



respect for the right to choose |

แบบฟอร์ม 3ก - 2021

คำสั่งการดูแลขั้นสูง

ทำภายใต้

พระราชบัญญัติการวางแผนการรักษาพยาบาลและการตัดสินใจ พ.ศ. 2559 (Vic.)

เมื่อกรอก ลงนาม และเป็นพยานแล้ว Advance Care Directive นี้จะแทนที่ Advance Care Directive ใดๆ ที่คุณเคยทำไว้ Dying With Dignity Victoria ขอแนะนำอย่างยิ่งให้คุณกรอกแบบฟอร์มนี้หลังจาก พิจารณาอย่างถี่ถ้วนแล้วเท่านั้น

1. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ:	
ที่อยู่:	
สถานะ:	
รหัสไปรษณีย์:	
วันเกิด:	

สถานะสุขภาพปัจจุบันของฉันในขณะที่ลงนาม:

สุขภาพแข็งแรงค่ะ
GP ของฉันแนะนำว่าฉันกำลังทุกข์ทรมานจาก <i>(อธิบายการวินิจฉัยของคุณ)</i> :

ลงนาม: _____

2. คำสั่งสอน

คำสั่งสอนนี้คือ**มีผลผูกพันตามกฎหมาย**และแจ้งการตัดสินใจในการรักษาทางการแพทย์ของคุณโดยตรงกับ ผู้ปฏิบัติทางด้านสุขภาพของคุณ Dying With Dignity Victoria ขอแนะนำอย่างยิ่งให้คุณปรึกษาแพทย์ หากเลือกที่จะปฏิบัติตามคำสั่งสอนนี้

● คำสั่งการสอนของคุณจะถูกใช้เฉพาะเมื่อคุณไม่มีความสามารถในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

- การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของคุณในคำสั่งสอนนี้จะมีผลเสมือนว่าคุณยินยอมหรือปฏิเสธที่จะเริ่มหรือดำเนินการรักษาต่อ
- หากข้อความใดของคุณไม่ชัดเจนหรือไม่แน่ใจในสถานการณ์เฉพาะ ข้อความนั้นจะกลายเป็น Values Directive (ดูหน้า 5)
- อายุต่ำกว่า ๑๘ ของ *พระราชบัญญัติการวางแผนการรักษาพยาบาลและการตัดสินใจ* ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามคำสั่งการสอนของคุณ หากสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไปจนการปฏิบัติตามคำสั่งของคุณจะไม่สอดคล้องกับความชอบและความปรารถนาของคุณอีกต่อไป

การใช้คำสั่งสอนนี้

ต้องใช้คำสั่งการเรียนการสอนนี้ **เว้นเสียแต่ว่า:**

ตกลง

ไม่เห็นด้วย

ฉันกำลังประสบกับการสูญเสียความสามารถชั่วคราว (ชั่วคราว) เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือ TIA (ภาวะขาดเลือดชั่วคราว) หรือการถูกระงับกระแทกเล็กน้อย

ฉันกำลังทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่รุนแรง แต่ในความเห็นของผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์อิสระสองคน (ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อยหนึ่งคน) ฉันมีแนวโน้มที่จะฟื้นตัวสู่สถานะอิสระและความสามารถ โดยไม่มีความทุกข์ทรมานทางร่างกายหรือจิตใจอย่างลึกซึ้ง

ภายใต้เงื่อนไขข้างต้นใน “การใช้คำสั่งสอนนี้” ข้าพเจ้าขอประกาศว่าในส่วนที่เกี่ยวกับการแทรกแซงทางการแพทย์หรือการรักษาที่มุ่งเป้าไปที่การยืดอายุหรือดำรงชีวิตของฉัน:

การรักษา

ฉันปฏิเสธ

ฉันยอมรับ

การให้อาหารเทียม (โภชนาการและ/หรือการให้น้ำ)

