



respect for the right to choose |

පෝරමය 3a - 2021

## අත්තිකාරම් සත්කාර විධානය

යටතේ සාදා ඇත

වෛද්‍ය ජීවිතකාර සැලසුම් සහ තීරණ පනත 2016 (Vic.)

පුරවා, අත්සන් කර සාක්ෂි දැරූ පසු, මෙම අත්තිකාරම් සත්කාර විධානය ඔබ විසින් සිදු කර ඇති ඕනෑම පෙර අත්තිකාරම් සත්කාර විධානයක් ජීවිතසඵලය කරයි. Dying With Dignity Victoria තරයේ නිර්දේශ කරන්නේ ඔබ මෙම පෝරමය සම්පූර්ණ කිරීම ජීවිතයෙන් සලකා බැලීමෙන් පසුව පමණි.

### 1. පුද්ගලික විස්තර

නම:	
ලිපිනය:	
රජයේ:	
තැපැල් කේතය:	
උපන්දිනය:	

අත්සන් කරන අවස්ථාවේ මගේ වත්මන් සෞඛ්‍ය තත්වය:

මම හොඳ සෞඛ්‍ය තත්වයෙන් ඉන්නවා
මම දැන් විඳින බව මගේ වෛද්‍යවරයා උපදෙස් දෙයි(ඔබේ රෝග විනිශ්චය විස්තර කරන්න):

## 2. උපදේශන විධානය

මෙම උපදේශන විධානය **වේනිත්සනුකූල බන්ධනය, බැඳීමසහ ඔබේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර තීරණ කෙලින්ම ඔබේ සෞඛ්‍ය වෘත්තිකයන්ට සන්නිවේදනය කරයි.** Dying With Dignity වික්ටෝරියා මෙම උපදේශන විධානය සම්පූර්ණ කිරීමට තෝරා ගන්නේ නම් වෛද්‍ය වෘත්තිකයෙකුගෙන් උපදෙස් ලබා ගන්නා ලෙස තරයේ නිර්දේශ කරයි.

**● ඔබට වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර තීරණයක් ගැනීමට හැකියාවක් නොමැති නම් පමණක් ඔබේ උපදේශන විධානය භාවිත කෙරේ.**

- මෙම උපදේශන විධානය තුළ ඔබේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර තීරණ ක්‍රියාත්මක වන්නේ ඔබ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ආරම්භ කිරීමට හෝ දිගටම කරගෙන යාමට එකඟ වී හෝ ප්‍රතික්ෂේප කර ඇති ආකාරයටයි.
- ඔබගේ කිසියම් ප්‍රකාශයක් අපැහැදිලි හෝ විශේෂිත තත්වයන් තුළ අවිනිශ්චිත නම්, එය අගයන් විධානයක් බවට පත්වේ (5 පිටුව බලන්න).
- s51 යටතේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර සැලසුම් සහ තීරණ පනත, ඔබේ විධානය ක්‍රියාත්මක කිරීම තවදුරටත් ඔබේ මනාපයන් සහ කැමැත්තට අනුකූල නොවන පරිදි තත්වයන් වෙනස් වී ඇත්නම් සෞඛ්‍ය වෘත්තිකයෙකුට ඔබේ උපදේශන නියෝගයට අනුකූල වීමට අවශ්‍ය නොවනු ඇත.

### මෙම උපදේශන විධානය යෙදීම

මෙම උපදේශන නියෝගය අදාළ විය යුතුය**හැර:**

එකඟයි      එකඟ නොවේ

මම ජීවා විදින්නේ හයිපොග්ලිසීමියා හෝ TIA (සංක්‍රමණික ඉස්කිමික් ප්‍රහාරය) හෝ මෘදු කම්පනය වැනි තාවකාලික (තාවකාලික) නිපුණතා අහිමි වීමක් පමණි.

