



Форма За - 2021 г.

Директива о предварительном уходе

Сделано под

Закон о планировании медицинского лечения и принятии решений 2016 г. (Виктория)

После заполнения, подписания и засвидетельствования это Предварительное распоряжение о медицинском обслуживании заменяет любое предыдущее Предварительное распоряжение о медицинском обслуживании, которое вы могли составить. «Умереть с достоинством» Виктория настоятельно рекомендует вам заполнить эту форму только после тщательного рассмотрения.

1. Личные данные

Имя:	
Адрес:	
Состояние:	
Почтовый индекс:	
Дата рождения:	

Состояние моего здоровья на момент подписания:

я в добром здравии
Мой терапевт сообщает, что я страдаю от(опишите свой диагноз):

Подписано: _____

2. Учебная директива

Настоящая Инструктивная директива **юридически обязательный** сообщает о ваших решениях о лечении непосредственно вашим лечащим врачам. «Умереть с достоинством» Виктория настоятельно рекомендует вам проконсультироваться с практикующим врачом, если вы решите выполнить эту Инструктивную директиву.

- **Ваше Инструктивное распоряжение будет использоваться только в том случае, если вы не в состоянии принять решение о лечении.**
- Ваши решения о лечении в соответствии с настоящими Инструктивными указаниями вступают в силу, как если бы вы дали согласие или отказались начать или продолжить лечение.
- Если какие-либо из ваших утверждений неясны или неопределенны в конкретных обстоятельствах, они станут директивой о ценностях (см. стр. 5).
- Согласно s51 *Закон о планировании лечения и принятии решений*, от практикующего врача может не потребоваться соблюдение вашей Инструкции, если обстоятельства изменились таким образом, что выполнение вашей Директивы больше не будет соответствовать вашим предпочтениям и пожеланиям.

Применение настоящей Инструкции

Настоящая Учебная директива должна применяться **пока не:**

Соглашаться

Не согласен

Я страдаю только преходящей (временной) потерей дееспособности, такой как гипогликемия или ТИА (транзиторная ишемическая атака) или легкое сотрясение мозга.

Я страдаю тяжелой болезнью, но, по мнению двух независимых практикующих врачей (по крайней мере, один специалист), я, скорее всего, выздоровею до состояния независимости и дееспособности без сильных физических или психологических страданий.

Подпись: _____

В соответствии с условиями, изложенными в разделе «Применение данной Инструкции», **Я заявляю, что в отношении медицинского вмешательства или лечения, направленного на продление или поддержание моей жизни:**

Уход

я отказываюсь

Я принимаю

Искусственное вскармливание (питание и/или увлажнение)
Антибиотики
Искусственное дыхание
Любые хирургические вмешательства
Поддержка кровообращения, включая СЛР
Коррекция аномальных уровней любого токсического вещества
Переливание крови
Медикаментозное лечение высокого/низкого уровня сахара в крови
Медикаментозное лечение повышенного/пониженного артериального давления
Почечный диализ

В дальнейшем, **Я заявляю** что любые стойкие тревожные симптомы (боль, одышка и симптомы, вызванные нехваткой пищи и жидкости) должны быть устранены. **максимально смягченный** с помощью соответствующего обезболивающего, седативного или другого паллиативного лечения (включая увлажнение губ, рта и глаз), даже несмотря на то, что это паллиативное лечение может также привести к сокращению моей жизни.

слабоумие

Можно считать, что деменция прогрессирует через ряд стадий. Одна классификация¹ имеет семь фаз, причем на ранних стадиях (1-3) наблюдается лишь легкое ухудшение, а на более поздних стадиях (6-7) наблюдается снижение когнитивных функций от серьезного до очень тяжелого. Начиная со стадии 5, человек начинает нуждаться в помощи, чтобы выжить.

С учетом этих прогрессивных стадий, если врач сочтет меня некомпетентным для принятия решений относительно моего лечения и

Если у меня диагностирована любая стадия слабоумия.
Только если у меня диагностируют деменцию 6 стадии.
Только если у меня диагностируют деменцию 7 стадии.

а также,

Независимо от того, находится ли мой основной уход на дому/по месту жительства или в учреждении.
Только в том случае, если я был госпитализирован на постоянное стационарное лечение.

Затем я заявляю, что, за исключением использования антибиотиков при незначительных неопасных для жизни инфекциях, я отказываюсь от любого лечения с целью или результатом продления моей жизни (как указано на странице 3 выше):

Даже если я выгляжу довольным, судя по мнению лица, принимающего решения о лечении.
За исключением случаев, когда я выгляжу довольным с точки зрения лица, принимающего решения о лечении (и это условие может быть отменено, если я больше не выгляжу довольным).

Я также заявляю, что:

Я отказываюсь от питания и увлажнения с помощью кормления с ложки ни при каких обстоятельствах.
Я принимаю кормление с ложки, но только в том случае, если я принимаю это добровольно и получаю удовольствие от еды, как это оценивает мой человек, принимающий решения о лечении.
Это условие может быть отменено, если мой MTDM впоследствии решит, что я не принимаю добровольное кормление с ложки или не получаю удовольствия от такого кормления.

¹См. «Семь стадий болезни Альцгеймера» Райсберга. [здесь](#) .

Подпись: _____

3. Директива о ценностях

Посетите веб-сайт MyValues (www.myvalues.org.au) для идей, которые помогут ответить на этот раздел.

Если вы правильно заполнили и подписали Инструктивную директиву на страницах 2-3, она имеет приоритет над предпочтениями, которые вы можете указать в настоящей Директиве о ценностях. **Убедитесь, что в вашей Директиве о ценностях нет ничего, что противоречило бы тому, что вы указали в своей Инструктивной директиве.**

Вам не нужно заполнять все разделы этой Директивы о ценностях.

