



Formularz 3a - 2021

Dyrektywa dotycząca wcześniejszej opieki
Wykonane pod
Ustawa o planowaniu leczenia i decyzjach z 2016 r. (Vic.)

Po wypełnieniu, podpisaniu i poświadczeniu, niniejsza Dyrektywa dotycząca wcześniejszej opieki zastępuje wszelkie poprzednie dyrektywy dotyczące wcześniejszej opieki, które mogłeś wprowadzić. Dying With Dignity Victoria zdecydowanie zaleca wypełnienie tego formularza dopiero po dokładnym rozważeniu.

1. Dane osobowe

Nazwać:	
Adres:	
Stan:	
Kod pocztowy:	
Data urodzenia:	

Mój aktualny stan zdrowia w momencie podpisywania:

jestem zdrowa
Mój lekarz rodzinny radzi, że cierpię na <i>(opisz swoją diagnozę):</i>

Podpisano: _____

Strona 1 z 11

2. Dyrektywa instruktażowa

Niniejsza dyrektywa instruktażowa jest **prawnie wiążącej** przekazuje decyzje dotyczące leczenia bezpośrednio do lekarzy. Dying With Dignity Victoria zdecydowanie zaleca skonsultowanie się z lekarzem, jeśli zdecydujesz się wypełnić niniejszą dyrektywę instruktażową.

- **Twoja dyrektywa instruktażowa zostanie zastosowana tylko wtedy, gdy nie będziesz mieć możliwości podjęcia decyzji o leczeniu.**
- Twoje decyzje dotyczące leczenia zawarte w niniejszej dyrektywie instruktażowej stają się skuteczne tak, jakbyś wyraził zgodę lub odmówił rozpoczęcia lub kontynuacji leczenia.
- Jeśli którekolwiek z Twoich stwierdzeń jest niejasne lub niepewne w określonych okolicznościach, stanie się Dyrektywą o Wartościach (patrz strona 5).
- Poniżej s51 z *Ustawa o planowaniu leczenia i podejmowaniu decyzji*, lekarz może nie być zobowiązany do przestrzegania Twojej dyrektywy instruktażowej, jeżeli okoliczności zmieniły się w taki sposób, że wdrożenie Twojej dyrektywy nie byłoby już zgodne z Twoimi preferencjami i życzeniami.

Stosowanie niniejszej dyrektywy instruktażowej

Niniejsza dyrektywa instruktażowa musi mieć zastosowanie **chyba że**:

Zgodzić się

Nie zgadzać się

Cierpię tylko na przejściową (przejściową) utratę kompetencji, taką jak hipoglikemia lub TIA (przemijający napad niedokrwienny) lub łagodny wstrząs mózgu.

Cierpię na ciężką chorobę, ale w opinii dwóch samodzielnych lekarzy (przynajmniej jednego specjalisty) prawdopodobnie powrócę do stanu samodzielności i kompetencji, bez głębokiego cierpienia fizycznego i psychicznego.

Podpisano: _____

Z zastrzeżeniem powyższych warunków w „Stosowaniu niniejszej dyrektywy instruktażowej”, **Oświadczam, że w związku z interwencją medyczną lub leczeniem mającym na celu przedłużenie lub podtrzymanie mojego życia:**

Leczenie

odmawiam

Akceptuję

Karmienie sztuczne (odżywianie i/lub nawadnianie)

Antybiotyki

Sztuczne oddychanie

Wszelkie zabiegi chirurgiczne

Wsparcie krążenia, w tym CPR

Korekty nieprawidłowych poziomów jakiegokolwiek substancji toksycznej

Transfuzja krwi

Leczenie farmakologiczne wysokiego/niskiego poziomu cukru we krwi

Leczenie farmakologiczne wysokiego/niskiego ciśnienia krwi

Dializa nerek

Dalej, **deklaruję** że wszelkie uporczywe niepokojące objawy (ból, duszność oraz te spowodowane brakiem jedzenia i płynów) muszą być **maksymalnie złagodzone** poprzez odpowiednie leczenie przeciwbólowe, uspokajające lub inne leczenie paliatywne (w tym utrzymywanie nawilżenia ust, ust i oczu), mimo że to leczenie paliatywne może mieć również dodatkową konsekwencję w postaci skrócenia mojego życia.

Demencja

Można uznać, że demencja przechodzi przez kilka etapów. Jedna klasyfikacja¹ ma siedem faz, przy czym wczesne etapy (1-3) wykazują jedynie łagodne pogorszenie, a późniejsze etapy (6-7) wykazują poważne lub bardzo poważne pogorszenie funkcji poznawczych. Od etapu 5 jednostka zaczyna potrzebować pomocy, aby przetrwać.

