



Прирачник за подготвување на Упатство за здравствена нега во иднина (Advance Health Directive) во Западна Австралија



Читателите се предупредуваат дека овој документ може да содржи слики на лица кои починале од датумот на објавување.

© Department of Health, State of Western Australia (2022)

Сите информации и материјали во овој документ се заштитени со авторско право. Авторското право е во сопственост на државата Западна Австралија. Освен за каква било употреба дозволена со *Copyright Act 1968 (Cth)* (*Закон за авторски права од 1968 година* (Комонвелт)), информациите во овој документ не смеат да се објавуваат или репродуцираат во кој било материјал без изречна дозвола од End-of-Life Care Program (Програма за нега на крајот на животот) од Department of Health (Оддел за здравство) на Западна Австралија.

Предлог за референца

Department of Health, Western Australia. *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia*. Perth: End-of-Life Care Program, Department of Health, Western Australia; 2022.

Важно одрекување од одговорност

Овој прирачник е наменет да даде преглед на тоа како се подготвува Упатство за здравствена нега во иднина во Западна Австралија. Во него има врски (links) до дополнителни информации и помагала. Тој не треба да се смета за замена на правен или друг професионален совет. Треба да се побара независен совет за конкретни случаи кои бараат правна или професионална интервенција.

Повеќе информации за Упатството за здравствена нега во иднина може да се добијат од:

Department of Health

Телефон: 9222 2300

Имејл: acp@health.wa.gov.au

Веб-страница: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning



Преведувачки услуги

Ве молиме, побарајте преведувач ако ви треба помош да зборувате со здравствена служба на вашиот јазик.

Содржина

Како да го користите овој прирачник 2

Дел 1: За Упатството за здравствена нега во иднина 3

Што е Упатство за здравствена нега во иднина? 3

Кој ќе донесува одлуки за вашето лекување и нега доколку изгубите способност да донесувате или соопштувате одлуки? 4

Дел 2: Водич чекор по чекор 6

Делови во Упатството за здравствена нега во иднина 6

Дел 1: Моите лични податоци 6

Дел 2: Моето здравје 7

Дел 3: Моите вредности и желби 8

Дел 4: Моите одлуки за лекување во Упатството за здравствена нега во иднина 12

Дел 5: Лица кои ми помогнаа да го пополнам Упатството за здравствена нега во иднина 18

Дел 6: Потпис и сведоци на потпишување 20

Дел 3: Корисни информации 22

Често поставувани прашања 22

Список за проверка за подготвување на Упатството за здравствена нега во иднина 30

Каде да се обратите за повеќе информации 31

Вообичаени термини 33

Примерок на пополнето Упатство за здравствена нега во иднина 36

Како да го користите овој прирачник

Овој прирачник ви дава информации кои ќе ви помогнат да го подготвите и пополнете вашето Упатство за здравствена нега во иднина.

Можеби ќе утврдите дека е потребно време да го пополните вашето Упатство за здравствена нега во иднина. Не мора да го пополните наеднаш. Можете да го пополните во делови.

Дел 1: За Упатството за здравствена нега во иднина

Во овој дел се опишува што е Упатство за здравствена нега во иднина. Во него се објаснува зошто тоа е корисно, како тоа ќе се користи и кој ќе донесува одлуки за вас доколку изгубите способност да ги донесувате или соопшувате вашите одлуки.

Дел 2: Водич чекор по чекор

Овој дел е водич чекор по чекор како се подготвува Упатство за здравствена нега во иднина, вклучувајќи примери кои ќе ви помогнат во тоа.

Дел 3: Корисни информации

Во овој дел има список за проверка за подготвување, пополнување и чување на вашето Упатство за здравствена нега во иднина. Во него се објаснуваат зборовите кои се користат во Упатствата за здравствена нега во иднина и во кој има одговори на [Често поставувани прашања](#). Во него исто така има врски (links) каде да се обратите за повеќе информации.

Примерок на пополнето Упатство за здравствена нега во иднина и празно Упатство за здравствена нега во иднина

На крајот на овој прирачник се наоѓа примерок на пополнето Упатство за здравствена нега во иднина. Празно Упатство за здравствена нега во иднина е доставено како додаток во овој прирачник.

Можете да се упатите на примерокот на пополнетиот формулар додека го пополнувате вашето Упатство за здравствена нега во иднина.

Можете да побарате помош за да го пополните вашето Упатство за здравствена нега во иднина. Во [Дел 3: Корисни информации](#) се вклучени информации како и каде да се обратите за помош.



Дел 1:

За Упатството за здравствена нега во иднина

Во овој дел се опишува што е Упатство за здравствена нега во иднина. Во него се објаснува зошто тоа е корисно, како ќе се користи и кој ќе донесува одлуки за вас доколку изгубите способност да ги донесувате или соопшувате вашите одлуки.

Што е Упатство за здравствена нега во иднина?

Упатството за здравствена нега во иднина е **законски** документ кој ви овозможува сега да донесете одлуки за лекување и нега кои сакате или не сакате да ги добивате во иднина.

