



obrazec 3a - 2021

Direktiva o vnaprejšnji oskrbi

Izdelano pod

Zakon o načrtovanju in odločanju o zdravljenju 2016 (Vic.)

Ko je ta direktiva o predhodni oskrbi izpolnjena, podpisana in prisotna, nadomesti vse prejšnje direktive o predhodni oskrbi, ki ste jih morda naredili. Dying With Dignity Victoria močno priporoča, da ta obrazec izpolnite šele po skrbnem premisleku.

1. Osebni podatki

ime:	
naslov:	
Država:	
poštna številka:	
Datum rojstva:	

Moje trenutno zdravstveno stanje v času podpisa:

sem dobrega zdravja
Zdravnik mi svetuje, da trpim za <i>(opiši svojo diagnozo)</i> :

Podpisano: _____

Stran 1 od 11

2. Direktiva z navodili

Ta direktiva z navodili je **pravno zavezujoča** in vaše odločitve o zdravljenju posreduje neposredno vašim zdravstvenim delavcem. Umiranje z dostojanstvom Victoria močno priporoča, da se posvetujete z zdravnikom, če se odločite za dokončanje te direktive z navodili.

- **Vaša direktiva z navodili se bo uporabljala samo, če niste sposobni sprejeti odločitve o zdravljenju.**
- Vaše odločitve o zdravljenju v tej direktivi z navodili veljajo, kot da bi privolili ali zavrnili začetek ali nadaljevanje zdravljenja.
- Če je katera od vaših navedb nejasna ali negotova v določenih okoliščinah, bo postala direktiva o vrednotah (glejte stran 5).
- Pod s51 od *Zakon o načrtovanju in odločanju o zdravljenju*, od zdravstvenega delavca morda ne bo treba ravnati v skladu z vašo direktivo o navodilih, če so se okoliščine spremenile tako, da izvajanje vaše direktive ne bi bilo več skladno z vašimi preferencami in željami.

Uporaba te direktive z navodili

Ta direktiva z navodili se mora uporabljati **irazen**:

[striniam se](#)

[Ne striniam se](#)

Trpim le zaradi prehodne (začasne) izgube sposobnosti, kot je hipoglikemija ali TIA (prehodni ishemični napad) ali blagi pretres možganov.

Trpim za hudo boleznijo, a po mnenju dveh neodvisnih zdravnikov (vsaj enega specialista) bom verjetno okreval v stanje neodvisnosti in usposobljenosti, brez globokega fizičnega ali psihičnega trpljenja.

Podpisano: _____

Ob upoštevanju zgornjih pogojev v "Uporabi te direktive z navodili" **Izjavljam, da v zvezi z medicinskim posegom ali zdravljenjem, ki je namenjeno podaljšanju ali ohranjanju mojega življenja:**

Zdravljenje

Zavračam

sprejemem

Umetno hranjenje (prehrana in/ali hidracija)

Antibiotiki

Umetno dihanje

Kakršni koli kirurški posegi

Cirkulatorna podpora, vključno s CPR

Popravki nenormalnih ravni katere koli strupene snovi

Transfuzija krvi

Zdravljenje visokega/nizkega krvnega sladkorja z zdravili

Zdravljenje visokega/nizkega krvnega tlaka z zdravili

Ledvična dializa

Nadalje, **izjavljam** da je treba odpraviti vse vztrajne moteče simptome (bolečine, zasoplost in tiste, ki jih povzroča pomanjkanje hrane in tekočine). **maksimalno umirjeno** z ustreznim protibolečinskim, pomirjevalnim ali drugim paliativnim zdravljenjem (vključno z vzdrževanjem vlažnosti ustnic, ust in oči), čeprav ima lahko to paliativno zdravljenje tudi dodatno posledico skrajšanja mojega življenja.

demenca

Za demenco lahko štejemo, da napreduje skozi več stopenj. Ena klasifikacija¹ ima sedem faz, pri čemer zgodnje faze (1-3) kažejo le blago poslabšanje in poznejše stopnje (6-7) kažejo hudo do zelo hudo kognitivno poslabšanje. Od 5. stopnje začne posameznik potrebovati pomoč za preživetje.