මම දුර්වල රෝගාබාධයකින් පෙළෙන නමුත් ස්වාධීන වෛද්‍ය වෘත්තිකයන් දෙදෙනෙකුගේ (අවම වශයෙන් එක් විශේෂඥයෙකුට) අනුව, ගැඹුරු කායික හෝ මානසික ජීවාවකින් තොරව ස්වාධීනත්වයේ සහ නිපුණතාවයේ තත්වයකට මම සුවය ලැබීමට ඉඩ ඇත.

"මෙම උපදේශන විධානය යෙදීම" හි ඉහත කොන්දේසි වලට යටත්ව, මගේ ජීවිතය දිගු කිරීම හෝ පවත්වා ගැනීම අරමුණු කරගත් වෛද්‍ය සමය මැදිහත්වීම් හෝ ජ්‍යෙෂ්ඨ රක්කාර සම්බන්ධයෙන් මම ජ්‍යෙෂ්ඨ රකාශ කරමි:

**ජ්‍යෙෂ්ඨ රකාශ**

මම ජ්‍යෙෂ්ඨ රකාශ කරනවා      මම පිළිගන්නවා

කෘතීම ආහාර (පෝෂණය සහ/හෝ සජලනය)
ජ්‍යෙෂ්ඨ රකාශ ඖෂධ
කෘතීම ශ්වසනය
මිනුම ශල්‍ය කර්මයක්
CPR ඇතුළුව සංසරණ සහාය
මිනුම වීඝ්‍න සහිත දරව්යයක අසාමාන්‍ය මට්ටම් නිවැරදි කිරීම
දුර්වල පාරවිලයනය
අධික / අඩු දුර්වල සීනි සඳහා ඖෂධ ජ්‍යෙෂ්ඨ රකාශ
අධි / අඩු දුර්වල ජීවිතය සඳහා ඖෂධ ජ්‍යෙෂ්ඨ රකාශ
වකුගඩු වියලිසිස්

තව දුරටත්, මම ජ්‍යෙෂ්ඨ රකාශ කරමි මිනුම නොනවතින දැක්වූ රෝග ලක්ෂණ (වේදනාව, හුස්ම හිරවීම සහ ආහාර හා තරල නොමැතිකම නිසා ඇතිවන) උපරිම වශයෙන් සමනය වූ වෛද්‍ය නාශක, අවසාදිත හෝ වෙනත් සහන ජ්‍යෙෂ්ඨ රකාශ මගින් (තොල්, මුඛය සහ ඇස් තෙත් කර තබා ගැනීම ඇතුළුව), එම සහන ජ්‍යෙෂ්ඨ රකාශය මගේ ජීවිතය කෙටි කිරීමේ අමතර ජ්‍යෙෂ්ඨ රකාශ ඇති කළ හැකි වුවද.

ඩීමෙන්ශියාව

ඩීමෙන්ශියාව අදියර ගණනාවක් හරහා වර්ධනය වන බව සැලකිය හැකිය. එක් වර්ගීකරණයක් අදියර හතක් ඇත, මුල් අවධි (1-3) මෘදු පිරිහීම පමණක් පෙන්නුම් කරන අතර පසු අවධි (6-7) දැරුණු සිට ඉතා දැරුණු ලෙස සංජානන පරිහානිය පෙන්නුම් කරයි. 5 වන අදියරේ සිට පුද්ගලයෙකුට ජීවත් වීමට උපකාර අවශ්‍ය වේ.

මෙම ප්‍රගතිශීලී අවධිත් මනසේ තබාගෙන, මගේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර සම්බන්ධයෙන් තීරණ ගැනීමට සුදුසුකම් නොමැති බවට වෛද්‍ය සවරයෙකු විසින් මා විනිශ්චය කරනු ලැබුවහොත් සහ

- මට ඩීමෙන්ශියාවේ ඕනෑම අදියරක් ඇති බව හඳුනාගෙන තිබේ නම්.
- මට ඩීමෙන්ශියාව 6 වන අදියර ඇති බව හඳුනාගෙන ඇත්නම් පමණි.
- මට ඩීමෙන්ශියාව 7 වන අදියර ඇති බව හඳුනාගෙන ඇත්නම් පමණි.