Упатството за здравствена нега во иднина ќе се користи **само** ако сериозно се разболите или повредите и не можете да донесувате одлуки или да ги соопштите вашите желби. Ако се случи тоа, вашето Упатство за здравствена нега во иднина станува вашиот „глас“. Ако треба да го промените вашето Упатство за здравствена нега во иднина, мора да го отповикате (или поништите) вашето тековно Упатство за здравствена нега во иднина и да подготвите ново.

Упатството за здравствена нега во иднина е еден од документите кои можат да се користат во Западна Австралија и можат да се пополнат како дел од процесот на планирање на негата во иднина.

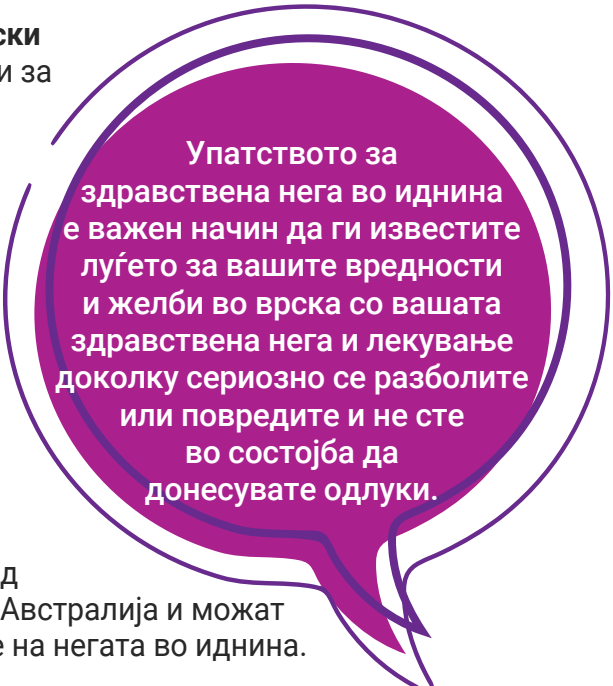
Ако имате Упатство за здравствена нега во иднина, ќе им помогнете на вашите најблиски и стручните здравствени лица да разберат што ви е важно во однос на вашето здравје и здравствена нега.

Се препорачува да разговарате со вашето семејство, негувател, близок пријател, доктор по општа пракса или други стручни здравствени лица за да ви помогнат ментално да се подготвите за тоа.

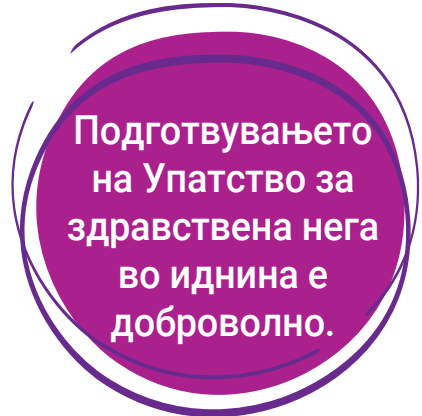
Во други помагала кои може да ви бидат корисни се вклучуваат:

- Веб-страницата MyValues – myvalues.org.au
- Веб-страницата на Одделот за здравство на Западна Австралија за планирање на негата во иднина – healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

За повеќе информации во врска со Упатството за здравствена нега во иднина и планирање на негата во иднина, видете во [Често поставувани прашања](#) во Дел 3: Корисни информации.



Упатството за здравствена нега во иднина е важен начин да ги известите луѓето за вашите вредности и желби во врска со вашата здравствена нега и лекување доколку сериозно се разболите или повредите и не сте во состојба да донесувате одлуки.



Подготвувањето на Упатство за здравствена нега во иднина е доброволно.

Може да биде тешко да се размислува и зборува за вашето идно здравје и желби за крајот на животот. Побарајте помош ако ви треба поддршка околу тоа.

Кој може да подготвува Упатство за здравствена нега во иднина?

За да подготвите Упатство за здравствена нега во иднина, мора да имате **18 години или да сте постари** и да имате **целосна правна способност** во моментот на подготвувањето на Упатството за здравствена нега во иднина.

Тоа значи дека:

- ги разбирате сите информации или совети што ви се дадени за да ви помогнат да донесувате одлуки во вашето Упатство за здравствена нега во иднина
- разбирате како одлуките што ги донесувате во вашето Упатство за здравствена нега во иднина може да влијаат на вашето идно лекување и нега
- сте способни да ги одмерите можните добри и лоши страни на вашите одлуки за вашето идно лекување и нега
- сте способни на некој начин да ги соопштите вашите одлуки за вашето идно лекување и здравствена нега.

Се смета дека возрасните лица имаат способност да донесуваат одлуки освен ако не се покаже дека ја немаат. Ако се сомневате во вашата моментална способност да подготвите полноважно Упатство за здравствена нега во иднина, прашајте го вашиот доктор за проценка. Можете исто така да го прашате вашиот доктор доколку сте загрижени дека вашата способност за донесување одлуки ќе биде доведена во прашање во иднина.

Кој ќе донесува одлуки за вашето лекување и нега доколку изгубите способност да донесувате или соопштувате одлуки?

Ако изгубите способност да донесувате или соопштувате одлуки за вашето лекување и нега, стручните здравствени лица мора да го користат [Hierarchy of treatment decision-makers \(Список на донесувачи на одлуки за лекување\)](#) при донесувањето на одлуки за вашето лекување.

