



Форма 3а - 2021 рік

Директива про попередній догляд

Зроблено під

Закон про планування та рішення про медичне лікування 2016 року (Vic.)

Після заповнення, підпису та засвідчення ця Директива про попередній догляд замінює будь-яку попередню Директиву про попередню допомогу, яку ви могли зробити. Вмираючи з гідністю Вікторія настійно рекомендує заповнювати цю форму лише після ретельного розгляду.

1. Особисті дані

Ім'я:	
Адреса:	
стан:	
поштовий індекс:	
Дата народження:	

Мій поточний стан здоров'я на момент підписання:

Я здоровий
Мій лікар каже, що я страждаю(опишіть свій діагноз):

Підписано: _____

Сторінка 1 з 11

2. Інструктивна директива

Ця Інструктивна Директива є **юридично обов'язковою** повідомляє про ваші рішення щодо лікування безпосередньо лікарям. Вмираючи з гідністю Вікторія настійно рекомендує вам проконсультуватися з лікарем, якщо ви вирішите виконати цю Інструкцію.

- **Ваша Інструкція буде використовуватися лише в тому випадку, якщо у вас немає можливості прийняти рішення про медичне лікування.**
- Ваші рішення про медичне лікування, викладені в цій Інструкції, вступають в силу так, ніби ви дали згоду або відмовилися почати або продовжити лікування.
- Якщо будь-яке з ваших тверджень буде незрозумілим або невизначеним за певних обставин, воно стане Директивою про цінності (див. сторінку 5).
- Відповідно до розділу 51 *Закон про планування та рішення про медичне лікування*, практикуючий медичний працівник може не бути зобов'язаний дотримуватися вашої Інструкційної директиви, якщо обставини змінилися так, що виконання вашої Директиви більше не відповідатиме вашим уподобанням та побажанням.

Застосування цієї Інструкційної директиви

Ця Інструкційна Директива має застосовуватися **хіба що**:

Згоден

Не згоден

Я страждаю лише тимчасовою (тимчасовою) втратою кваліфікації, як-от гіпоглікемія або ТІА (транзиторна ішемічна атака) або легкий струс мозку.

Я страждаю на важку хворобу, але, на думку двох незалежних лікарів (принаймні один спеціаліст), я, швидше за все, відновлюсь до стану незалежності та компетентності, без глибоких фізичних чи психологічних страждань.

Підписано: _____

За умови дотримання вищезазначених умов у «Застосуванні цієї Інструкційної директиви», **Я заявляю, що стосовно медичного втручання або лікування, спрямованого на продовження або підтримання мого життя:**

Лікування

я відмовляюся

я приймаю

Штучне вигодовування (живлення та/або зволоження)
Антибіотики
Штучне дихання
Будь-які хірургічні процедури
Підтримка кровообігу, включаючи СЛР
Виправлення аномальних рівнів будь-якої токсичної речовини
Переливання крові
Медикаментозне лікування високого/низького рівня цукру в крові
Медикаментозне лікування високого/низького артеріального тиску
Нирковий діаліз

далі, **я заявляю** що будь-які тривалі тривожні симптоми (біль, задишка, а також симптоми, викликані нестачею їжі та рідини) повинні бути усунені **максимально полегшений** відповідним знеболюючим, заспокійливим або іншим паліативним лікуванням (включаючи підтримання вологості губ, рота та очей), хоча це паліативне лікування також може мати додаткові наслідки, скоротивши моє життя.

Деменція

Можна вважати, що деменція прогресує через кілька стадій. Одна класифікація¹ має сім фаз, причому на ранніх стадіях (1-3) спостерігається лише легке погіршення, а пізні стадії (6-7) демонструють серйозне або дуже серйозне зниження когнітивних функцій. Починаючи з 5 стадії, людина починає потребувати допомоги, щоб вижити.

З огляду на ці прогресуючі стадії, якщо лікар вважає мене некомпетентним приймати рішення щодо мого лікування та

Якщо мені діагностовано будь-яку стадію деменції.
Тільки якщо мені діагностують деменцію 6 стадії.
Тільки якщо мені діагностують деменцію 7 стадії.

а також,

Незалежно від того, чи знаходиться моя первинна медична допомога вдома/у громаді чи в установі.
Лише якщо я потрапив до постійного стаціонару.

Тоді я заявляю, що, за винятком застосування антибіотиків при незначних інфекціях, що не загрожують життю, я відмовляюся від будь-якого медичного лікування з метою або результатом продовження мого життя (як зазначено на сторінці 3 вище):

Навіть якщо здається, що я задоволений, як судить моя особа, яка приймає рішення про медичне лікування.
За винятком випадків, коли я виглядаю задоволеним згідно з думкою мого особи, яка приймає рішення про медичне лікування (і ця умова може бути скасована, якщо я більше не задоволений).

Я також це заявляю:

Я відмовляюся від харчування та зволоження за допомогою допоміжного годування з ложечки за будь-яких обставин.
Я приймаю годування з ложечки, але лише в тому випадку, якщо здається, що я приймаю це добровільно і насолоджуюся своєю їжею, згідно з думкою мого особи, яка приймає рішення про медичне лікування.
Ця умова може бути скасована, якщо згодом мій MTDM визнає, що я добровільно не приймаю годування з ложечки або, схоже, не люблю таке годування.

¹Див. Сім стадій хвороби Альцгеймера Рейсберга [ТУТ](#).

3. Директива про цінності

Зверніться до веб-сайту MyValues (www.myvalues.org.au) для ідей, які допоможуть спрямувати відповіді на цей розділ.