Ob upoštevanju teh progresivnih stopenj, če me zdravnik oceni kot nepristojnega za sprejemanje odločitev glede mojega zdravljenja in

Če imam diagnozo katere koli stopnje demence.

Samo če imam diagnozo 6. stopnje demence.

Samo če imam diagnozo demence 7. stopnje.

in tudi,

Ne glede na to, ali je moja primarna oskrba doma/skupnosti ali v ustanovi.

Samo, če sem bil sprejet v stalno institucionalno varstvo.

Nato izjavljam, da razen pri uporabi antibiotikov za manjše neživljenjsko nevarne okužbe zavračam kakršno koli zdravljenje z namenom ali rezultatom podaljšanja mojega življenja (kot je navedeno na strani 3 zgoraj):

Tudi če se zdi, da sem zadovoljen, kot ocenjuje moj odločevalec o zdravljenju.

Razen če se zdi, da sem zadovoljen, kot je ocenil moj odločevalec o zdravljenju (in ta pogoj se lahko prekliče, če se zdi, da nisem več zadovoljen).

To tudi izjavljam:

V vsakem primeru zavračam prehrano in hidracijo s pomočjo hranjenja po žlički.

Sprejemam hranjenje z žličko, vendar le, če se zdi, da to sprejemam prostovoljno in uživam v hrani, kot je ocenil moj odločevalec o zdravljenju.

Ta pogoj se lahko prekliče, če moj MTDM naknadno presodi, da ne sprejemam hranjenja po žlički ali se zdi, da v takem hranjenju ne uživam.

¹Glej Reisbergovo Sedem stopenj Alzheimerjeve bolezni [tukaj](#).

3. Direktiva o vrednotah

Oglejte si spletno stran MyValues (www.myvalues.org.au) za ideje za pomoč pri odgovorih na ta razdelek.

Če ste pravilno izpolnili in podpisali direktivo o navodilih na straneh 2-3, ima ta prednost pred preferencami, ki jih lahko izrazite v tej direktivi o vrednotah. **Prepričajte se, da v vaši direktivi o vrednotah ni ničesar, kar bi bilo v nasprotju s tem, kar ste naložili v svoji direktivi o poučevanju.**

Ni vam treba izpolniti vseh oddelkov te direktive o vrednotah.

(a) Kaj je najpomembnejše v mojem življenju (kaj ti pomeni dobro živeti?)

Točke, ki jih je treba upoštevati v tem razdelku, so lahko verska ali kulturna prepričanja, družina in prijatelji, duhovni interesi in neodvisnost. Pojasnite, zakaj so ti pomembni za vas, da bo vaš odločevalec o zdravljenju razumel, kaj vam pomeni kakovost življenja.

Podpisano: _____

(b) Pri moji prihodnosti me najbolj skrbi:

Za nekatere ljudi to lahko vključuje bolečino, selitev v ustanovo, nezmožnost vzdrževanja osebne oskrbe, nezmožnost sodelovanja v družbenih/družinskih dejavnostih ali izgubo sposobnosti komunikacije.

(c) Zame so nesprejemljivi izidi zdravljenja po bolezni ali poškodbi:

Za nekatere bi bilo nesprejemljivo, da ne bi mogli prepoznati družine in prijateljev. Drugi se morda ne želijo zanašati na stroje ali negovalce.

Podpisano: _____

(d) Druge stvari, ki bi jih rad vedel, so:

Druge zadeve, ki jih želite, da vaš odločevalec o zdravljenju upošteva. To je lahko vaš najljubši kraj oskrbe, postopki zdravljenja ali duhovne/verske/kulturne zahteve.

(e) Druge osebe, ki bi jih rad vključil v razprave o svoji oskrbi, so:

Svojemu odločevalcu o zdravljenju zagotovite podrobnosti o kateri koli drugi osebi, ki bi jo (ali ne bi) želeli sodelovati v razpravah o vaši zdravstveni oskrbi.

(f) Če se bližam smrti, bi mi bile pomembne naslednje stvari:

Razmislite o ljudeh, ki bi jih želeli predstaviti. Morda boste želeli, da bi se predvajala vaša najljubša glasba, fotografije, ki bi vas obdajale ali da bi bil vaš ljubljeneček s seboj.