Списокот на донесувачи на одлуки за лекување, прикажан на следната страница, го објаснува редоследот на донесувачите на одлуки што треба да го користат стручните здравствени лица кога бараат одлука за вашето лекување. Упатството за здравствена нега во иднина е прв документ што ќе го користи стручно здравствено лице за да му помогне во донесувањето одлуки за вашата идна нега.

Што ќе се случи ако не подготвам Упатство за здравствена нега во иднина?

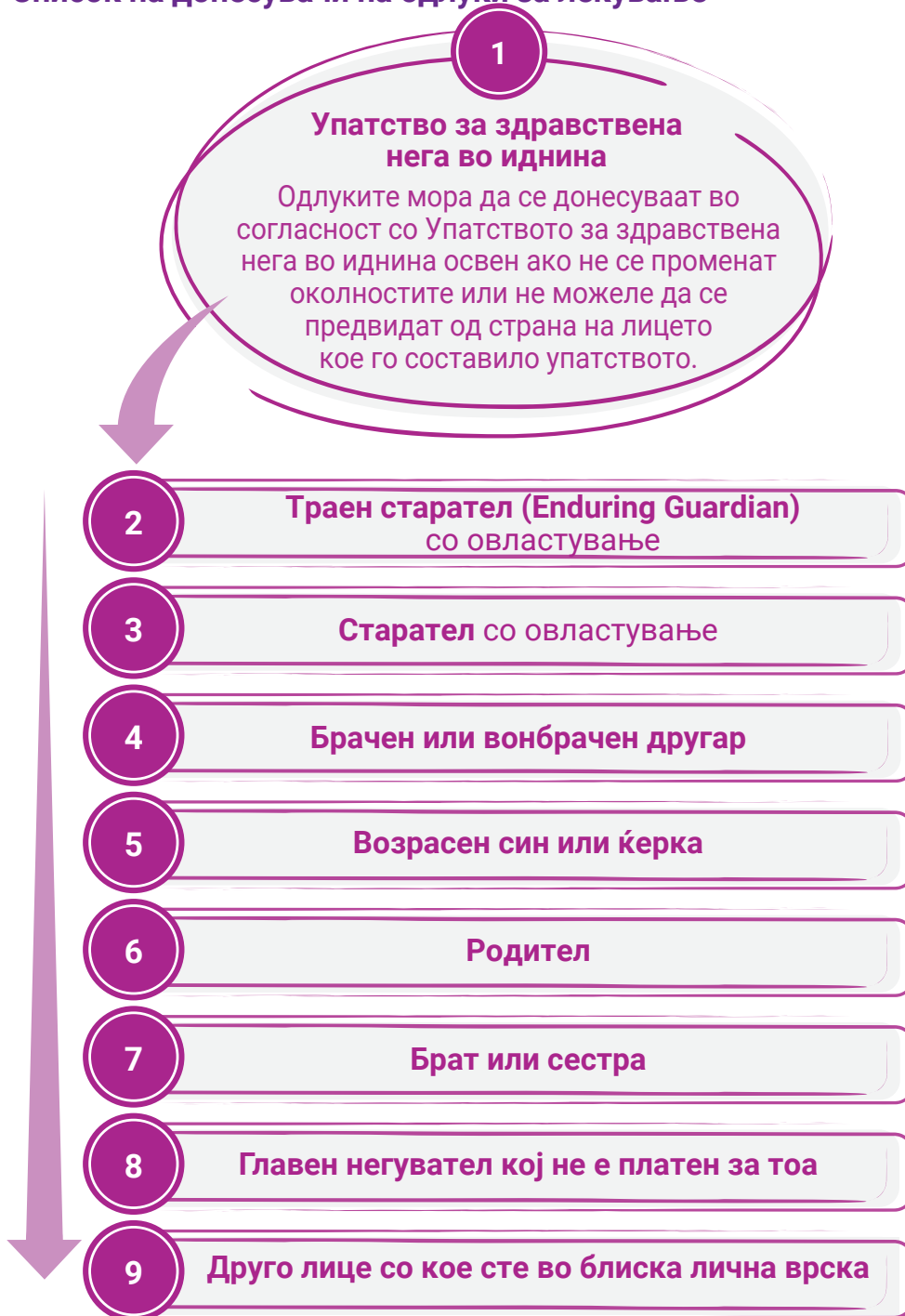
Ако не подготвите Упатство за здравствена нега во иднина, стручното здравствено лице мора да се обрати до првото лице наведено во списокот, кое има 18 или повеќе години, има целосна правна способност и е достапно и подготвено да донесе одлука за лекување.

Доколку првото лице не е достапно и подготвено да ја донесе одлуката, стручното здравствено лице може да премине на следната личност во списокот итн.

Што е Список на донесувачи на одлуки за лекување?

Стручните здравствени лица го користат Списокот на донесувачи на одлуки за лекување само ако изгубите способност да донесувате и/или соопштувате одлуки за вашата здравствена нега.

Список на донесувачи на одлуки за лекување



Кога не постои Упатство за здравствена нега во иднина или ако тоа не ја опфаќа потребната одлука за лекување, стручното здравствено лице мора да добие одлука за лекување што не е итно од првото лице на списокот кое има 18 години или е постаро, има целосна правна способност, е подготвено и на располагање да донесе одлука.