**තවද,**

- මගේ මූලික රුකවරණය නිවසේ/ප්‍රජාව තුළද, නැතහොත් ආයතනයකද යන්න නොසලකා.
- මම දැනට පවතින ආයතනික රුකවරණයට ඇතුළත් කර ඇත්නම් පමණි.

**එවිට මම ප්‍රකාශ කරන්නේ, ජීවිතයට තර්ජනයක් නොවන සුළු ආසාදන සඳහා ප්‍රතිජීවක භාවිතය හැර, මගේ ආයු කාලය දීර්ඝ කිරීමේ අරමුණ හෝ ප්‍රතිඵලය ඇති ඕනෑම වෛද්‍ය ප්‍රතිකාරයක් (ඉහත 3 පිටුවේ ලැයිස්තුගත කර ඇති පරිදි) ප්‍රතික්ෂේප කරන බව ය.**

- මගේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර තීරණය කරන්නා විසින් විනිශ්චය කරන ලද පරිදි මා සෑහීමකට පත්වන බව පෙනී ගියත්.
- මගේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර තීරණ සාදන්නා විසින් විනිශ්චය කරන ලද පරිදි මා සෑහීමට පත්වන බව පෙනේ නම් හැර (සහ මා තවදුරටත් සෑහීමකට පත් නොවන බව පෙනේ නම් මෙම කොන්දේසිය අවලංගු කළ හැක).

**ඒ බව ද ප්‍රකාශ කරමි:**

- ඕනෑම තත්වයක් යටතේ ආධාරක හැන්දකින් පෝෂණය කිරීමෙන් පෝෂණය සහ සජලනය මම ප්‍රතික්ෂේප කරමි.
- මම හැන්දෙන් කිරි දීම පිළිගන්නවා නමුත් මගේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර තීරණය කරන්නා විසින් විනිශ්චය කරනු ලබන පරිදි මම මෙය ස්වේච්ඡාවෙන් පිළිගෙන මගේ ආහාර රසවිඳින බව පෙනී ගියහොත් පමණි.
- මගේ MTDM පසුව විනිශ්චය කරන්නේ නම්, මෙම කොන්දේසිය අවලංගු කළ හැකිය, මම ස්වේච්ඡාවෙන් හැන්දෙන් පෝෂණය කිරීම පිළිගන්නේ නැත හෝ එවැනි පෝෂණය හුක්කි විඳින්නේ නැත.

ඇල්සයිමර් රෝගයේ රීස්බර්ග්ගේ අදියර හත බලන්න [මෙතන](#) .

අත්සන් කර ඇත: \_\_\_\_\_

### 3. අගයන් විධානය

MyValues වෙබ් අඩවිය වෙත යොමු වන්න ([www.myvalues.org.au](http://www.myvalues.org.au)) මෙම කොටසට ජ් රතිචාර දැක්වීමට උපකාර වන අදහස් සඳහා.

ඔබ 2-3 පිටුවල උපදෙස් විධානය නිසියාකාරව සම්පූර්ණ කර අත්සන් කර ඇත්නම්, මෙම අගයන් විධානයෙහි ඔබට ජ් රකාශ කළ හැකි මනාපවලට වඩා එය ජ් රමුඛත්වය ගනී. **ඔබේ උපදේශන විධානයෙහි ඔබ උපදෙස් දී ඇති දේට පටහැනි කිසිවක් ඔබේ අගයන් විධානයෙහි නොමැති බවට වග බලා ගන්න.**

ඔබට මෙම අගයන් විධානයේ සියලුම කොටස් සම්පූර්ණ කිරීමට අවශ්‍ය ය නැත.