Mając na uwadze te postępujące etapy, jeśli lekarz uzna mnie za niekompetentnego do podejmowania decyzji dotyczących mojego leczenia i

Jeśli zdiagnozowano u mnie jakikolwiek etap demencji.

Tylko jeśli zdiagnozowano u mnie demencję 6 stopnia.

Tylko jeśli zdiagnozowano u mnie demencję stopnia 7.

i również,

Niezależnie od tego, czy moja podstawowa opieka jest w domu/społeczności, czy w instytucji.

Tylko jeśli zostałem przyjęty do stałej opieki instytucjonalnej.

Następnie oświadczam, że z wyjątkiem stosowania antybiotyków w przypadku drobnych, nie zagrażających życiu infekcji, odmawiam jakiegokolwiek leczenia w celu lub skutku przedłużenia mojego życia (wymienionych na stronie 3 powyżej):

Nawet jeśli wydaje mi się, że jestem zadowolona w ocenie mojego decydenta o leczeniu medycznym.

Z wyjątkiem sytuacji, gdy wyglądam na zadowoloną, jak ocenił mój decydent o leczeniu medycznym (a warunek ten może zostać unieważniony, jeśli nie wyglądam na zadowoloną).

Oświadczam również, że:

W każdych okolicznościach odmawiam odżywiania i nawadniania przez wspomagane karmienie łyżeczką.

Akceptuję karmienie łyżeczką, ale tylko wtedy, gdy zgadzam się na to dobrowolnie i cieszę się jedzeniem, zgodnie z oceną mojego decydenta o leczeniu medycznym.

Warunek ten może zostać uchylony, jeśli mój MTDM oceni następnie, że nie zgadzam się dobrowolnie na karmienie łyżeczką lub nie sprawia mi wrażenia, że takie karmienie sprawia mi przyjemność.

¹Zobacz siedem etapów choroby Alzheimera według Reisberga [tutaj](#).

3. Dyrektywa w sprawie wartości

Zapoznaj się z witryną MyValues (www.mojewartości.org.au), aby znaleźć pomysły, które pomogą kierować odpowiedziami w tej sekcji.

Jeśli prawidłowo wypełniłeś i podpisałeś Dyrektywę Instruktażową na stronach 2-3, ma ona pierwszeństwo przed preferencjami, które możesz wyrazić w tej Dyrektywie o wartościach. **Upewnij się, że w Twojej dyrektywie w sprawie wartości nie ma nic, co byłoby sprzeczne z zaleceniami zawartymi w dyrektywie instruktażowej.**

Nie musisz wypełniać wszystkich sekcji tej dyrektywy o wartościach.

(a) Co jest najważniejsze w moim życiu (co znaczy dla Ciebie dobre życie?)

Punktami do rozważenia w tej sekcji mogą być przekonania religijne lub kulturowe, rodzina i przyjaciele, zainteresowania duchowe i niezależność. Wyjaśnij, dlaczego są one dla Ciebie ważne, aby osoba podejmująca decyzje dotyczące leczenia medycznego zrozumiała, co oznacza dla Ciebie jakość życia.

(b) To, co martwi mnie najbardziej w mojej przyszłości, to:

W przypadku niektórych osób może to obejmować odczuwanie bólu, przeprowadzkę do placówki opiekuńczej, niemożność utrzymania osobistej opieki, niemożność uczestniczenia w zajęciach towarzyskich/rodzinnych lub utratę zdolności do komunikowania się.

(c) Dla mnie niedopuszczalnymi rezultatami leczenia po chorobie lub urazie są:

Dla niektórych niemożność rozpoznania rodziny i przyjaciół byłaby nie do przyjęcia. Inni mogą nie chcieć polegać na maszynach lub opiekunach.

(d) Inne rzeczy, które chciałbym wiedzieć to:

Inne kwestie, które chcesz, aby Twój decydent o leczeniu medycznym wziął pod uwagę. Mogą to być Twoje preferowane miejsce opieki, procedury medyczne lub wymagania duchowe/religijne/kulturowe.

(mi) Inne osoby, które chciałbym zaangażować w dyskusje na temat mojej opieki to:

Przełącz swojemu decydentowi medycznemu dane każdej innej osoby, którą chciałbyś (lub nie chciałbyś) zaangażować w dyskusję na temat Twojej opieki medycznej.

(f) Jeśli zbliżam się do śmierci, ważne byłyby dla mnie następujące rzeczy:

Zastanów się nad ludźmi, których chciałbyś zaprezentować. Możesz chcieć, aby twoja ulubiona muzyka była odtwarzana lub aby otaczały cię zdjęcia lub mieć ze sobą swojego zwierzaka.