Дури и ако сте назначиле траен старател, сепак можете да изберете да подготвите Упатство за здравствена нега во иднина за да ги соопштите вашите желби за одредени видови на лекување кои се важни за вас.

За повеќе информации во врска со трајни старатели, видете под [Често поставувани прашања во Дел 3](#): Корисни информации.

Дел 2: Водич чекор по чекор

Овој дел е водич чекор по чекор како се подготвува Упатство за здравствена нега во иднина, вклучувајќи примери кои ќе ви помогнат во тоа.

Делови во Упатството за здравствена нега во иднина

За да биде полноважно Упатството за здравствена нега во иднина, мора да ги пополните Деловите 1, 4 и 6.

Дел 1 е делот во кој ги запишувате вашите лични податоци. **Мора** да го пополните Дел 1.

Дел 2 е делот во кој ги запишувате главните здравствени проблеми што ги имате.

Дел 3 е делот во кој запишувате што е важно за вас и вашите вредности и желби за вашата идна нега.

Дел 4 е делот во кој ги запишувате видовите на лекување и нега (вклучувајќи активности за медицински истражувања) што сакате или не сакате да ги добивате во иднина. **Мора** да внесете најмалку една одлука за лекување во Дел 4 за да подготвите полноважно Упатство за здравствена нега во иднина.

Дел 5 е делот во кој ги запишувате податоците на лицата кои ви помогнале да го подготвите вашето Упатство за здравствена нега во иднина.

Дел 6 е делот во кој го потпишувате вашето Упатство за здравствена нега. **Мора** да го пополните Дел 6 и **мора** да имате сведок на потпишувањето (во [Дел 6](#) има детали за барањата за сведоци на потпишувањето).

Дел 1: Моите лични податоци

Мора да го пополните овој дел во Упатството за здравствена нега во иднина.

Мора да ги пополните следните полиња:

- датумот кога е подготвено Упатството за здравствена нега во иднина
- вашето име и презиме, датумот на раѓање и адресата за да може да бидете идентификувани.

Не е задолжително да ги доставите вашиот телефонски број и имејл адресата. Се препорачува да ставите барем еден од нив за да може да ве контактираме доколку е потребно.

Ако во иднина се промени вашата адреса, телефонски број или имејл, вашето Упатство за здравствена нега во иднина сè уште ќе биде полноважно.

За повеќе информации во врска со промени на вашите податоци за контакт, видете под [Често поставувани прашања](#) во Дел 3: Корисни информации.



Дел 2: Моето здравје

Можете да изберете да одговорите на некои, сите или ниту едно од прашањата во Дел 2. Пречкртајте ги сите прашања што не сакате да ги одговорите.

Можете да го користите Дел 2 за да ги наведете вашите главни здравствени проблеми и работи кои ве загрижуваат. Можете исто така да го користите Дел 2 за да запишете работи што ви се важни кога зборувате за вашето здравје.

2.1 Моите главни здравствени проблеми

Во Дел 2.1, можете да запишете детали за сите големи здравствени проблеми кои моментално ги имате. Може да вклучите проблеми со физичкото и/или менталното здравје. Можете исто така да ги вклучите сите значајни здравствени проблеми што сте ги имале во минатото.

Примери:

- Пред 6 години ми беше дијагностициран рак на дебелото црево. Имав операција и хемотерапија. Сега сум подобар, но ми беше кажано дека постои ризик дека ракот на дебелото црево може да се врати во иднина.
- Имав сообраќајна несреќа пред 5 години. Сè уште имам хронични болки во грбот. Ми кажаа дека болката во грбот веројатно нема да ми се намали.
- Неодамна ми беше дијагностицирана болест на моторните нервни клетки. Ми кажаа дека моето здравје е во опасност брзо да се влоши. Наскоро ќе ми треба многу помош за секојдневни работи како што се туширање и облекување.

2.2 Кога зборувате со мене за моето здравје, овие работи ми се важни

Во Делот 2.2, можете да запишете што е важно за вас кога зборувате за вашето здравје со стручните здравствени лица. Ова вклучува колку информации сакате да добиете пред да донесете одлуки. Исто така, тоа вклучува детали за членовите на семејството/пријателите што вие би сакале да бидат со вас кога разговарате со стручните здравствени лица за вашите опции за лекување и нега.

Приказната на Триша
На Триша (65 години) штотуку ѝ беше дијагностициран рак на дојка во стадиум 4. Во нејзиното претходно Упатство за здравствена нега во иднина, Триша забележа дека нејзината блиска пријателка Кеј (медицинска сестра) присуствува на сите нејзини медицински прегледи затоа што знае како најдобро да ги објасни информациите на начин на кој Триша може да разбере.

Примери:

- Сакам да имам многу детали за моите здравствени проблеми и опции за лекување, за да можам целосно да разберам што можам да изберам и што може да ми се случи.
- Англискиот ми е втор јазик. Сакам мојот син или ќерка да бидат со мене на закажаните прегледи со мојот доктор по општа пракса (GP) и специјалистите.

Забелешка: Вие исто така можеби ќе сакате да подготвите Enduring Power of Guardianship (Трајно полномоштво за старателство) ако имате некој што добро го познавате и му верувате да донесува одлуки наместо вас.