(ඒ) මගේ ජීවිතයේ වඩාත්ම වැදගත් දෙය (ඔබට හොඳින් ජීවත් වීම යන්නෙන් අදහස් කරන්නේ කුමක්ද?)  
මෙම කොටසේ සලකා බැලිය යුතු කුඩු කුඩු ආගමික හෝ සංස්කෘතික විශ්වාසයන්, පවුල සහ මිතුරන්, අධ්‍යාපන අවශ්‍යතා සහ ස්වාධීනත්වය විය හැකිය. මේවා ඔබට වැදගත් වන්නේ මන්දැයි පැහැදිලි කරන්න, එවිට ඔබේ වෛද්‍ය ජ් රතිකාර තීරණය කරන්නා ඔබට ජීවිතයේ ගුණාත්මක භාවයෙන් අදහස් කරන්නේ කුමක්ද යන්න පෙරුම් ගනී.

(බ) මගේ අනාගතය ගැන මා වඩාත් කනස්සල්ලට පත්වන්නේ:

සමහර පුද්ගලයින් සඳහා, මෙයට වේදනාවෙන් සිටීම, රුකවරණ මධ්‍යස්ථානයකට යාම, පුද්ගලික රුකවරණය පවත්වා ගැනීමට නොහැකි වීම, සමාජ/පවුලේ ක්‍රියාකාරකම්වලට සහභාගී වීමට නොහැකි වීම හෝ සන්නිවේදනය කිරීමේ හැකියාව අහිමි වීම ඇතුළත් විය හැකිය.

(ඈ) මට නම්, අසනීප හෝ තුවාල වලින් පසු වෛද්‍ය ප්‍රතිකාරවල පිළිගත නොහැකි ප්‍රතිඵල වන්නේ:

සමහරුන්ට, පවුලේ අය සහ මිතුරන් හඳුනා ගැනීමට නොහැකි වීම පිළිගත නොහැකිය. තවත් අය යන්නේ රාජකරණ හෝ රුකබලා ගන්නන් මත රඳා සිටීමට අකමැති විය හැක.

(d) මම දැන ගැනීමට කැමති අනෙකුත් දේවල් නම්:

ඔබේ වෛද්‍ය ජීවිතයේ ජීවිතයේ වෙනස්කම් හෝ වෙනස්කම් සැලකිල්ලට ගැනීමට ඔබ බලාපොරොත්තු වන වෙනත් කරුණු. මේවා ඔබේ ජීවිතයේ වෙනස්කම්, වෛද්‍ය ජීවිතයේ වෙනස්කම්, හෝ අධ්‍යයන/ආගමික/සංස්කෘතික අවශ්‍යතා විය හැකිය.

(ඉ) මගේ රුකවරණය පිළිබඳ සාකච්ඡාවලට සම්බන්ධ වීමට මා කැමති වෙනත් පුද්ගලයන් වන්නේ:

ඔබේ වෛද්‍ය ජීවිතයේ පිළිබඳ සාකච්ඡාවලට සම්බන්ධ වීමට ඔබ කැමති (හෝ නොකරන) වෙනත් ඕනෑම පුද්ගලයෙකුගේ විස්තර සමඟ ඔබේ වෛද්‍ය ජීවිතයේ වෙනස්කම් සාදනු ලබා දෙන්න.

(f) මම මරණයට ආසන්නව සිටින්නේ නම්, පහත සඳහන් කරුණු මට වැදගත් වනු ඇත:

ඔබ ඉදිරිපත් කිරීමට කැමති පුද්ගලයන් සලකා බලන්න. ඔබේ ජීවිතයේ සංගීතය වැදගත් කිරීමට හෝ ඡායාරූප ඔබ වට කර ගැනීමට හෝ ඔබේ සුරතලා ඔබ සමඟ සිටීමට කැමති විය හැකිය.

