



3. Formbir - 2021

Önceden Bakım Direktifi

altında yapılan

Tıbbi Tedavi Planlaması ve Kararları Yasası 2016 (Vic.)

Doldurulduktan, imzalandıktan ve tanık olduktan sonra, bu Ön Bakım Yönergesi, daha önce yapmış olabileceğiniz Önceden Bakım Yönergesinin yerini alır. Dying With Dignity Victoria, bu formu ancak dikkatli bir şekilde değerlendirdikten sonra doldurmanızı şiddetle tavsiye eder.

1. Kişisel Ayrıntılar

İsim:	
Adres:	
Belirtmek, bildirmek:	
Posta kodu:	
Doğum tarihi:	

İmzalama sırasındaki mevcut sağlık durumum:

Sağlıklıyım
GP'm acı çektiğimi tavsiye ediyor (<i>teşhisinizi açıklayın</i>):

imzalandı: _____

2. Öğretim Yönergesi

Bu Öğretim Yönergesi **Yasal olarak bağlayıcı** ve tıbbi tedavi kararlarınızı doğrudan sağlık uygulayıcılarınıza iletir. Dying With Dignity Victoria, bu Eğitim Yönergesini tamamlamayı seçerseniz bir tıp doktoruna danışmanızı şiddetle tavsiye eder.

- **Eğitim Yönergeniz yalnızca tıbbi tedavi kararı verme kapasiteniz yoksa kullanılacaktır.**
- Bu Talimat Yönergesindeki tıbbi tedavi kararlarınız, tıbbi tedaviye başlamayı veya devam etmeyi kabul etmiş veya reddetmişsiniz gibi yürürlüğe girer.
- İfadelerinizden herhangi biri belirli koşullar altında net değilse veya belirsizse, bu bir Değerler Yönergesi olacaktır (bkz. sayfa 5).
- s51 altında *Tıbbi Tedavi Planlama ve Kararlar Yasası*, bir sağlık pratisyeninin, Direktifinizi uygulamanın artık tercihleriniz ve isteklerinizle tutarlı olmayacağı şekilde koşullar değiştiyse, Talimat Direktifinize uyması gerekmeyebilir.

Bu Öğretim Yönergesinin Uygulanması

Bu Öğretim Yönergesi geçerli olmalıdır **meğer ki**:

Katılıyorum

Avını fikirde olmamak

Sadece hipoglisemi veya TIA (geçici iskemik atak) veya hafif sarsıntı gibi geçici (geçici) bir yeterlilik kaybı yaşıyorum.

Ağır bir hastalığım var ama iki bağımsız tıp doktorunun görüşüne göre (en az biri uzman), büyük bir fiziksel veya psikolojik ıstırap çekmeden bağımsızlığa ve yetkinlik durumuna kavuşacağım.

İmza: _____

“Bu Yönergenin Uygulanması” bölümündeki yukarıdaki koşullara tabi olarak, **Hayatımı uzatmaya veya sürdürmeye yönelik tıbbi müdahale veya tedavi ile ilgili olarak şunları beyan ederim:**

Tedavi

reddediyorum

Kabul ediyorum

Yapay besleme (beslenme ve/veya hidrasyon)

antibiyotikler

Suni teneffüs

Herhangi bir cerrahi işlem

CPR dahil dolaşım desteği

Herhangi bir toksik maddenin anormal seviyelerinin düzeltilmesi

Kan nakli

Yüksek/düşük kan şekerinin ilaç tedavisi

Yüksek/düşük tansiyonun ilaç tedavisi

Böbrek diyalizi

Daha ileri, **Bildiriyorum** Herhangi bir kalıcı rahatsız edici semptom (ağrı, nefes darlığı ve yiyecek ve sıvı eksikliğinden kaynaklananlar) **maksimum palyatif** uygun analjezik, yatıştırıcı veya diğer palyatif tedavilerle (dudakları, ağzı ve gözleri nemli tutmak dahil), bu palyatif tedavinin ayrıca hayatımı kısaltma gibi ek sonuçları da olabilir.

imzalandı: _____

bunama

Demansın birkaç aşamada ilerlediği düşünülebilir. Bir sınıflandırma yedi evresi vardır, erken evreler (1-3) sadece hafif bozulma ve sonraki evreler (6-7) şiddetli ila çok şiddetli bilişsel gerileme gösterir. Beşinci aşamadan itibaren, bir birey hayatta kalmak için yardıma ihtiyaç duymaya başlar.

Bu ilerleyici aşamaları göz önünde bulundurarak, eğer bir doktor tarafından tıbbi tedavim ve tedavim hakkında karar vermeye yetkili olmadığımı karar verilirse,

Demansın herhangi bir aşaması teşhisi konulursa.