За повеќе информации во врска со назначување на траен старател, видете под [Често поставувани прашања](#) во Дел 3: Корисни информации.

Дел 3: Моите вредности и желби

Можете да изберете да одговорите на некои, на сите или на ниту едно од прашањата во Дел 3. Пречкртајте ги сите прашања на кои не сакате да одговорите.

Можете да го користите Дел 3 за да ги запишете работите што ви се најважни за вашето здравје и здравствена нега. Можете да вклучите работи кои ве загрижуваат за вашето здравје во иднина. Ова ќе им овозможи на најблиските и стручните здравствени лица вклучени во вашата здравствена нега да знаат што е важно за вас ако станете неспособни да донесувате или да соопштувате одлуки.

Може да биде тешко да се размислува и зборува за вашето идно здравје и желби кога се приближува вашата смрт. Побарајте помош ако ви треба поддршка околу тоа.

3.1 Овие работи се важни за мене

Во Дел 3.1 од вас се бара да опишете што значи за вас „добар живот“. На пример, што најмногу би ви недостасувало ако се разболите и не можете да живеете како што живеете сега.

Во овој дел од формуларот има список на работи кои можеби се важни за вас. Можете да ги штиклирате сите работи кои се однесуваат на вас. Исто така можете да запишете активности, интереси и хоби кои се важни за вас.

Примери:

- Важно ми е да поминувам време со семејството и пријателите.
- Многу ми е важно ќерка ми да ме посетува често.
- Важно ми е да ги имам моите миленичиња до мене или барем да можам редовно да ги гледам.
- Цел живот сум дел од лезбејската заедница и би сакала таа врска да продолжи.
- Јас сум Кинез и сакам да поминувам време со луѓе кои зборуваат кантонски.

Приказната на Рита

Рита (87 години) редовно го посетува својот хрватски клуб за да се види со своите пријатели, да го зборува својот мајчин јазик од Хрватска и да игра традиционални игри од нејзината родна земја. Рита во своето Упатство за здравствена нега во иднина напиша дека не сака да го посетува клубот ако не може да зборува или лесно да се движи.

3.2 Ова се работи кои ме загрижуваат кога размислувам за моето здравје во иднина

Во Дел 3.2 од вас се бара да опишете што ве загрижува во врска со вашата здравствена и здравствена нега во иднина. На пример, трајна последица од болест или повреда што не би била прифатлива за вас.

Ако се разболите или повредите во иднина, лекувањето и негата може да ви помогнат да оздравите и вашето здравје може повторно да биде исто како што било пред да се разболите. Сепак, можно е, во зависност од вашата болест или повреда, лекувањето и негата да ви помогнат само малку и можеби нема да можете да живеете на ист начин како што живеевте порано.

Примери:

- Се плашам да бидам во постојана болка.
- Се плашам дека можеби нема да бидам во состојба да комуницирам или да бидам разбран(а) од моето семејство и пријатели.
- Нема да бидам среќен(среќна) ако нема да можам да живеам самостојно.
- Би било неприфатливо ако нема да можам да се хранам самостојно.
- Многу би ми било тешко ако не можам да го препознавам моето семејство и пријателите.

Приказната на Никол

На Никол (43 години) неодамна ѝ беше дијагностицирана Паркинсонова болест. Во нејзиното Упатство за здравствена нега во иднина, таа напиша дека би верувала дека е неприфатливо трајно да не може да се храни самостојно. Никол сака нејзиното семејство да знае што е важно за неа, бидејќи тие ќе се грижат за неа ако болеста предизвика да ја изгуби контролата врз рацете и другите делови од телото.



3.3 Кога ќе приближи смртта, ова е местото каде би сакал(а) да бидам

Во Дел 3.3 од вас се бара да опишете каде би сакале да ги поминете последните денови или недели кога ќе приближи смртта.

Во овој дел од формуларот се дадени 4 опции. Можете да изберете само една опција. Можете да доставите повеќе детали за опцијата што ќе ја изберете во дадениот простор.

Примери:

- Мене ми е важно да бидам во природа. Би сакал(а) да се наоѓам некаде каде што има градина со цвеќиња или блиску до плажата.
- Семејството и пријателите се многу голем дел од мојот живот. Повеќе би сакал(а) да бидам во нивна близина што е можно подолго за да можат лесно и редовно да ме посетуваат.
- Се идентификувам како геј и важно ми е да бидам на место каде што мојата сексуалност е прифатена и почитувана.

Приказната на Рејмонд

Рејмонд (95 години) живееше во старечки дом во последните 5 години од неговиот живот. Установата стана дом за него. Рејмонд имаше Упатство за здравствена нега во иднина. Тој напиша дека сака да умре таму каде што живее, со семејството околу него. Здравјето на Рејмонд брзо се влоши. Неговите стручни здравствени лица го користеа неговото Упатство за здравствена нега во иднина како водич при неговата нега во последните недели од неговиот живот. Тој почина мирно во старечкиот дом, опкружен со неговото семејство.



