



Formularul 3a - 2021

## Directiva privind îngrijirea în avans

Realizat sub

*Legea privind planificarea și deciziile de tratament medical din 2016 (Vic.)*

Odată completată, semnată și asistată, această directivă de îngrijire prealabilă înlocuiește orice directivă de îngrijire prealabilă pe care ați putea-o fi făcut-o. Dying With Dignity Victoria vă recomandă insistent să completați acest formular numai după o analiză atentă.

### 1. Detalii personale

Nume:	
Abordare:	
Stat:	
Cod poștal:	
Data de nastere:	

Starea mea actuală de sănătate la momentul semnării:

Sunt sănătos
Medicul meu de familie ma sfatuieste ca sufar <i>(descrieți diagnosticul dvs.)</i> :

Semnat: \_\_\_\_\_

Pagina 1 din 11

## 2. Directiva de instruire

Această directivă instrucțională este **punct de vedere juridic** și comunică deciziile dumneavoastră de tratament medical direct medicilor dumneavoastră. Dying With Dignity Victoria vă recomandă insistent să consultați un medic dacă alegeți să completați această directivă de instruire.

- **Directiva dumneavoastră de instruire va fi folosită numai dacă nu aveți capacitatea de a lua o decizie de tratament medical.**
- Deciziile dumneavoastră de tratament medical din această directivă instrucțională intră în vigoare ca și cum ați fi consimțit sau ați refuzat să începeți sau să continuați tratamentul medical.
- Dacă vreuna dintre afirmațiile dumneavoastră este neclară sau incertă în anumite circumstanțe, aceasta va deveni o directivă de valori (vezi pagina 5).
- Sub s51 din *Legea privind planificarea și deciziile de tratament medical*, este posibil ca un practician din domeniul sănătății să nu fie obligat să respecte Directiva dumneavoastră de instruire dacă circumstanțele s-au schimbat astfel încât implementarea Directivei dumneavoastră nu ar mai fi în concordanță cu preferințele și dorințele dumneavoastră.

### Aplicarea prezentei directive de instruire

Această directivă de instruire trebuie să se aplice **dacă nu:**

De acord

Dezaccord

Sufar doar de o pierdere tranzitorie (temporară) a competenței, cum ar fi hipoglicemie sau AIT (atac ischemic tranzitoriu) sau comoție ușoară.

Sufar de o boala severa dar in opinia a doi medici independenti (cel puțin unul specialist), sunt susceptibil sa-mi revin la o stare de independenta si competenta, fara suferinte fizice sau psihice profunde.

Semnat: \_\_\_\_\_

Sub rezerva condițiilor de mai sus din „Aplicarea prezentei directive instrucționale”, **Declar că în ceea ce privește intervenția sau tratamentul medical care vizează prelungirea sau susținerea vieții mele:**

**Tratament**

eu refuz

accept

Hrănire artificială (nutriție și/sau hidratare)

Antibiotice

Respirație artificială

Orice proceduri chirurgicale

Suport circulator, inclusiv RCP

Corectarea nivelurilor anormale ale oricărei substanțe toxice

Transfuzie de sange

Tratamentul medicamentos al glicemiei crescute/scăzute

Tratamentul medicamentos al tensiunii arteriale mari/scăzute

Dializă renală

Mai departe, **declar** că orice simptome dureroase persistente (durere, dificultăți de respirație și cele cauzate de lipsa de alimente și lichide) trebuie să fie **maxim paliat** printr-un tratament analgezic, sedativ sau un alt tratament paliativ adecvat (inclusiv menținerea buzelor, gurii și ochilor umezi), chiar dacă acel tratament paliativ poate avea și consecința suplimentară de a-mi scurta viața.

Semnat: \_\_\_\_\_

## Demență

Se poate considera că demența progresează printr-un număr de etape. O singură clasificare are șapte faze, cu stadiile incipiente (1-3) prezentând doar o deteriorare ușoară, iar etapele ulterioare (6-7) prezentând un declin cognitiv sever până la foarte sever. Din etapa 5, o persoană începe să aibă nevoie de asistență pentru a supraviețui.

Având în vedere aceste etape progresive, dacă sunt judecat de către un medic ca nu este competent să iau decizii cu privire la tratamentul meu medical și

Dacă sunt diagnosticat cu orice stadiu de demență.