## අවයව දන්දීම

මගේ මරණයේ දී:

ඉන්ද්‍රිය සහ පටක පරිත්‍යාග කිරීම සඳහා සලකා බැලීමට මම කැමැත්තෙමි, පරිත්‍යාග කිරීම සඳහා වෛද්‍ය මැදිහත්වීම් අවශ්‍ය විය හැකි බව හඳුනාගනිමි

අවයව සහ පටක පරිත්‍යාග කිරීම සඳහා සලකා බැලීමට මා කැමති නැත.

හොඳින් සලකා බැලීමෙන් පසු මෙම ලේඛනය සම්පූර්ණ කළ බව මම ප්‍රකාශ කරමි.

මෙම අත්කාරම් සත්කාර විධානය ඕනෑම අවස්ථාවක අවලංගු කිරීමට මට අයිතියක් ඇත, නමුත් මා එසේ කරන්නේ නම් මිස එබැවින්, එය මගේ අඛණ්ඩ දිශාවන් නියෝජනය කිරීමට ගත යුතුය.



## 4. වෛද්‍ය ස් රතිකාර තීරණ ගන්නන්

කරුණාකර සටහන් කරන්න: මෙම කොටස ලැයිස්තුගත කරන්නේ ඔබේ වෛද්‍ය ස් රතිකාර තීරණ සාදන්නා/s පමණි. ඒක කරනවානුදු වෛද්‍ය ස් රතිකාර තීරණ ගන්නාගේ භූමිකාවට නිල වශයෙන් පුද්ගලයෙකු පත් කරයි. පෝරමය සම්පූර්ණ කිරීමෙන් මෙය කළ යුතුයවෛද්‍ය ස් රතිකාර තීරණ ගන්නෙකු පත් කිරීම.

මම මගේ වෛද්‍ය ස් රතිකාර තීරණ ගන්නන් ලෙස පත් කර ඇත:

වෛද්‍ය ස් රතිකාර තීරණය කරන්නා 1

නම:	
උපන්දිනය:	
ලිපිනය:	
දුරකථන අංකය:	

වෛද්‍ය ස් රතිකාර තීරණය කරන්නා 2

නම:	
උපන්දිනය:	
ලිපිනය:	
දුරකථන අංකය:	

අත්සන් කර ඇත: \_\_\_\_\_

## 5. සාක්ෂි දීම

ඔබ අත්සන් කළ යුතුයිඉදිරිපස වැඩිහිටි සාක්ෂිකරුවන් දෙදෙනෙක්.

සාක්ෂිකරු 1 වෛද්‍ය වෘත්තීයයෙකු විය යුතුය. සාක්ෂිකරු 2 තවත් වැඩිහිටියෙකු විය හැක.

ඔබේ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර තීරණය කරන්නා ලෙස ඔබ පත් කර ඇති සාක්ෂිකරුවෙකු හෝ සාක්ෂිකරුවෙකු විය නොහැක.

ඔබේ අත්සන:	
දිනය:	

සෑම සාක්ෂිකරුවෙක්ම එය සහතික කරයි:

- ලේඛනය අත්සන් කරන අවස්ථාවේදී, අත්තිකාරම් සත්කාර විධානය ලබා දෙන පුද්ගලයාට විධානයේ එක් එක් ප්‍රකාශය සම්බන්ධයෙන් තීරණ ගැනීමේ හැකියාව ඇති බව පෙනී ගියේය.
- ලේඛනය අත්සන් කරන අවස්ථාවේදී, අත්තිකාරම් සත්කාර විධානය ලබා දෙන පුද්ගලයා විධානයේ එක් එක් ප්‍රකාශයේ ස්වභාවය සහ බලපෑම තේරුම් ගත් බව පෙනී ගියේය.
- පුද්ගලයා නිදහසේ සහ ස්වේච්ඡාවෙන් ලේඛනයට අත්සන් කිරීමට පෙනී සිටියේය
- පුද්ගලයා ලේඛනයට අත්සන් කළේ මා ඉදිරියේ සහ දෙවන සාක්ෂිකරු ඉදිරියේ, සහ
- මම පුද්ගලයාගේ පත් කරන ලද වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර තීරණ ගන්නෙකු නොවේ.

