпишало документот во мое присуство и во присуство на вториот сведок, и
- Не сум назначен Донесувач на одлуки за медицински третман на лицето.

Сведок 1 - Регистриран лекар

Целосно име:	
Квалификација и Број на АНПРА:	
Потпишан:	
Датум:	

Сведок 2 - Уште еден возрасен

Целосно име:	
Потпишан:	
Датум:	

Потпишан: _____

Што да направите со оваа форма

- Чувајте го оригиналниот формулар кај вас. Дајте копии на вашиот Донесувач на одлуки за медицински третман, семејството, пријателите и сите лекари што ве лекуваат. Имајте резервни копии со вас во случај да бидете примени во болница или да ве лекуваат дополнителни лекари или здравствени работници.
- Осигурете се дека вашиот Донесувач на одлуки за медицински третман го прочитал и целосно го разбира формуларот.
- Вашата директива за претходна грижа може да биде поставена на Мојата здравствена евиденција.

Осврти

Умирање со достоинство Викторија силно препорачува редовно да го прегледувате овој документ, бидејќи вашите желби може да се променат или може да има напредок во медицинската технологија. Би било мудро да го прегледате документот на секои две години или ако состојбата на вашето здравје значително се промени.

Секој пат кога ќе го прегледате вашиот документ и вашите желби имаат не промени, потпишете и датирате едно од признанијата подолу. Ако вашите желби се сменија, мора да пополните нова Директива за претходна неџа.

Преглед на документ: 1

Потврдувам дека го разгледав овој документ и нема ништо што би сакал да променам.

Потпишан:	
Датум:	

Преглед на документ: 2

Потврдувам дека го разгледав овој документ и нема ништо што би сакал да променам.

Потпишан:	
Датум:	

Преглед на документ: 3

Потврдувам дека го разгледав овој документ и нема ништо што би сакал да променам.

Потпишан:	
Датум:	

Потпишан: _____