Sadece bana evre 6 demans teşhisi konulursa.

Sadece bana evre 7 demans teşhisi konulursa.

ve ayrıca,

Birincil bakımımın evde/toplulukta mı yoksa bir kurumda mı olduğuna bakılmaksızın.

Sadece devam eden kurumsal bakıma kabul edildiysem.

Ardından, yaşamı tehdit etmeyen küçük enfeksiyonlar için antibiyotik kullanımı dışında, ömrümü uzatma amacı veya sonucu olan (yukarıda 3. sayfada listelendiği gibi) herhangi bir tıbbi tedaviyi reddettiğimi beyan ederim:

Tıbbi Tedavi Karar Vericim tarafından yargılandığım gibi memnun görünsem bile.

Tıbbi Tedavi Karar Vericim tarafından değerlendirildiği gibi memnun görünüyorsam (ve artık memnun görünmüyorsam bu koşul iptal edilebilir).

şunu da beyan ederim:

Yardımlı kaşıkla beslenmeyi ve sıvı alımını hiçbir koşulda reddediyorum.

Kaşıkla beslemeyi kabul ediyorum, ancak Tıbbi Tedaviye Karar Vericim tarafından değerlendirildiği üzere, bunu gönüllü olarak kabul ediyorum ve yemeğimin tadını çıkarıyorum gibi görünüyorsam.

MTDM'm daha sonra kaşıkla beslenmeyi gönüllü olarak kabul etmediğime veya böyle bir beslemeden hoşlanmadığıma karar verirse, bu koşul iptal edilebilir.

Reisberg'in Alzheimer Hastalığının Yedi Aşamasını görün [burada](#).

İmza: _____

3. Değerler Direktifi

MyValues web sitesine bakın (www.değerlerim.org.au) bu bölüme verilecek yanıtları yönlendirmeye yardımcı olacak fikirler için.

2-3. sayfalardaki Yönerge Yönergesini uygun şekilde doldurup imzaladıysanız, bu Değerler Yönergesinde belirtebileceğiniz tercihlere göre önceliklidir. **Değerler Yönergenizde Eğitim Yönergenizde öğrettiklerinizle çelişen hiçbir şey olmadığından emin olun.**

Bu Değerler Yönergesinin tüm bölümlerini tamamlamanız gerekmez.

(a) Hayatımda en önemli olan şey (iyi yaşamak senin için ne ifade ediyor?)

Bu bölümde dikkate alınması gereken noktalar dini veya kültürel inançlar, aile ve arkadaşlar, manevi ilgi alanları ve bağımsızlık olabilir. Tıbbi Tedavi Karar Vericinizin yaşam kalitesinin sizin için ne anlama geldiğini anlaması için bunların sizin için neden önemli olduğunu açıklayın.

İmza: _____

(b) Geleceğim hakkında beni en çok endişelendiren şey:

Bazı insanlar için bu, acı çekmeyi, bir bakım tesisine taşınmayı, kişisel bakımı sürdürmememe, sosyal/aile faaliyetlerine katılamama veya iletişim yeteneğini kaybetmeyi içerebilir.

(c) Bana göre hastalık veya yaralanma sonrası tıbbi tedavinin kabul edilemez sonuçları şunlardır:

Bazıları için aile ve arkadaşları tanıyamamak kabul edilemez. Diğerleri makinelere veya bakıcılara güvenmek istemeyebilir.

İmza: _____

(d) Bilinmesini istediğim diğer şeyler şunlardır:

Tıbbi Tedavi Karar Vericinizin dikkate almasını istediğiniz diğer hususlar. Bunlar tercih ettiğiniz bakım yeri, tıbbi tedavi prosedürleri veya manevi/dini/kültürel gereksinimler olabilir.

(e) Bakımım ile ilgili tartışmalara katılmasını istediğim diğer kişiler:

Tıbbi Tedavi Karar Vericinize, tıbbi bakımınızla ilgili tartışmalara dahil olmasını istediğiniz (veya istemeyeceğiniz) herhangi bir kişinin ayrıntılarını verin.

(f) Ölüme yaklaşıyorsam, aşağıdaki şeyler benim için önemli olacaktır:

Sunmak istediğiniz insanları düşünün. En sevdiğiniz müziğin çalınmasını, fotoğrafların sizi sarmasını veya evcil hayvanınızın yanınızda olmasını isteyebilirsiniz.