සාක්ෂිකරු 1 - ලියාපදිංචි වෛද්‍ය වෘත්තීයයා

සම්පූර්ණ නම:	
සුදුසුකම් සහ AHPRA අංකය:	
අත්සන් කර ඇත:	
දිනය:	

සාක්ෂිකරු 2 - තවත් වැඩිහිටියෙක්

සම්පූර්ණ නම:	
අත්සන් කර ඇත:	
දිනය:	

අත්සන් කර ඇත: \_\_\_\_\_

මෙම පෝරමය සමඟ කළ යුතු දේ

- මුල් පෝරමය ඔබ ළඟ තබා ගන්න. ඔබේ වෛද්‍ය සේවකයන් රහස්‍ය කිරීමේ කාරණය කරන්නට, පවුලේ අයට, මිතුරන්ට සහ ඒ රහස්‍ය කරන ඕනෑම වෛද්‍ය වරයකුට පිටපත් ලබා දෙන්න. ඔබ රෝහලට ඇතුළත් කර ඇත්නම් හෝ අතිරේක වෛද්‍ය වරයන් හෝ සෞඛ්‍ය වෘත්තිකයින් විසින් ඒ රහස්‍ය කරනු ලබන්නේ නම් අමතර පිටපත් ඔබ ළඟ තබා ගන්න.
- ඔබේ වෛද්‍ය සේවකයන් රහස්‍ය කිරීමේ කාරණය පෝරමය කියවා සම්පූර්ණයෙන්ම තේරුම් ගෙන ඇති බවට සහතික වන්න.
- ඔබේ අත්තිකාරම් සත්කාර විධානය මගේ සෞඛ්‍ය වාර්තාවට උඩුගත කළ හැක.

### සමාලෝචන

Dying With Dignity Victoria ඔබේ කැමැත්ත වෙනස් විය හැකි නිසා හෝ වෛද්‍ය තාක්ෂණයේ දියුණුවක් ඇති නිසා මෙම ලේඛනය නිතිපතා සමාලෝචනය කිරීමට ඔබට තරයේ නිර්දේශ කරයි. සෑම වසර දෙකකට වරක් හෝ ඔබේ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය සැලකිය යුතු ලෙස වෙනස් වුවහොත් ලේඛනය සමාලෝචනය කිරීම ඔබ ආපනවත්ත වනු ඇත.

ඔබ ඔබේ ලේඛනය සමාලෝචනය කරන සෑම අවස්ථාවකදීම සහ ඔබේ ආශාවන් ඇතහැඟු පහත පිළිගැනීමේවලින් එකකට අත්සන් කර දිනය වෙනස් කර ඇත. ඔබගේ කැමැත්ත වෙනස් වී ඇත්නම්, ඔබ නව අත්තිකාරම් සත්කාර විධානයක් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.

#### ලේඛන සමාලෝචනය: 1

මම මෙම ලේඛනය සමාලෝචනය කර ඇති අතර මා වෙනස් කිරීමට කැමති කිසිවක් නොමැති බව මම සහතික කරමි.

අත්සන් කර ඇත:	
දිනය:	

#### ලේඛන සමාලෝචනය: 2

මම මෙම ලේඛනය සමාලෝචනය කර ඇති අතර මා වෙනස් කිරීමට කැමති කිසිවක් නොමැති බව මම සහතික කරමි.

අත්සන් කර ඇත:	
දිනය:	

#### ලේඛන සමාලෝචනය: 3

මම මෙම ලේඛනය සමාලෝචනය කර ඇති අතර මා වෙනස් කිරීමට කැමති කිසිවක් නොමැති බව මම සහතික කරමි.

අත්සන් කර ඇත:	
දිනය:	

අත්සන් කර ඇත: \_\_\_\_\_