3.4 Кога ќе приближи смртта, овие работи ми се важни

Во Дел 3.4 од вас се бара да запишете што ве смирува и кого би сакале да имате околу себе кога ќе приближи смртта. Може да биде тешко да се размислува за желбите при крај на животот. Размислете што би ви било најважно тогаш. Можеби ќе сакате да размислите кои духовни, верски или културни традиции се важни за вас или што би можело да помогне да бидете спокојни и смирени.

Можете да ги штиклирате сите опции кои се однесуваат на вас. Повеќе детали можете да доставите во доставениот простор.

Примери:

- Јас сум абориџински старешина. Важно е моето семејство и мојата заедница да можат да ги практикуваат светите и вообичаените обичаи од мојата култура пред, за време и по мојата смрт.
- Кога ќе умирам, би сакал(а) во мојата соба да има меко осветлување и медитативна музика. Тоа е средина што ја сметам за смирувачка.
- Кога ќе умирам, не сакам да одам во болница освен ако мојата удобност и достоинство не можат да се одржат дома.
- Јас сум Хиндус и би сакал моето пошироко семејство да биде околу мене за да можат да ги изведат повеќето традиционални ритуали.

Приказната на тета

Тета (64 години) има здравствени проблеми, како што е дијабетес, со години. Нејзините луѓе живеат во Turkey Creek. Доколку таа многу се разболи, би сакала незината ќерка, Карол, да ја однесе на традиционалната земја ако таа е во состојба да патува и ако тоа не е преголем товар за нејзиното семејство. Запишувањето на ова во нејзиното Упаство за здравствена нега во иднина ѝ дава мир знаејќи дека нејзините желби се јасни.



Дел 4: Моите одлуки за лекување според Упатството за здравствена нега во иднина

Мора да донесете барем една одлука за лекување во Дел 4 за да подготвите полноважно Упатство за здравствена нега во иднина. Пречкртајте ги сите делови кои не сакате да ги пополните.

Можете да го користите Дел 4 за да донесете одлуки за идно лекување што го сакате или не го сакате. Ова вклучува видови на лекување или интервенции кои може да се користат за да ве одржат во живот. Тие се нарекуваат „третмани за одржување во живот“. Можете исто така да одлучите дали сакате да учествувате во медицински истражувања во иднина. Стручните здравствени лица мора да ги следат одлуките што сте ги навеле во Дел 4.

Третман е било каква медицинска или хируршка постапка, вклучувајќи палијативна нега и мерки за одржување во живот, стоматолошки третман или други видови на здравствена нега.

Одлука за третман во Упатството за здравствена нега во иднина е одлука да се даде или да не се даде согласност за започнување или продолжување на каков бил третман.

Сесрдно се препорачува да разговарате за одлуките за ваш третман со вашиот доктор пред да го пополните вашето Упатство за здравствена нега во иднина.

Вашиот доктор и другите стручни здравствени лица можат да ве информираат за опциите за третман и како тие би можеле да влијаат на вас.

4.1 Одлуки во врска со третмани за одржување во живот

Пречкртајте го ова прашање ако не сакате да го одговорите. Забелешка: Мора да донесете барем една одлука за лекување во Дел 4 за да подготвите полноважно Упатство за здравствена нега во иднина.

Во Дел 4.1 од вас се бара да донесете одлуки за третмани или интервенции за одржување во живот кои сакате или не сакате да ги добивате во иднина. Овие информации ќе се користат само ако станете неспособни да донесувате или соопштувате одлуки.

Кога донесувате одлуки кои видови на третмани за одржување во живот ги сакате или не ги сакате, размислете за работите кои ги наведовите како важни за вас во [Дел 3: Моите вредности и желби](#).

За помош околу пополнувањето на овој дел од формуларот, разговарајте со вашиот доктор и/или други стручни здравствени лица за следните работи:

- кои различни третмани за одржување во живот можеби ќе ви бидат потребни во иднина
- ризиците и несаканите ефекти од можни третмани за одржување во живот
- како различни третмани за одржување во живот може да влијаат на вашето долгорочно здравје и квалитет на животот.



Освен при некои ограничени исклучоци, стручните здравствени лица мора да ги следат вашите упатства за третман за одржување во живот. Меѓутоа, само затоа што сте го пополниле Дел 4.1 не значи дека дефинитивно ќе ви требаат или ќе ги добиете третманите што сте ги избрале. Ако третманот нема да ви користи, вашиот доктор не е обврзан да го обезбеди. За повеќе информации во врска со третмани за одржување во живот, видете под [Често поставувани прашања](#) во Дел 3: Корисни информации.

Во Делот 4.1 има 5 опции. Можете да изберете само една.

- **Опција 1:** Се согласувам да ги примам сите третмани наменети за одржување или продолжување на мојот живот.
- **Опција 2:** Се согласувам да ги примам сите третмани наменети за одржување или продолжување на мојот живот, освен ако е очигледно дека мојата здравствена состојба е толку лоша поради повреда или болест и нема разумни изгледи за мое опоравување до степен до кој можам да преживеам без постојан третман за одржување во живот. Во таква ситуација, ја повлекувам мојата согласност за третман за одржување во живот.
- **Опција 3:** Одбивам да дадам согласност за каков било третман наменет за одржување или продолжување на мојот живот.
- **Опција 4:** Ги донесувам следните одлуки во врска со специфични третмани за одржување во живот како што е прикажано во табелата подолу.
- **Опција 5:** Не можам да одлучам во овој момент.