ยาปฏิชีวนะ

เครื่องช่วยหายใจ

ขั้นตอนการผ่าตัดใด ๆ

การสนับสนุนระบบไหลเวียนโลหิต รวมทั้ง CPR

การแก้ไขระดับของสารพิษใด ๆ ที่ผิดปกติ

การถ่ายเลือด

ยารักษาน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ

ยารักษาความดันโลหิตสูง/ต่ำ

การฟอกไต

ไกลออกไป, **ฉันประกาศ**ให้มีอาการวิตกกังวลเรื้อรัง (ปวด หายใจไม่อึด และอาการที่เกิดจากการขาดอาหารและของเหลว) **สูงสุด ทุเลาลง** โดยการใช้ยาแก้ปวด ยาแก้ลมประสาท หรือการรักษาแบบประคับประคองอื่นๆ (รวมถึงการรักษาความชุ่มชื้นของริมฝีปาก ปาก และดวงตา) แม้ว่าการรักษาแบบประคับประคองนั้นอาจทำให้อายุขัยของฉันสั้นลง

ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมถือได้ว่าเป็นความก้าวหน้าในหลายขั้นตอน หนึ่งในประเภทที่มีเจ็ดระยะ โดยระยะแรก (1-3) แสดงให้เห็นเพียงความเสื่อมเล็กน้อยและระยะหลัง (6-7) แสดงการเสื่อมถอยทางปัญญาอย่างรุนแรงถึงรุนแรงมาก จากระยะที่ 5 แต่ละคนเริ่มต้องการความช่วยเหลือเพื่อความอยู่รอด

โดยคำนึงถึงขั้นตอนที่ก้าวหน้าเหล่านี้ หากแพทย์ตัดสินใจว่าไม่มีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนและ

หากฉันตรวจพบภาวะสมองเสื่อมในระยะใด
เฉพาะในกรณีที่ฉันได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมระยะที่ 6
เฉพาะในกรณีที่ฉันได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมระยะที่ 7

และนอกจากนี้ยังมี,

ไม่ว่าบริการหลักของฉันจะอยู่ที่บ้าน/ชุมชนหรือในสถาบันก็ตาม
เฉพาะในกรณีที่ฉันเข้ารับการรักษาในสถาบันอย่างต่อเนื่อง

จากนั้นฉันขอประกาศว่า ยกเว้นการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับการติดเชื้อที่ไม่เป็นอันตรายถึงชีวิตเล็กน้อย ฉันปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ใดๆ ที่มีจุดประสงค์หรือผลลัพธ์ของการยืดอายุของฉัน (ตามที่ระบุไว้ในหน้า 3 ด้านบน):

แม้ว่าฉันจะดูพอใจตามที่ผู้มีอำนาจตัดสินใจด้านการรักษาพยาบาลของฉันตัดสินใจก็ตาม
ยกเว้นกรณีที่ดูเหมือนว่าฉันมีเนื้อหาตามที่ผู้ตัดสินใจการรักษาทางการแพทย์ตัดสินใจ (และเงื่อนไขนี้สามารถเพิกถอนได้หากปรากฏว่าไม่มีเนื้อหาอีกต่อไป)

ข้าพเจ้าขอประกาศด้วยว่า:

ฉันปฏิเสธการให้สารอาหารและการดื่มน้ำโดยการใช้ช้อนช่วยในทุกกรณี
ฉันยอมรับการให้อาหารด้วยช้อน แต่ถ้าดูเหมือนว่าฉันจะยอมรับสิ่งนี้โดยสมัครใจและเพลิดเพลินกับอาหารของฉัน ตามที่ผู้ตัดสินใจด้านการรักษาทางการแพทย์ของฉันตัดสินใจ
เงื่อนไขนี้อาจถูกเพิกถอนได้หาก MTDM ของฉันตัดสินใจในภายหลังว่าฉันไม่ยอมรับการป้อนด้วยช้อนโดยสมัครใจหรือไม่ดูเหมือนจะชอบการให้อาหารดังกล่าว

¹ดูโรคอัลไซเมอร์เจ็ดขั้นตอนของ Reisberg [ที่นี่](#) .

3. คำสั่งค่านิยม

อ้างถึงเว็บไซต์ MyValues (www.myvalues.org.au) สำหรับแนวคิดที่จะช่วยแนะนำคำตอบในส่วนนี้

หากคุณสามารถกรอกและลงนามในคำสั่งสอนอย่างถูกต้องในหน้า 2-3 อย่างถูกต้องแล้ว จะมีความสำคัญเหนือกว่าการกำหนดลักษณะที่คุณระบุไว้ในคำสั่ง Values Directive นี้**ตรวจสอบให้แน่ใจว่าไม่มีสิ่งใดใน Values Directive ของคุณที่ขัดแย้งกับสิ่งที่คุณได้แนะนำไว้ใน Instructional Directive ของคุณ**

คุณไม่จำเป็นต้องกรอกทุกส่วนของ Values Directive นี้

(ก) อะไรที่สำคัญที่สุดในชีวิตของฉัน (การมีชีวิตที่ดีมีความหมายกับคุณอย่างไร?)