(а) Что важнее всего в моей жизни (что для вас значит жить хорошо?)

В этом разделе следует учитывать религиозные или культурные убеждения, семью и друзей, духовные интересы и независимость. Объясните, почему это важно для вас, чтобы лицо, принимающее решения о лечении, понимало, что для вас значит качество жизни.

Подпись: _____

(б) Что меня больше всего беспокоит в моем будущем:

Для некоторых людей это может включать в себя боль, переезд в учреждение по уходу, неспособность поддерживать личную заботу, неспособность участвовать в общественной/семейной деятельности или потерю способности общаться.

(с) Для меня неприемлемыми результатами лечения после болезни или травмы являются:

Для некоторых неспособность узнать семью и друзей была бы неприемлемой. Другие, возможно, не захотят зависеть от техники или сиделок.

Подпись: _____

(г) Другие вещи, которые я хотел бы знать:

Другие вопросы, которые вы хотели бы, чтобы ваше лицо, принимающее решения о лечении, приняло во внимание. Это может быть предпочитаемое вами место ухода, медицинские процедуры или духовные/религиозные/культурные потребности.

(е) Другие люди, которых я хотел бы привлечь к обсуждению моего лечения:

Предоставьте лицу, принимающему решение о лечении, информацию о любом другом человеке, которого вы хотели бы (или не хотели) привлечь к обсуждению вашего медицинского обслуживания.

(е) Если я приближаюсь к смерти, для меня будут важны следующие вещи:

Подумайте о людях, которых вы хотели бы представить. Вы можете захотеть, чтобы играла ваша любимая музыка, или чтобы вас окружали фотографии, или чтобы ваш питомец был с вами.

Подпись: _____

Донорство органов

В случае моей смерти:

Я готов рассмотреть вопрос о донорстве органов и тканей и признаю, что для осуществления донорства могут потребоваться медицинские вмешательства.

Я не хочу, чтобы меня рассматривали в качестве донора органов и тканей.

Я заявляю, что я завершил этот документ после тщательного рассмотрения.

Я оставляю за собой право отозвать это Предварительное распоряжение о медицинском обслуживании в любое время, но если я этого не сделаю поэтому его следует рассматривать как представление моих дальнейших направлений.

Подпись: _____

4. Лица, принимающие решения о лечении

ПОЖАЛУЙСТА, ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: в этом разделе перечислены только лица, принимающие решения о лечении. Оно ~~делает~~неделает официально назначить лицо на роль лица, принимающего решения о лечении. Это необходимо сделать, заполнив форму *Назначение лица, принимающего решение о лечении*.

Я назначил ответственным за принятие решений о лечении:

Лицо, принимающее решение о лечении 1

Имя:	
Дата рождения:	
Адрес:	
Телефонный номер:	

Лицо, принимающее решение о лечении 2

Имя:	
Дата рождения:	
Адрес:	
Телефонный номер:	

Подпись: _____

5. Свидетельствование

Вы должны подписать Впереди два взрослых свидетеля.

Свидетель 1 должен быть практикующим врачом. Свидетелем 2 может быть другой взрослый.

Ни один из свидетелей не может быть лицом, которого вы назначили лицом, принимающим решения о вашем лечении.

Ваша подпись:	
Дата:	

Каждый свидетель подтверждает, что:

- Во время подписания документа лицо, дающее Предварительное распоряжение о медицинском обслуживании, казалось, имело право принимать решения в отношении каждого утверждения в Директиве.
- Во время подписания документа лицо, дающее Предварительное распоряжение о медицинском обслуживании, казалось, понимало характер и последствия каждого утверждения в Директиве.
- Казалось, что лицо свободно и добровольно подписало документ
- Лицо подписало документ в моем присутствии и в присутствии второго свидетеля, и
- Я не являюсь назначенным лицом, принимающим решения о лечении данного лица.

Свидетель 1 - зарегистрированный практикующий врач

ФИО:	
Квалификация и Номер АХПРА:	
Подписано:	
Дата:	

Свидетель 2 - еще один взрослый

ФИО:	
Подписано:	
Дата:	

Подпись: _____

Что делать с этой формой

- Держите оригинальную форму при себе. Передайте копии лицу, принимающему решение о лечении, семье, друзьям и лечащим врачам. Держите при себе запасные копии на случай, если вас госпитализируют или будут лечить какие-либо дополнительные врачи или практикующие врачи.
- Убедитесь, что лицо, принимающее решение о лечении, прочитало форму и полностью ее понимает.
- Ваше предварительное распоряжение о медицинском обслуживании может быть загружено в мою медицинскую карту.

Отзывы

Умереть с достоинством Виктория настоятельно рекомендует вам регулярно просматривать этот документ, так как ваши пожелания могут измениться или могут появиться достижения в области медицинских технологий. Было бы разумно пересматривать документ каждые два года или если состояние вашего здоровья значительно изменится.

Каждый раз, когда вы просматриваете свой документ, ваши пожелания нет изменен, подпишите и поставьте дату в одном из приведенных ниже подтверждений. Если ваши пожелания изменились, вы должны заполнить новое Предварительное распоряжение о медицинском обслуживании.

Обзор документа: 1

Я подтверждаю, что ознакомился с этим документом и ничего не хотел бы изменить.

Подписано:	
Дата:	

Обзор документа: 2

Я подтверждаю, что ознакомился с этим документом и ничего не хотел бы изменить.

Подписано:	
Дата:	

Обзор документа: 3

Я подтверждаю, что ознакомился с этим документом и ничего не хотел бы изменить.

Подписано:	
Дата:	

Подпись: _____