Вашите одлуки во Делот 4.1 се однесуваат само на третмани за одржување во животот. Стручните здравствени лица ќе продолжат да ве негуваат за да ви ја намалат болката и да ви биде удобно (т.е. палијативна нега), дури и ако одлучите да одбиете третман за одржување во живот.

Ако не сакате да добивате палијативна нега, тоа мора да го наведете во Делот 4.2.

Ако ја изберете опцијата 4, ќе треба да донесете одлуки за различните видови на третман за одржување во животот што сакате или не сакате да го добивате.



Секој има свој став за тоа какви третмани сака или не сака да прима. Примерите подолу може да ви помогнат додека ги разгледувате вашите опции. Можеби исто така ќе сакате да дадете повеќе детали. Можете да ја изберете опцијата 5 ако сè уште не сте подготвени да донесете одлука за третмани за одржување во живот што сакате или не сакате да ги имате во иднина.

Примери

Пример: Опција 1 – Приказната на Нејтан

- Нејтан имаше срцев удар пред 5 недели. Неговиот доктор по општа пракса (GP) му рекол дека постои голема веројатност дека ќе му треба операција на срцето. Нејтан би сакал да има каков бил третман кој би можел да го одржи или да му го продолжи животот.
- **Нејтан избира: Опција 1 – Се согласувам да ги примам сите третмани наменети за одржување или продолжување на мојот живот.**

Пример: Опција 2 – Приказната на Линда

- На Линда и е дијагностицирана бубрежна болест. Нејзината мајка починала од откажување на бубрезите. Линда се сеќава дека на нејзината мајка многу ѝ се гадело кон крајот на животот. Таа се сеќава дека гадењето се влошило со третманите кои мајка ѝ ги примала за предстојечката болест, иако немало разумни изгледи дека ќе оздрави. Линда не го сака ова за себе.
- **Линда избира: Опција 2 – Се согласувам да ги примам сите третмани наменети за одржување или продолжување на мојот живот, освен ако е очигледно дека мојата здравствена состојба е толку лоша поради повреда или болест и нема разумни изгледи за мое опоравување до степен до кој можам да преживеам без постојани третмани за одржување во живот. Во таква ситуација, ја повлекувам мојата согласност за третмани за одржување во живот.**

Пример: Опција 3 – Приказната на Миа

- Миа претходно беше лекувана од рак на дојката. Штотуку ѝ беше кажано дека ракот се вратил и е многу малку веројатно дека третманот ќе ѝ го продолжи животот после следните неколку месеци.
- Пријателката на Миа имала рак на дојка, а Миа има многу цврсто мислење за хемотерапијата што пријателката ја примала и која ѝ го продолжила не само животот туку и нејзиното страдање. Миа одлучи дека овој пат не сака повеќе да прима никаков третман кој би го одложил нејзината смрт и сака нејзините стручни здравствени лица да се фокусираат на тоа да се чувствува што е можно поудобно и без болка.
- **Миа избира: Опција 3 – Одбивам да дадам согласност за каков било третман наменет за одржување или продолжување на мојот живот.**

Пример: Опција 4 – Приказната на Петар

- На Петар му е дијагностицирана хронична опструктивна белодробна болест (хронична болест на белите дробови). Тој има 70 години и знае дека неговата состојба само ќе се влошува. Иако чувствува дека сè уште може да има добар квалитет на живот додека живее дома, дури и ако тоа значи користење кислород, тој не сака постојано да биде на вентилатор во старечки дом или болница.
- **Петар избира: Опција 4 – Ги донесувам следните одлуки во врска со специфичните третмани за одржување во живот како што е прикажано во табелата подолу.**
 - Тој го штиклира полето (В) за асистирани вентилација и ги дава следните детали: Само ако е привремено и ако можам после тоа да се вратам дома, дури и со кислород. Не сакам постојано да бидам на вентилатор во болница или старечки дом.
 - Тој го штиклира полето (С) за сите други третмани: Ги одбивам сите други третмани за одржување во живот.

Пример: Опција 5 – Приказната на Вилијам

- Вилијам има 25 години и никогаш не доживеал смрт на близок член на семејството или не доживеал некој негов близок да има потреба од третман за одржување во живот.
- **Вилијам избира: Опција 5 – Не можам да одлучам во овој момент.**

4.2 Одлуки за други видови на лекување

Пречкртајте го ова прашање ако не сакате да го одговорите. Забелешка: Мора да донесете барем една одлука за лекување во Дел 4 за да подготвите полноважно Упатство за здравствена нега во иднина.

Во Дел 4.1 од вас се бара да донесете одлуки за други видови на лекување (освен третманите со кои ќе ве одржуваат во живот во Дел 4.1) што сакате или не сакате да ги имате во иднина. Овие информации ќе се користат само ако не можете сами да донесувате или соопштувате одлуки.

Други видови на лекување може да вклучуваат лекови кои се користат за спречување на одредени здравствени состојби (на пр. аспирин, третмани за холестерол) или трансфузија на крв.

Ако наведете одлука за одреден третман, треба да ги опишете околностите под кои би сакале или не би сакале да го добивате тој третман.