ประเด็นที่ต้องพิจารณาในส่วนนี้อาจเป็นความเชื่อทางศาสนาหรือวัฒนธรรม ครอบครัวและเพื่อนฝูง ความสนใจทางจิตวิญญาณ และความเป็นอิสระ อธิบายว่าเหตุใดสิ่งเหล่านี้จึงสำคัญสำหรับคุณ เพื่อให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจในการรักษาทางการแพทย์ของคุณเข้าใจว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายต่อคุณอย่างไร

ลงชื่อ: _____

(ข) สิ่งที่ทำให้ฉันกังวลมากที่สุดเกี่ยวกับอนาคตของฉันคือ:

สำหรับบางคน อาจรวมถึงความเจ็บปวด การย้ายสถานพยาบาล ไม่สามารถดูแลส่วนบุคคล ไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม/ครอบครัว หรือสูญเสียความสามารถในการสื่อสาร

(ค) สำหรับฉัน ผลลัพธ์ที่ยอมรับไม่ได้ของการรักษาพยาบาลหลังจากเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บคือ:

สำหรับบางคน การไม่รู้จักรอบครัวและเพื่อนฝูงนั้นเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ คนอื่นอาจไม่ต้องการฟังพาเครื่องจักรหรือผู้ดูแล

ลงชื่อ: _____

(ง) สิ่งอื่น ๆ ที่ฉันอยากรู้คือ:

เรื่องอื่น ๆ ที่คุณต้องการให้ผู้ตัดสินใจการรักษาทางการแพทย์ของคุณนำไปพิจารณา สิ่งเหล่านี้อาจเป็นสถานที่ดูแลที่คุณต้องการ ขั้นตอนการรักษาพยาบาล หรือข้อกำหนดด้านจริยธรรม/ศาสนา/วัฒนธรรม

(จ) คนอื่นๆ ที่ฉันต้องการมีส่วนร่วมในการอภิปรายเกี่ยวกับการดูแลของฉันคือ:

แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับบุคคลอื่นที่คุณต้องการ (หรือไม่ต้องการ) ให้ผู้ตัดสินใจการรักษาทางการแพทย์ของคุณมีส่วนร่วมในการอภิปรายเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ของคุณ

(ฉ) ถ้าฉันใกล้ตาย สิ่งต่อไปนี้จะมีความสำคัญต่อฉัน:

พิจารณาคนที่คุณต้องการนำเสนอ คุณอาจต้องการให้เล่นเพลงโปรดของคุณ หรือถ่ายภาพรอบๆ ตัวคุณหรือมีสัตว์เลี้ยงอยู่กับคุณ

ลงชื่อ: _____

การบริจาคอวัยวะ

ในกรณีที่ฉันเสียชีวิต:

ฉันยินดีที่จะได้รับการพิจารณาให้บริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ และตระหนักว่าการแทรกแซงทางการแพทย์อาจจำเป็นสำหรับการบริจาคที่จะเกิดขึ้น

ฉันไม่ยินดียินดีรับการพิจารณาบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ

ข้าพเจ้าขอประกาศว่าข้าพเจ้าได้กรอกเอกสารนี้หลังจากพิจารณาอย่างถี่ถ้วนแล้ว

**ฉันขอสงวนสิทธิ์ในการเพิกถอน Advance Care Directive นี้เมื่อใดก็ได้ เว้นแต่ฉันจะทำ
ดังนั้นจึงควรนำมาแสดงทิศทางต่อเบื้องของฉัน**

4. ผู้ตัดสินใจด้านการรักษาพยาบาล

โปรดทราบ: ส่วนนี้แสดงรายการเฉพาะผู้ตัดสินใจในการรักษาทางการแพทย์ของคุณ มันไม่ใช่ แต่ แต่งตั้งบุคคลอย่างเป็นทางการให้ทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจด้านการรักษาพยาบาล โดยจะต้องกรอกแบบฟอร์ม *การแต่งตั้งผู้มีอำนาจตัดสินใจด้านการรักษาพยาบาล*

ฉันได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตัดสินใจด้านการรักษาพยาบาลของฉัน:

ผู้ตัดสินใจด้านการรักษาทางการแพทย์ 1

ชื่อ:	
วันเกิด:	
ที่อยู่:	
หมายเลขโทรศัพท์:	

ผู้ตัดสินใจการรักษาทางการแพทย์ 2

ชื่อ:	
วันเกิด:	
ที่อยู่:	
หมายเลขโทรศัพท์:	

5. การเป็นพยาน

คุณต้องลงชื่อด้านหน้า พยานผู้ใหญ่สองคน

พยานที่ 1 จะต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พยานที่ 2 สามารถเป็นผู้ใหญ่อีกคนได้

พยานไม่สามารถเป็นบุคคลที่คุณแต่งตั้งให้เป็นผู้ตัดสินใจด้านการรักษาพยาบาลของคุณได้

ลายเซ็นของคุณ:	
วันที่:	

พยานแต่ละคนรับรองว่า:

- ในขณะที่ลงนามในเอกสาร ผู้ให้ Advance Care Directive ดูเหมือนจะมีความสามารถในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับแต่ละข้อความใน Directive
- ในขณะที่ลงนามในเอกสาร บุคคลที่ให้ Advance Care Directive ดูเหมือนจะเข้าใจลักษณะและผลกระทบของแต่ละข้อความใน Directive
- ปรากฏว่าบุคคลดังกล่าวลงนามในเอกสารโดยสมัครใจโดยเสรี
- บุคคลดังกล่าวลงนามในเอกสารต่อหน้าข้าพเจ้าและต่อหน้าพยานคนที่สอง และ
- ฉันไม่ใช่ผู้มีอำนาจตัดสินใจด้านการรักษาพยาบาลของบุคคลที่ได้รับแต่งตั้ง

พยาน 1 - แพทย์ผู้ขึ้นทะเบียน

ชื่อเต็ม:	
คุณสมบัตินี้และ หมายเลข AHPRA:	
ลงนาม:	
วันที่:	

พยาน 2 - ผู้ใหญ่อีกคน

ชื่อเต็ม:	
ลงนาม:	
วันที่:	

จะทำอย่างไรกับแบบฟอร์มนี้

- เก็บแบบฟอร์มเดิมไว้กับคุณ มอบสำเนาให้กับผู้ตัดสินใจการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ ครอบครัว เพื่อน และแพทย์ผู้รักษา เก็บสำเนาสำรองไว้กับคุณในกรณีที่คุณเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือจะได้รับการรักษาโดยแพทย์หรือผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพเพิ่มเติม
- ตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ตัดสินใจการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ของคุณอ่านและเข้าใจแบบฟอร์มนี้ครบถ้วนแล้ว
- คำสั่งการดูแลล่วงหน้าของคุณอาจถูกอัปเดตไปยังบันทึกสุขภาพของคุณ

ความคิดเห็น

Dying With Dignity Victoria ขอแนะนำอย่างยิ่งให้คุณตรวจสอบเอกสารนี้เป็นประจำ เนื่องจากความปรารถนาของคุณอาจเปลี่ยนแปลงหรืออาจมีความก้าวหน้าในเทคโนโลยีทางการแพทย์ คุณควรตรวจสอบเอกสารทุกสองปีหรือหากสถานะสุขภาพของคุณเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

ทุกครั้งที่คุณตรวจทานเอกสารและความปรารถนาของคุณมีไม่ เปลี่ยนแปลง ลงชื่อ และลงวันที่ตามประกาศด้านล่าง หากความปรารถนาของคุณเปลี่ยนไป คุณต้องกรอก Advance Care Directive ใหม่

การตรวจสอบเอกสาร: 1

ฉันยืนยันว่าฉันได้ตรวจทานเอกสารนี้แล้ว และไม่มีอะไรที่ฉันต้องการเปลี่ยนแปลง

ลงนาม:	
วันที่:	

การตรวจสอบเอกสาร: 2

ฉันยืนยันว่าฉันได้ตรวจทานเอกสารนี้แล้ว และไม่มีอะไรที่ฉันต้องการเปลี่ยนแปลง

ลงนาม:	
วันที่:	

การตรวจสอบเอกสาร: 3

ฉันยืนยันว่าฉันได้ตรวจทานเอกสารนี้แล้ว และไม่มีอะไรที่ฉันต้องการเปลี่ยนแปลง

ลงนาม:	
วันที่:	

ลงชื่อ: _____