



Образац 3а - 2021

Директива о претходној нези

Направљен под

Закон о планирању лечења и одлукама из 2016. (Виц.)

Једном попуњена, потписана и потврђена, ова Директива о претходној нези замењује сваку претходну Директиву о претходној нези коју сте можда направили. Умирање са достојанством Викторија снажно препоручује да попуните овај образац тек након пажљивог разматрања.

1. Лични подаци

ИМЕ:	
Адреса:	
Стање:	
Поштански број:	
Датум рођења:	

Моје тренутно здравствено стање у време потписивања:

ја сам доброг здравља
Мој лекар опште праксе саветује да болујем од <i>(описите своју дијагнозу)</i> .

Потписан: _____

Страна 1 од 11

2. Упутство за употребу

Ова инструкција је **правно обавезујући** саопштава ваше одлуке о лечењу директно вашим здравственим радницима. Умирање са достојанством Викторија снажно препоручује да се консултујете са лекаром ако одлучите да испуните ову инструкцију.

- **Ваша инструкција ће се користити само ако немате способност да донесете одлуку о медицинском лечењу.**
- Ваше одлуке о медицинском лечењу у овој Упутству ступају на снагу као да сте пристали или одбили да започнете или наставите лечење.
- Ако је било која од ваших изјава нејасна или несигурна у одређеним околностима, она ће постати Директива о вредностима (види страну 5).
- Под с51 од *Закон о планирању и доношењу одлука о медицинском лечењу*, од лекара се можда неће захтевати да се придржава ваше Директиве ако су се околности промениле тако да примена ваше Директиве више не би била у складу са вашим преференцијама и жељама.

Примена ове инструкције

Ова инструкција мора да се примењује **осим ако**:

[Договорити се](#)

[Не слазем се](#)

Патим само од пролазног (привременог) губитка способности, као што је хипогликемија или ТИА (пролазни исхемијски напад) или благи потрес мозга.

Болујем од тешке болести, али по мишљењу два независна лекара (најмање један специјалиста), вероватно ћу се опоравити у стање независности и способности, без дубоке физичке или психичке патње.

Потписан: _____

Подложно горе наведеним условима у „Примени ове инструкције“, **Изјављујем да у вези са медицинском интервенцијом или третманом који има за циљ да продужи или одржи мој живот:**

Третман

Одбијам

прихватам

Вештачко храњење (исхрана и/или хидратација)

Антибиотици

Вештачко дисање

Било какве хируршке процедуре

Циркулаторна подршка, укључујући ЦПР

Корекције абнормалних нивоа било које токсичне супстанце

Трансфузија крви

Лечење високим/ниским шећером у крви лековима

Лечење високим/ниским крвним притиском лековима

Бубрежна дијализа

даље, **изјављујем** да сви упорни узнемирујући симптоми (бол, недостатак даха и они узроковани недостатком хране и течности) морају бити **максимално ублажено** одговарајућим аналгетцима, седативима или другим палијативним третманом (укључујући одржавање усана, уста и очију влажним), иако тај палијативни третман може имати и додатну последицу скраћивања мог живота.

Потписан: _____

деменција

Може се сматрати да деменција напредује кроз неколико фаза. Једна класификација има седам фаза, при чему ране фазе (1-3) показују само благо погоршање, а касније фазе (6-7) показују озбиљан до веома озбиљан когнитивни пад. Од фазе 5, појединцу почиње потребна помоћ да преживи.

Имајући на уму ове прогресивне стадијуме, ако ме лекар процени да нисам компетентан да доносим одлуке у вези са мојим медицинским третманом и

Ако ми се дијагностикује било који стадијум деменције.

Само ако ми је дијагностикована деменција 6. степена.

Само ако ми је дијагностикована деменција 7. фазе.

и такође,

Без обзира да ли је моја примарна заштита у кући/заједници или у установи.

Само ако сам примљен на трајну институционалну негу.

Затим изјављујем да, осим за употребу антибиотика за мање инфекције које нису опасне по живот, одбијам било какав медицински третман са циљем или исходом продужења мог живота (као што је наведено на страни 3 изнад):

Чак и ако се чини да сам задовољан према процени мог доносиоца одлуке о медицинском лечењу.

Осим ако се чини да сам задовољан према процени мог доносиоца одлуке о медицинском лечењу (а ово стање се може опозвати ако више не изгледам задовољно).

То такође изјављујем:

Одбијам исхрану и хидратацију потпомогнутим храњењем на кашичицу у свим околностима.

Прихватам храњење на кашичицу, али само ако се чини да то прихватам добровољно и да уживам у храни, како је оценио мој доносилац одлуке о медицинском лечењу.

Ово стање може бити опозвано ако мој МТДМ накнадно процени да не прихватам добровољно храњење кашиком или изгледа да не уживам у таквом храњењу.

Погледајте Реисбергових седам стадијума Алцхајмерове болести [овде](#).

Потписан: _____

3. Директива о вредностима

Погледајте веб локацију МиВалуес (www.мивалуес.орг.ау) за идеје које ће вам помоћи да одговорите на овај одељак.

Ако сте правилно попунили и потписали Директиву са упутствима на страницама 2-3, она има предност над преференцијама које можете изразити у овој Директиви о вредностима. **Уверите се да у вашој Директиви о вредностима не постоји ништа што је у супротности са оним што сте дали у својој Директиви о инструкцији.**

Не морате да попуните све одељке ове Директиве о вредностима.

