



Tingkatan 3a - 2021

Arahan Penjagaan Awal

Dibuat di bawah

Akta Perancangan dan Keputusan Rawatan Perubatan 2016 (Vic.)

Setelah diisi, ditandatangani dan disaksikan, Arahan Penjagaan Awal ini menggantikan mana-mana Arahan Penjagaan Awal sebelumnya yang mungkin anda buat. Dying With Dignity Victoria amat mengesyorkan anda melengkapkan borang ini hanya selepas pertimbangan yang teliti.

1. Butiran Peribadi

nama:	
Alamat:	
negeri:	
Poskod:	
Tarikh lahir:	

Status kesihatan semasa saya pada masa menandatangani:

Saya dalam keadaan sihat
GP saya menasihatkan bahawa saya menderita (<i>terangkan diagnosis anda</i>):

Ditandatangani: _____

2. Arahan Arahan

Arahan Arahan ini ialah **mengikat secara sah** dan menyampaikan keputusan rawatan perubatan anda secara terus kepada pengamal kesihatan anda. Dying With Dignity Victoria amat mengesyorkan anda berunding dengan pengamal perubatan jika memilih untuk melengkapkan Arahan Arahan ini.

- **Arahan Arahan anda hanya akan digunakan jika anda tidak mempunyai kapasiti untuk membuat keputusan rawatan perubatan.**
- Keputusan rawatan perubatan anda dalam Arahan Arahan ini berkuat kuasa seolah-olah anda telah bersetuju atau enggan memulakan atau meneruskan rawatan perubatan.
- Jika mana-mana kenyataan anda tidak jelas atau tidak pasti dalam keadaan tertentu, ia akan menjadi Arahan Nilai (lihat halaman 5).
- Di bawah s51 daripada *Akta Perancangan dan Keputusan Rawatan Perubatan*, seorang pengamal kesihatan mungkin tidak perlu mematuhi Arahan Arahan anda jika keadaan telah berubah sehingga melaksanakan Arahan anda tidak lagi selaras dengan pilihan dan kehendak anda.

Menggunakan Arahan Arahan ini

Arahan Arahan ini mesti terpakai **melainkan**:

Setuju

Tidak bersetuju

Saya hanya mengalami kehilangan kecekapan sementara (sementara), seperti hipoglisemia atau TIA (serangan iskemia sementara) atau gegaran otak ringan.

Saya mengalami penyakit yang teruk tetapi pada pendapat dua pengamal perubatan bebas (sekurang-kurangnya seorang pakar), saya berkemungkinan akan pulih kepada keadaan bebas dan cekap, tanpa penderitaan fizikal atau psikologi yang mendalam.

Ditandatangani: _____

Tertakluk kepada syarat di atas dalam "Menggunakan Arahan Arahan ini", **Saya mengisytiharkan bahawa berkenaan dengan campur tangan perubatan atau rawatan yang bertujuan untuk memanjangkan atau mengekalkan hayat saya:**

Rawatan

saya menolak

saya terima

Pemakanan buatan (pemakanan dan/atau penghidratan)

Antibiotik

Bantuan pernafasan

Sebarang prosedur pembedahan

Sokongan peredaran darah, termasuk CPR

Pembetulan tahap abnormal mana-mana bahan toksik

Pemindahan darah

Rawatan ubat gula darah tinggi/rendah

Rawatan ubat tekanan darah tinggi/rendah

Dialisis buah pinggang

Selanjutnya, **saya isytihar** bahawa sebarang gejala menyusahkan yang berterusan (sakit, sesak nafas, dan yang disebabkan oleh kekurangan makanan dan cecair) hendaklah **secara maksimum memucat** dengan analgesik, sedatif atau rawatan paliatif lain yang sesuai (termasuk mengekalkan bibir, mulut dan mata lembap), walaupun rawatan paliatif itu mungkin juga mempunyai akibat tambahan memendekkan hayat saya.

Demensia

Demensia boleh dianggap berkembang melalui beberapa peringkat. Satu klasifikasi mempunyai tujuh fasa, dengan peringkat awal (1-3) hanya menunjukkan kemerosotan ringan dan peringkat kemudian (6-7) menunjukkan penurunan kognitif yang teruk hingga sangat teruk. Dari peringkat 5, individu mula memerlukan bantuan untuk terus hidup.