Якщо ви належним чином заповнили та підписали Інструктивну директиву на сторінках 2-3, вона має перевагу над перевагами, які ви можете висловити в цій Директиві про цінності. **Переконайтеся, що у вашій Директиві про цінності немає нічого, що суперечить тому, що ви вказали у вашій Інструктивній директиві.**

Вам не потрібно заповнювати всі розділи цієї Директиви про цінності.

(а) Що найважливіше в моєму житті (що для вас означає жити добре?)

У цьому розділі слід враховувати релігійні чи культурні переконання, родину та друзів, духовні інтереси та незалежність. Поясніть, чому вони важливі для вас, щоб ваша особа, яка приймає рішення про медичне лікування, зрозуміла, що для вас означає якість життя.

Підписано: _____

(б) Найбільше мене хвилює моє майбутнє:

Для деяких людей це може включати біль, переїзд до закладу догляду, неможливість підтримувати особистий догляд, неможливість брати участь у соціальних/сімейних заходах або втрату здатності спілкуватися.

(в) Для мене неприйнятними результатами лікування після хвороби або травми є:

Для деяких неможливість впізнати сім'ю та друзів було б неприйнятним. Інші, можливо, не захочуть покладатися на техніку чи опікунів.

Підписано: _____

(d) Інші речі, які я хотів би знати, це:

Інші питання, які ви бажаєте врахувати вашим особам, які приймають рішення про медичне лікування. Це можуть бути ваші улюблені місця догляду, медичні процедури або духовні/релігійні/культурні вимоги.

(e) Інші люди, яких я хотів би залучити до обговорення моєї допомоги:

Надайте органу, який приймає рішення про медичне лікування, інформацію про будь-яку іншу особу, яку ви хотіли б (чи не хотіли б) брати участь у обговоренні вашого медичного обслуговування.

(f) Якщо я наближаюся до смерті, для мене важливі такі речі:

Подумайте про людей, яких ви хотіли б представити. Ви можете побажати, щоб ваша улюблена музика грала, фотографії оточували вас або щоб ваш вихованець був з вами.

Підписано: _____

Донорство органів

У разі моєї смерті:

Я готовий, щоб мене розглядали щодо донорства органів і тканин, і визнаю, що для донорства можуть знадобитися медичні втручання

Я не бажаю, щоб мене розглядали про донорство органів і тканин.

Я заявляю, що заповнив цей документ після ретельного розгляду.

Я залишаю за собою право скасувати цю Директиву про попередній догляд у будь-який час, але якщо я цього не зроблю

тому це слід сприймати як репрезентацію моїх подальших напрямків.

Підписано: _____

4. Особи, які приймають рішення щодо лікування

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ. У цьому розділі перелічено лише особи, які приймають рішення про медичне лікування. Це робитьні офіційно призначити особу на роль особи, яка приймає рішення про лікування. Це необхідно зробити, заповнивши форму*Призначення особи, яка приймає рішення про лікування*.

Я призначив своїм особам, які приймають рішення про медичне лікування:

Особа, яка приймає рішення про медичне лікування 1

Ім'я:	
Дата народження:	
Адреса:	
Номер телефону:	

Особа, яка приймає рішення про медичне лікування 2

Ім'я:	
Дата народження:	
Адреса:	
Номер телефону:	

Підписано: _____

5. Свідчення

Ви повинні підписати перед двох дорослих свідків.

Свідок 1 повинен бути лікарем. Свідком 2 може бути інший дорослий.

Жоден свідок не може бути особою, яку ви призначили особою, яка приймає рішення про медичне лікування.

Твій підпис:	
Дата:	

Кожен свідок засвідчує, що:

- На момент підписання документа особа, яка надала Директиву про попередній догляд, виявилася здатною приймати рішення щодо кожної заяви в Директиві
- На момент підписання документа особа, яка надала Директиву про попередній догляд, здавалося, розуміла природу та дію кожної заяви в Директиві
- Виявилось, що особа вільно та добровільно підписала документ
- Особа підписала документ у моєї присутності та в присутності другого свідка, і
- Я не є призначеним особою, яка приймає рішення про медичне лікування.

Свідок 1 - зареєстрований лікар

Повне ім'я:	
Кваліфікація і Номер АНПРА:	
Підписано:	
Дата:	

Свідок 2 - Ще один дорослий

Повне ім'я:	
Підписано:	
Дата:	

Підписано: _____

Що робити з цією формою

- Зберігайте оригінальний бланк при собі. Надайте копії своїм особам, які приймають рішення про медичне лікування, родині, друзям та всім лікуючим лікарям. Зберігайте при собі запасні копії на випадок, якщо ви потрапите до лікарні або будете лікуватися у будь-яких додаткових лікарів або медичних працівників.
- Переконайтеся, що особа, яка приймає рішення про медичне лікування, прочитала та повністю зрозуміла форму.
- Вашу директиву про попереднє лікування може бути завантажено в My Health Record.

Відгуки

Вмираючи з гідністю Вікторія настійно рекомендує вам регулярно переглядати цей документ, оскільки ваші побажання можуть змінитися або можуть відбутися досягнення медичних технологій. Було б розумно переглядати документ кожні два роки або якщо стан вашого здоров'я значно зміниться.

Кожен раз, коли ви переглядаєте свій документ і ваші побажання змінено, підпишіть і поставте дату на одному з наведених нижче підтверджень. Якщо ваші бажання змінилися, ви повинні заповнити нову Директиву про попередній догляд.

Огляд документа: 1

Я підтверджую, що переглянув цей документ і нічого не хотів би змінити.

Підписано:	
Дата:	

Огляд документа: 2

Я підтверджую, що переглянув цей документ і нічого не хотів би змінити.

Підписано:	
Дата:	

Огляд документа: 3

Я підтверджую, що переглянув цей документ і нічого не хотів би змінити.

Підписано:	
Дата:	

Підписано: _____