Podpisano: _____

Darovanje organov

V primeru moje smrti:

Pripravljen sem sprejeti v poštev za darovanje organov in tkiv in se zavedam, da so za darovanje morda potrebni zdravstveni posegi

Nisem pripravljen biti obravnavan za darovanje organov in tkiv.

Izjavljam, da sem po skrbnem premisleku dokončal ta dokument.

Pridržujem si pravico, da kadar koli prekličem to direktivo o vnaprejšnji oskrbi, razen če to storim zato bi ga bilo treba razumeti, da predstavlja moje nadaljnje smernice.

Podpisano: _____

4. Nosilci odločitev o zdravljenju

OPOMBA: V tem razdelku so navedeni samo vaši odločevalci o zdravljenju. Jene uradno imenovati osebo v vlogo odločevalca o zdravljenju. To je treba storiti tako, da izpolnite obrazec *Imenovanje odločevalca o zdravljenju*.

Za svojega odločevalca/-e o zdravljenju sem imenoval/-e:

Nosilec odločanja o zdravljenju 1

ime:	
Datum rojstva:	
naslov:	
Telefonska številka:	

Nosilec odločanja o zdravljenju 2

ime:	
Datum rojstva:	
naslov:	
Telefonska številka:	

5. Pričevanje

Morate podpisati pred dve odrasli priči.

Priča 1 mora biti zdravnik. Priča 2 je lahko druga odrasla oseba.

Nobena priča ne more biti oseba, ki ste jo imenovali za odločevalca o zdravljenju.

Vaš podpis:	
datum:	

Vsaka priča potrjuje, da:

- V času podpisa dokumenta se je zdelo, da je oseba, ki je izdala Direktivo o predhodni oskrbi, sposobnost odločanja v zvezi z vsako izjavo v Direktivi
- V času podpisa dokumenta se je zdelo, da oseba, ki je izdala Direktivo o vnaprejšnji oskrbi, razume naravo in učinek vsake izjave v Direktivi
- Zdi se, da je oseba prosto in prostovoljno podpisala dokument
- Oseba je podpisala dokument v moji navzočnosti in v navzočnosti druge priče, in
- Nisem imenovan za osebo, ki odloča o zdravljenju te osebe.

Priča 1 - registrirani zdravnik

Polno ime:	
Kvalifikacija in številka AHPRA:	
Podpisano:	
datum:	

Priča 2 - Še ena odrasla oseba

Polno ime:	
Podpisano:	
datum:	

Podpisano: _____

Kaj storiti s tem obrazcem

- Izvirni obrazec imejte pri sebi. Dajte kopije vašemu odločevalcem o zdravljenju, družini, prijateljem in vsem lečečim zdravnikom. Nadomestne kopije imejte pri sebi, če boste sprejeti v bolnišnico ali če vas bodo zdravili dodatni zdravniki ali zdravstveni delavci.
- Poskrbite, da je vaš odločevalec o zdravljenju prebral obrazec in ga popolnoma razume.
- Vaša direktiva o predhodni oskrbi se lahko naloži v My Health Record.

Ocene

Umiranje z dostojanstvom Victoria močno priporoča, da redno pregledujete ta dokument, saj se lahko vaše želje spremenijo ali pa pride do napredka v medicinski tehnologiji. Dokument bi bilo pametno pregledati vsaki dve leti ali če se vaše zdravstveno stanje bistveno spremeni.

Vsakič, ko pregledate svoj dokument in vaše želje sone spremenjeno, podpišite in datirajte eno od spodnjih priznanj. Če so se vaše želje spremenile, morate izpolniti novo direktivo o vnaprejšnji oskrbi.

Pregled dokumenta: 1

Potrujem, da sem ta dokument pregledal in da ne želim ničesar spremeniti.

Podpisano:	
datum:	

Pregled dokumenta: 2

Potrujem, da sem ta dokument pregledal in da ne želim ničesar spremeniti.

Podpisano:	
datum:	

Pregled dokumenta: 3

Potrujem, da sem ta dokument pregledal in da ne želim ničesar spremeniti.

Podpisano:	
datum:	

Podpisano: _____