Dengan mengambil kira peringkat progresif ini, jika saya dinilai oleh doktor sebagai tidak cekap untuk membuat keputusan mengenai rawatan perubatan saya dan

Jika saya didiagnosis dengan mana-mana peringkat demensia.

Hanya jika saya didiagnosis dengan demensia tahap 6.

Hanya jika saya didiagnosis dengan demensia tahap 7.

dan juga,

Tidak kira sama ada penjagaan utama saya adalah di rumah/komuniti, atau di institusi.

Hanya jika saya telah dimasukkan ke dalam penjagaan institusi yang berterusan.

Kemudian saya mengisytiharkan bahawa, kecuali untuk penggunaan antibiotik untuk jangkitan kecil yang tidak mengancam nyawa, saya menolak sebarang rawatan perubatan dengan tujuan atau hasil untuk memanjangkan hayat saya (seperti yang disenaraikan di halaman 3 di atas):

Walaupun saya kelihatan berpuas hati seperti yang dinilai oleh Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan saya.

Kecuali jika saya kelihatan berpuas hati seperti yang dinilai oleh Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan saya (dan syarat ini boleh dibatalkan jika saya tidak lagi kelihatan berpuas hati).

Saya juga mengisytiharkan bahawa:

Saya menolak pemakanan dan penghidratan dengan bantuan penyusuan susu dalam apa jua keadaan.

Saya menerima penyusuan susu tetapi hanya jika saya nampaknya menerima ini secara sukarela dan menikmati makanan saya, seperti yang dinilai oleh Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan saya.

Syarat ini boleh dibatalkan jika MTDM saya kemudiannya menilai saya tidak secara sukarela menerima penyusuan susu atau tidak kelihatan menikmati makanan sedemikian.

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

Ditandatangani: _____

3. Arahan Nilai

Rujuk laman web MyValues (www.myvalues.org.au) untuk idea untuk membantu membimbing respons kepada bahagian ini.

Jika anda telah melengkapkan dan menandatangani Arahan Arahan dengan betul pada halaman 2-3, ia lebih diutamakan daripada keutamaan yang anda boleh nyatakan dalam Arahan Nilai ini. **Pastikan tiada apa-apa dalam Arahan Nilai anda yang bercanggah dengan apa yang anda arahkan dalam Arahan Arahan anda.**

Anda tidak perlu melengkapkan semua bahagian Arahan Nilai ini.

(a) Apa yang paling penting dalam hidup saya (apa erti hidup dengan baik bagi anda?)

Perkara yang perlu dipertimbangkan dalam bahagian ini boleh jadi kepercayaan agama atau budaya, keluarga dan rakan, minat rohani dan kemerdekaan. Terangkan mengapa ini penting kepada anda, supaya Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan anda memahami makna kualiti hidup kepada anda.

Ditandatangani: _____

(b) Apa yang paling saya risaukan tentang masa depan saya ialah:

Bagi sesetengah orang, ini mungkin termasuk kesakitan, berpindah ke kemudahan penjagaan, tidak dapat mengekalkan penjagaan diri, tidak dapat mengambil bahagian dalam aktiviti sosial/keluarga, atau kehilangan keupayaan untuk berkomunikasi.

(c) Bagi saya, hasil rawatan perubatan yang tidak boleh diterima selepas sakit atau kecederaan ialah:

Bagi sesetengah orang, tidak dapat mengenali keluarga dan rakan adalah tidak boleh diterima. Orang lain mungkin tidak mahu bergantung pada jentera atau penjaga.

Ditandatangani: _____

(d) Perkara lain yang saya ingin ketahui ialah:

Perkara lain yang anda ingin Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan anda ambil kira. Ini mungkin tempat penjagaan pilihan anda, prosedur rawatan perubatan atau keperluan rohani/agama/budaya.

(e) Orang lain yang saya ingin terlibat dalam perbincangan tentang penjagaan saya ialah:

Berikan Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan anda dengan butiran tentang mana-mana orang lain yang anda mahu (atau tidak) mahu terlibat dalam perbincangan tentang penjagaan perubatan anda.

(f) Sekiranya saya hampir mati, perkara berikut akan menjadi penting kepada saya:

Pertimbangkan orang yang anda ingin hadirkan. Anda mungkin ingin muzik kegemaran anda dimainkan, atau foto mengelilingi anda atau membawa haiwan kesayangan anda bersama anda.