İmza: _____

Organ bağışı

Ölümüm durumunda:

Organ ve doku bağışı için değerlendirilmeye hazırım ve bağışın gerçekleşmesi için tıbbi müdahalelerin gerekli olabileceğini kabul ediyorum.

Organ ve doku bağışı için değerlendirilmek istemiyorum.

Bu belgeyi dikkatle inceledikten sonra tamamladığımı beyan ederim.

Bu Ön Bakım Yönergesini herhangi bir zamanda iptal etme hakkımı saklı tutarım, ancak bunu yapmadıkça bu nedenle, devam eden talimatlarımı temsil etmek için alınmalıdır.

İmza: _____

4. Tıbbi Tedaviye Karar Verenler

LÜTFEN DİKKAT: Bu bölüm yalnızca Tıbbi Tedaviye Karar Veren Kişilerinizi listeler. yapar olumsuzluk Resmi olarak bir kişiyi Tıbbi Tedaviye Karar Verici rolüne atamak. Bu, formu doldurarak yapılmalıdır *Tıbbi Tedavi Karar Vericisinin Atanması*.

Tıbbi Tedavi Karar Vericim/lerim olarak atadım:

Tıbbi Tedavi Karar Verici 1

İsim:	
Doğum tarihi:	
Adres:	
Telefon numarası:	

Tıbbi Tedavi Karar Verici 2

İsim:	
Doğum tarihi:	
Adres:	
Telefon numarası:	

İmza: _____

5. Tanıklık

imzalamalısınönünde iki yetişkin tanık.

Tanık 1 tıp doktoru olmalıdır. Tanık 2 başka bir yetişkin olabilir.

Tanıklardan hiçbiri, Tıbbi Tedavi Karar Vericiniz olarak atadığınız bir kişi olamaz.

İmzan:	
Tarih:	

Her tanık şunları onaylar:

- Belgenin imzalanması sırasında, Ön Bakım Direktifi'ni veren kişinin, Direktifteki her bir ifadeyle ilgili olarak karar verme kapasitesine sahip olduğu görüldü.
- Belgenin imzalanması sırasında, Ön Bakım Direktifi'ni veren kişi, Direktifteki her bir ifadenin doğasını ve etkisini anlamış görüldü.
- Kişi, belgeyi özgürce ve gönüllü olarak imzalamış görünüyor
- Kişi belgeyi benim ve ikinci tanığın huzurunda imzalamış ve
- Ben, kişinin atanmış Tıbbi Tedavi Karar Vericisi değilim.

Tanık 1 - Kayıtlı Tıbbi Uygulayıcı

Ad Soyad:	
Yeterlilik ve AHPRA numarası:	
imzalandı:	
Tarih:	

Tanık 2 - Başka bir yetişkin

Ad Soyad:	
imzalandı:	
Tarih:	

İmza: _____

Bu formla ne yapmalı

- Orijinal formu yanınızda bulundurun. Tıbbi Tedavi Karar Vericinize, ailenize, arkadaşlarınıza ve tedavi eden doktorlara kopyalarını verin. Hastaneye kabul edilmeniz veya herhangi bir ek doktor veya sağlık pratisyeni tarafından tedavi edilmeniz durumunda yedek kopyalarını yanınızda bulundurun.
- Tıbbi Tedavi Karar Vericinizin formu okuyup tamamen anladığınızdan emin olun.
- Önceden Bakım Yönergeniz My Health Record'a yüklenebilir.

incelemeler

Dying With Dignity Victoria, istekleriniz değişebileceğinden veya tıbbi teknolojide ilerlemeler olabileceğinden, bu belgeyi düzenli olarak gözden geçirmenizi şiddetle tavsiye eder. Belgeyi her iki yılda bir veya sağlık durumunuz önemli ölçüde değişirse gözden geçirmeniz akıllıca olacaktır.

Belgenizi her gözden geçirdiğinizde ve dilekleriniz olumsuzluk değiştirildi, aşağıdaki teşekkürlerden birini imzalayın ve tarih atın. İstekleriniz değiştiyse, yeni bir Önceden Bakım Yönergesi doldurmanız gerekir.

Belgenin İncelenmesi: 1

Bu belgeyi incelediğimi ve değiştirmek istediğim hiçbir şey olmadığını onaylıyorum.

imzalandı:	
Tarih:	

Belgenin İncelenmesi: 2

Bu belgeyi incelediğimi ve değiştirmek istediğim hiçbir şey olmadığını onaylıyorum.

imzalandı:	
Tarih:	

Belgenin İncelenmesi: 3

Bu belgeyi incelediğimi ve değiştirmek istediğim hiçbir şey olmadığını onaylıyorum.

imzalandı:	
Tarih:	

İmza: _____