(а) Шта ми је најважније у животу (шта за тебе значи добро живети?)

Тачке које треба размотрити у овом одељку могу бити верска или културна уверења, породица и пријатељи, духовни интереси и независност. Објасните зашто су они важни за вас, тако да ваш доносилац одлука о медицинском лечењу разуме шта за вас значи квалитет живота.

Потписан: _____

(б) Оно што ме највише брине о мојој будућности је:

За неке људе то може укључивати бол, пресељење у установу за негу, немогућност одржавања личне неге, немогућност учешћа у друштвеним/породичним активностима или губитак способности комуникације.

(ц) За мене су неприхватљиви исходи лечења након болести или повреде:

За неке би немогућност препознавања породице и пријатеља било неприхватљиво. Други можда не желе да се ослањају на машинерију или неговатеље.

Потписан: _____

(д) Остале ствари које бих волео да знам су:

Остала питања која желите да ваш доносилац одлука о медицинском третману узме у обзир. То могу бити ваше омиљено место неге, процедуре лечења или духовни/верски/културни захтеви.

(е) Други људи за које бих желео да учествују у дискусијама о мојој бризи су:

Дајте свом доносиоцу одлука о медицинском третману детаље о било којој другој особи коју бисте (или не бисте) желели да учествујете у дискусијама о вашој медицинској нези.

(ф) Ако сам близу смрти, следеће ствари би ми биле важне:

Размислите о људима које желите да представите. Можда желите да се пушта ваша омиљена музика, фотографије које вас окружују или да ваш љубимац буде са вама.

Потписан: _____

Донирање органа

У случају моје смрти:

Спреман сам да будем разматран за донацију органа и ткива и признајем да би медицинске интервенције могле бити неопходне да би се донација обавила

Нисам вољан да будем разматран за донацију органа и ткива.

Изјављујем да сам завршио овај документ након пажљивог разматрања.

Задржавам право да опозovem ову Директиву о претходној нези у било ком тренутку, осим ако то не учиним тако да то треба схватити да представља моја стална упутства.

Потписан: _____

4. Доносиоци одлука о медицинском третману

НАПОМЕНА: Овај одељак наводи само ваше доносиоце одлука о медицинском третману. То јестене званично именовати особу на улогу доносиоца одлука о медицинском третману. Ово се мора урадити попуњавањем обрасца *Именовање доносиоца одлуке о лечењу*.

Именовао/ла сам за свог доносиоца/е одлуке о медицинском третману:

Доносилац одлуке о медицинском лечењу 1

ИМЕ:	
Датум рођења:	
Адреса:	
Број телефона:	

Доносилац одлука о медицинском лечењу 2

ИМЕ:	
Датум рођења:	
Адреса:	
Број телефона:	

Потписан: _____

5. Сведочење

Морате потписати испред два пунолетна сведока.

Сведок 1 мора бити лекар. Сведок 2 може бити још једна одрасла особа.

Ниједан сведок не може бити особа коју сте именовали за свог доносиоца одлуке о медицинском лечењу.

Ваш потпис:	
Датум:	

Сваки сведок потврђује да:

- У време потписивања документа, изгледало је да особа која је дала Директиву о претходној нези има капацитет за доношење одлука у вези са сваком изјавом у Директиви
- У време потписивања документа, изгледало је да особа која је дала Директиву о унапредјној нези разуме природу и ефекат сваке изјаве у Директиви
- Чинило се да је особа слободно и добровољно потписала документ
- Особа је потписала документ у мом присуству иу присуству другог сведока, и

- Нисам именован за доносиоца одлука о медицинском третману те особе.

Сведок 1 – регистровани лекар

Пуно име:	
Квалификација и АХПРА број:	
Потписан:	
Датум:	

Сведок 2 – Још једна одрасла особа

Пуно име:	
Потписан:	
Датум:	

Потписан: _____

Шта радити са овим обрасцем

- Држите оригинални образац са собом. Дајте копије свом доносиоцу одлука о медицинском лечењу, породици, пријатељима и свим лекарима који лече. Чувајте резервне копије са собом у случају да сте примљени у болницу или ће вас лечити неки додатни лекари или здравствени радници.
- Уверите се да је ваш доносилац одлуке о медицинском лечењу прочитао и у потпуности разумео образац.
- Ваша Директива о претходној нези може бити учитана у Ми Хеалтх Рецорд.

Коментара

Умирање са достојанством Викторија вам топло препоручује да редовно прегледате овај документ, јер се ваше жеље могу променити или може доћи до напретка у медицинској технологији. Било би мудро да прегледате документ сваке две године или ако се ваше здравствено стање значајно промени.

Сваки пут када прегледате свој документ и ваше жеље имајуне променили, потпишите и датирајте једно од доленаведених признања. Ако су се ваше жеље промениле, морате да попуните нову Директиву о претходној нези.

Преглед документа: 1

Потврђујем да сам прегледао овај документ и да не постоји ништа што бих желео да променим.

Потписан:	
Датум:	

Преглед документа: 2

Потврђујем да сам прегледао овај документ и да не постоји ништа што бих желео да променим.

Потписан:	
Датум:	

Преглед документа: 3

Потврђујем да сам прегледао овај документ и да не постоји ништа што бих желео да променим.

Потписан:	
Датум:	

Потписан: _____