Ditandatangani: _____

Pendermaan Organ

Sekiranya saya meninggal dunia:

Saya bersedia untuk dipertimbangkan untuk pendermaan organ dan tisu, dan menyedari bahawa campur tangan perubatan mungkin perlu untuk menderma dilakukan

Saya tidak bersedia untuk dipertimbangkan untuk menderma organ dan tisu.

Saya mengaku bahawa saya telah melengkapkan dokumen ini selepas pertimbangan yang teliti.

Saya berhak untuk membatalkan Arahan Penjagaan Awal ini pada bila-bila masa, tetapi melainkan saya melakukannya jadi, ia harus diambil untuk mewakili arahan berterusan saya.

Ditandatangani: _____

4. Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan

SILA AMBIL PERHATIAN: Bahagian ini hanya menyenaraikan Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan anda. Ia berlaku bukan secara rasmi melantik seseorang untuk peranan Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan. Ini mesti dilakukan dengan melengkapkan borang *Pelantikan Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan*.

Saya telah melantik sebagai Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan saya:

Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan 1

nama:	
Tarikh lahir:	
Alamat:	
Nombor telefon:	

Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan 2

nama:	
Tarikh lahir:	
Alamat:	
Nombor telefon:	

Ditandatangani: _____

5. Bersaksi

Anda mesti menandatangani di hadapan dua orang saksi dewasa.

Saksi 1 mestilah seorang pengamal perubatan. Saksi 2 boleh menjadi orang dewasa lain.

Kedua-dua saksi tidak boleh menjadi orang yang telah anda lantik sebagai Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan anda.

Tandatangan anda:	
Tarikh:	

Setiap saksi memperakui bahawa:

- Pada masa menandatangani dokumen, orang yang memberikan Arahan Penjagaan Awal kelihatan mempunyai keupayaan membuat keputusan berhubung dengan setiap pernyataan dalam Arahan
- Pada masa menandatangani dokumen, orang yang memberikan Arahan Penjagaan Awal kelihatan memahami sifat dan kesan setiap pernyataan dalam Arahan
- Orang itu kelihatan bebas dan secara sukarela menandatangani dokumen itu
- Orang itu menandatangani dokumen di hadapan saya dan di hadapan saksi kedua, dan
- Saya bukan Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan yang dilantik bagi orang tersebut.

Saksi 1 - Pengamal Perubatan Berdaftar

Nama penuh:	
Kelayakan dan Nombor AHPRA:	
Ditandatangani:	
Tarikh:	

Saksi 2 - Seorang lagi dewasa

Nama penuh:	
Ditandatangani:	
Tarikh:	

Ditandatangani: _____

Apa yang perlu dilakukan dengan borang ini

- Simpan borang asal bersama anda. Berikan salinan kepada Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan anda, keluarga, rakan dan mana-mana doktor yang merawat. Simpan salinan ganti bersama anda sekiranya anda dimasukkan ke hospital atau akan dirawat oleh mana-mana doktor tambahan atau pengamal kesihatan.
- Pastikan Pembuat Keputusan Rawatan Perubatan anda telah membaca dan memahami sepenuhnya borang tersebut.
- Arahan Penjagaan Awal anda mungkin dimuat naik ke Rekod Kesihatan Saya.

Ulasan

Dying With Dignity Victoria amat mengesyorkan anda menyemak dokumen ini dengan kerap, kerana kehendak anda mungkin berubah atau mungkin terdapat kemajuan dalam teknologi perubatan. Anda adalah bijak untuk menyemak dokumen setiap dua tahun atau jika keadaan kesihatan anda berubah dengan ketara.

Setiap kali anda menyemak dokumen anda dan kehendak anda bukan menukar, menandatangani dan tarikh salah satu daripada pengakuan di bawah. Jika keinginan anda telah berubah, anda mesti melengkapkan Arahan Penjagaan Awal yang baharu.

Semakan Dokumen: 1

Saya mengesahkan bahawa saya telah menyemak dokumen ini dan tiada apa yang ingin saya ubah.

Ditandatangani:	
Tarikh:	

Semakan Dokumen: 2

Saya mengesahkan bahawa saya telah menyemak dokumen ini dan tiada apa yang ingin saya ubah.

Ditandatangani:	
Tarikh:	

Semakan Dokumen: 3

Saya mengesahkan bahawa saya telah menyemak dokumen ini dan tiada apa yang ingin saya ubah.

Ditandatangani:	
Tarikh:	

Ditandatangani: _____