Dawstwo organów

W przypadku mojej śmierci:

Chcę być brany pod uwagę przy dawstwie narządów i tkanek i zdaję sobie sprawę, że interwencje medyczne mogą być konieczne, aby dawstwo miało miejsce

Nie chcę być brany pod uwagę przy dawstwie narządów i tkanek.

Oświadczam, że skompletowałem ten dokument po dokładnym rozważeniu.

Zastrzegam sobie prawo do odwołania niniejszej dyrektywy w sprawie wcześniejszej opieki w dowolnym momencie, ale chyba że to zrobię więc powinno być traktowane jako reprezentacja moich ciągłych wskazówek.

Podpisano: _____

4. Decydenci o leczeniu medycznym

UWAGA: Ta sekcja zawiera tylko listę osób podejmujących decyzje w sprawie leczenia medycznego. To robinie mianować oficjalnie osobę na stanowisko Decydenta w sprawie leczenia medycznego. Należy to zrobić wypełniając formularz *Powołanie decydenta o leczeniu medycznym*.

Jako mojego decydenta o leczeniu medycznym wyznaczyłem:

Decydujący o leczeniu medycznym 1

Nazwać:	
Data urodzenia:	
Adres:	
Numer telefonu:	

Decydujący o leczeniu medycznym 2

Nazwać:	
Data urodzenia:	
Adres:	
Numer telefonu:	

5. Świadczenie

Musisz podpisać przodu dwóch dorosłych świadków.

Świadek 1 musi być lekarzem. Świadkiem 2 może być inna osoba dorosła.

Żaden świadek nie może być osobą, którą wyznaczyłeś na decydenta o leczeniu.

Twój podpis:	
Data:	

Każdy świadek zaświadcza, że:

- W momencie podpisywania dokumentu wydaje się, że osoba udzielająca Dyrektywy o opiece z wyprzedzeniem miała zdolność podejmowania decyzji w odniesieniu do każdego oświadczenia zawartego w Dyrektywie
- W momencie podpisywania dokumentu osoba przekazująca Dyrektywę w sprawie opieki przedterminowej zdawała się rozumieć charakter i skutek każdego stwierdzenia w Dyrektywie
- Osoba okazała się swobodnie i dobrowolnie podpisać dokument
- osoba podpisała dokument w mojej obecności i w obecności drugiego świadka oraz

- Nie jestem wyznaczonym decydemem medycznym tej osoby.

Świadek 1 — zarejestrowany lekarz

Pełne imię i nazwisko:	
Kwalifikacje i Numer AHPRA:	
Podpisano:	
Data:	

Świadek 2 - Inna osoba dorosła

Pełne imię i nazwisko:	
Podpisano:	
Data:	

Podpisano: _____

Co zrobić z tym formularzem

- Zachowaj oryginalny formularz przy sobie. Przekaż kopie swojemu decydentowi medycznemu, rodzinie, przyjaciołom i lekarzom prowadzącym leczenie. Zachowaj przy sobie kopie zapasowe na wypadek, gdybyś został przyjęty do szpitala lub będziesz leczony przez dodatkowych lekarzy lub pracowników służby zdrowia.
- Upewnij się, że osoba podejmująca decyzję o leczeniu medycznym przeczytała i całkowicie zrozumiała formularz.
- Twoja dyrektywa dotycząca wcześniejszej opieki może zostać umieszczona w Mojej kartotece zdrowia.

Opinie

Dying With Dignity Victoria zdecydowanie zaleca regularne przeglądanie tego dokumentu, ponieważ Twoje życzenia mogą ulec zmianie lub mogą pojawić się postępy w technologii medycznej. Rozsądnie byłoby przejrzeć dokument co dwa lata lub jeśli stan twojego zdrowia znacznie się zmieni.

Za każdym razem, gdy przeglądasz swój dokument, a Twoje życzenia mają zmienić, podpisać i opatrzyć datą jedno z poniższych potwierdzeń. Jeśli Twoje życzenia uległy zmianie, musisz wypełnić nową Dyrektywę dotyczącą Opieki Z góry.

Przeгляд dokumentu: 1

Potwierdzam, że zapoznałem się z tym dokumentem i nie ma nic, co chciałbym zmienić.

Podpisano:	
Data:	

Przeгляд dokumentu: 2

Potwierdzam, że zapoznałem się z tym dokumentem i nie ma nic, co chciałbym zmienić.

Podpisano:	
Data:	

Przeгляд dokumentu: 3

Potwierdzam, że zapoznałem się z tym dokumentem i nie ma nic, co chciałbym zmienić.

Podpisano:	
Data:	

Podpisano: _____