Doar dacă sunt diagnosticat cu demență în stadiul 6.

Doar dacă sunt diagnosticat cu demență în stadiul 7.

Si deasemenea,

Indiferent dacă îngrijirea mea primară este la domiciliu/comunitate sau într-o instituție.

Doar dacă am fost internat în îngrijire instituțională continuă.

**Apoi declar că, cu excepția utilizării antibioticelor pentru infecții minore care nu pun viața în pericol, refuz orice tratament medical cu scopul sau rezultatul de a-mi prelungi viața (așa cum este enumerat la pagina 3 de mai sus):**

Chiar dacă par să fiu mulțumit după cum a fost judecat de factorul meu de decizie privind tratamentul medical.

Cu excepția cazului în care par să fiu mulțumit așa cum a fost judecat de către Factorul meu de decizie privind tratamentul medical (și această condiție poate fi revocată dacă nu mai par să fiu mulțumit).

**Declar si asta:**

Refuz alimentația și hidratarea prin hrănire asistată cu lingurița în orice circumstanțe.

Accept hrănirea cu lingurița, dar numai dacă par să accept acest lucru în mod voluntar și să mă bucur de mâncarea mea, după cum este considerat de factorul meu de decizie privind tratamentul medical.

Această condiție poate fi revocată dacă MTDM-ul meu judecă ulterior că nu accept în mod voluntar hrănirea cu lingurița sau nu par să mă bucur de o astfel de hrănire.

Vezi cele șapte etape ale bolii Alzheimer ale lui Reisberg [Aici](#).

Semnat: \_\_\_\_\_

### 3. Directiva Valorilor

Consultați site-ul web MyValues ([www.myvalues.org.au](http://www.myvalues.org.au)) pentru idei care să ajute la ghidarea răspunsurilor la această secțiune.

Dacă ați completat și semnat în mod corespunzător Directiva de instruire de la paginile 2-3, aceasta are prioritate față de preferințele pe care le puteți exprima în această directivă de valori. **Asigurați-vă că nu există nimic în Directiva dvs. de valori care să contrazică ceea ce ați indicat în Directiva dvs. de instruire.**

Nu trebuie să completați toate secțiunile acestei directive privind valorile.

(A) Ce contează cel mai mult în viața mea (ce înseamnă a trăi bine pentru tine?)

*Punctele de luat în considerare în această secțiune ar putea fi credințele religioase sau culturale, familia și prietenii, interesele spirituale și independența. Explicați de ce acestea sunt importante pentru dvs., astfel încât factorul de decizie privind tratamentul medical să înțeleagă ce înseamnă calitatea vieții pentru dvs.*

Semnat: \_\_\_\_\_

(b) Ceea ce mă îngrijorează cel mai mult în legătură cu viitorul meu este:

*Pentru unii oameni, acest lucru ar putea include durerea, mutarea într-o unitate de îngrijire, incapacitatea de a menține îngrijirea personală, imposibilitatea de a participa la activități sociale/de familie sau pierderea capacității de a comunica.*

(c) Pentru mine, rezultatele inacceptabile ale tratamentului medical după boală sau rănire sunt:

*Pentru unii, a fi incapabil să recunoască familia și prietenii ar fi inacceptabil. Alții nu doresc să se bazeze pe utilaje sau pe îngrijitori.*

Semnat: \_\_\_\_\_

(d) Alte lucruri pe care as vrea sa le stiu sunt:

*Alte aspecte pe care doriți să le ia în considerare factorul dumneavoastră de decizie pentru tratament medical. Acestea ar putea fi locul preferat de îngrijire, procedurile de tratament medical sau cerințele spirituale/religioase/culturale.*

(e) Alte persoane pe care mi-aș dori să se implice în discuții despre îngrijirea mea sunt:

*Furnizați factorului dumneavoastră de decizie privind tratamentul medical detalii despre orice altă persoană pe care ați dori (sau nu) să fie implicată în discuțiile despre îngrijirea dumneavoastră medicală.*

(f) Dacă mă apropii de moarte, următoarele lucruri ar fi importante pentru mine:

*Luați în considerare persoanele pe care doriți să le prezentați. Poate doriți ca muzica preferată să fie redată, fotografiile să vă înconjoare sau să aveți animalul de companie cu dvs.*

Semnat: \_\_\_\_\_

## Donarea de organe

În cazul morții mele:

Sunt dispus să fiu luat în considerare pentru donarea de organe și țesuturi și să recunosc că intervențiile medicale pot fi necesare pentru ca donarea să aibă loc

Nu sunt dispus să fiu luat în considerare pentru donarea de organe și țesuturi.

**Declar că am completat acest document după o analiză atentă.**

Îmi rezerv dreptul de a revoca această directivă de îngrijire prealabilă în orice moment, dar cu excepția cazului în care o fac deci, ar trebui luat pentru a reprezenta direcțiile mele continue.

Semnat: \_\_\_\_\_



#### 4. Factorii de decizie privind tratamentul medical

Vă rugăm să rețineți: această secțiune listează doar factorii dumneavoastră de decizie privind tratamentul medical. Da nu desemnează oficial o persoană în rolul de factor de decizie pentru tratament medical. Acest lucru trebuie făcut prin completarea formularului *Numirea unui factor de decizie privind tratamentul medical*.

Am desemnat ca factori de decizie privind tratamentul medical:

Factorul de decizie privind tratamentul medical 1

Nume:	
Data de nastere:	
Abordare:	
Numar de telefon:	

Factorul de decizie privind tratamentul medical 2

Nume:	
Data de nastere:	
Abordare:	
Numar de telefon:	

Semnat: \_\_\_\_\_

## 5. Mărturie

Trebuie să semnezi în fața doi martori adulți.

Martorul 1 trebuie să fie un medic. Martorul 2 poate fi un alt adult.

Niciunul dintre martori nu poate fi o persoană pe care ați numit-o ca factor de decizie privind tratamentul medical.

Semnatura ta:	
Data:	

Fiecare martor certifică că:

- La momentul semnării documentului, persoana care dă Directiva privind îngrijirea în avans pare să aibă capacitate de decizie în legătură cu fiecare declarație din directivă.
- La momentul semnării documentului, persoana care dă Directiva privind îngrijirea în avans pare să înțeleagă natura și efectul fiecărei declarații din directivă.
- Persoana a apărut să semneze în mod liber și voluntar documentul
- Persoana a semnat actul în prezența mea și în prezența celui de-al doilea martor și
- Nu sunt un factor de decizie de tratament medical desemnat al persoanei respective.

Martorul 1 - Medic Inregistrat

Numele complet:	
Calificarea si Număr AHPRA:	
Semnat:	
Data:	

Martorul 2 - Un alt adult

Numele complet:	
Semnat:	
Data:	

Semnat: \_\_\_\_\_

Ce să faci cu acest formular

- Păstrați cu dvs. formularul original. Oferiți copii factorilor de decizie privind tratamentul medical, familiei, prietenilor și oricăror doctori care se curăță. Păstrați copii de rezervă cu dvs. în cazul în care sunteți internat în spital sau veți fi tratat de orice doctor sau practicieni suplimentari.
- Asigurați-vă că Factorul de decizie pentru tratament medical a citit și a înțeles complet formularul.
- Directiva dumneavoastră de îngrijire prealabilă poate fi încărcată în Dosarul meu de sănătate.

## Recenzii

Dying With Dignity Victoria vă recomandă insistent să examinați în mod regulat acest document, deoarece dorințele dumneavoastră se pot schimba sau pot exista progrese în tehnologia medicală. Ar fi înțelept să revizuiți documentul la fiecare doi ani sau dacă starea dumneavoastră de sănătate se schimbă semnificativ.

De fiecare dată când vă revizuiți documentul și dorințele dvs. au schimbat, semnați și datați una dintre confirmările de mai jos. Dacă dorințele dumneavoastră s-au schimbat, trebuie să completați o nouă directivă de îngrijire prealabilă.

### Revizuirea documentului: 1

Afirm că am revizuit acest document și că nu aș dori să schimb nimic.

Semnat:	
Data:	

### Revizuirea documentului: 2

Afirm că am revizuit acest document și că nu aș dori să schimb nimic.

Semnat:	
Data:	

### Revizuirea documentului: 3

Afirm că am revizuit acest document și că nu aș dori să schimb nimic.

Semnat:	
Data:	

Semnat: \_\_\_\_\_