На пример, ако не сакате да примате аспирин, дали тоа е во секакви или само во одредени околности?

Можете да доставите детали во дадените полиња. Ако ви треба повеќе простор, пополнете ги дополнителните страници во [Дел 4.2 – Одлуки за други видови на лекување](#) кои се наоѓаат во овој прирачник и прикачете ги на Дел 4.2 во вашето Упатство за здравствена нега во иднина.

За повеќе информации како да додате страници во вашето Упатство за здравствена нега во иднина, видете под [Често поставувани прашања](#) во Дел 3: Корисни информации.

Примери

Здравствена состојба	Моите одлуки за лекување
Имам многу висок холестерол	Не ми давајте инхибитори за апсорпција на холестерол. Не можам да ги поднесам придружните ефекти.
Во сите околности	Не ми давајте трансфузија на крв или какви било крвни продукти. Тоа е против мојата вера.
Редовно имам мигрена	Не ми давајте аспирин. Тој ми предизвикува болки во стомакот.

4.3 Медицински истражувања

Пречкртајте го ова прашање ако не сакате да го одговорите. Забелешка: Мора да донесете барем една одлука за лекување во Дел 4 за да подготвите полноважно Упатство за здравствена нега во иднина.

Во Дел 4.3 од вас се бара да донесете одлуки за вашето учество во медицински истражувања. Овие информации ќе се користат само ако не можете сами да донесувате или соопштувате одлуки.

Учеството во медицинските истражувања може да помогне во подобрување на медицинското и научното создавање за спречување, откривање и/или лекување на болести. Во Дел 4.3 се наведени различни видови на медицински истражувачки активности. Можете да ги штиклирате околностите во кои се согласувате или не се согласувате да учествувате во наведените медицински истражувачки активности. Во табелата подолу се прикажани примери за секоја медицинска истражувачка активност наведена во Дел 4.3.

Медицинските истражувања мора да се спроведуваат според строги упатства и со одобрение од комисија на експерти за истражувања во кои се вклучени луѓе (Human Research Ethics Committee (Одбор за етика во истражување во кое се вклучени луѓе)) и кои се во согласност со *National Statement on Ethical Conduct in Human Research* (Национална изјава за етичко однесување во истражување во кое се вклучени луѓе).

Ако се согласите да учествувате во идни медицински истражувања, ова се однесува само на истражувања кои се одобрени од Одборот за истражување на луѓе и кои ги следат националните упатства за истражување. За повеќе информации за медицинските истражувања, посетете ја веб-страницата на Office of the Public Advocate (Канцеларија на јавниот застапник) на publicadvocate.wa.gov.au. Во [Common terms](#) (Често користени термини) во Дел 3: Корисни информации, исто така, има повеќе информации.



Истражувачки активности	Пример на овој вид на истражување
Употреба на опрема или уред	Тестирање на ефикасноста на нови видови на маски за кислород или пејсмејкер.
Доставување на здравствена нега која сè уште не ја добила поддршката од значителен број доктори од оваа област на здравствена нега	Испробување на нов лек или нов тип на опрема за кои досега се покажало дека се ефикасни само во истражување во кое учествувале мал број пациенти.
Доставување на здравствена нега за да се направи споредбена проценка	Истражување со кое се споредуваат ефектите на 2 различни лекови или третмани врз некоја болест. Во овој тип на истражување, една група пациенти добива еден третман, а втора група пациенти добива различен третман.
Земање примероци од крв	Истражување кое вклучува земање крв за да може да се испита во лабораторија дали има промени, на пример, промени во бројот или типот на крвни зрнца.
Земање примероци од ткиво или телесни течности, вклучувајќи од устата, грлото, носната шуплина, очите или ушите	Правење биопсија на бенка или пеге (при што дел од бенката или пегите се отсекуваат под локална анестезија) за да се провери дали има знаци на рак на кожата. Земање брис од внатрешноста на носот за да се провери дали има вирус или бактерии.
Било каков безболан преглед на уста, грло, носна шуплина, очи или уши	Осветлување на ушите, очите или устата за да се провери дали има некакви промени или знаци на болест.
Безболан преглед на висина, тежина или вид	Користење на вага за да се измери лицето. Очен преглед за да се провери видот на лицето.
Набљудување	Тестови со кои се оценува дишењето или колку лесно се движи едно лице додека изведува различни видови на активности.
Учествување во анкета, интервју или фокусна група	Одговорање на прашања на хартија или онлајн за лекување или нега. Присуствување на интервју или состанок на мала група за споделување идеи за тоа што би можело да ја подобри негата.
Собирање, користење или давање на информации на други, вклучувајќи лични податоци	Истражување во кое информациите од медицинските досиеја на пациенти се споделуваат (со дозвола на пациентите) со истражувачи, заедно со информациите од досиеја на други пациенти за да се разберат разликите и сличностите помеѓу групи на пациенти, на пример, колку често лица со одредена болест се примаат во болница во период од 10 години.
Разгледување или оценување на примероци или информации земени како дел од која било активност наведена погоре	Споредба на резултати од тестови на крв од различни пациенти за да се најдат сличности и разлики како дел од истражувањето со цел да се разбере болеста и како таа се лекува.

Дел 5: Лица кои ми помогнаа да го пополнам Упатството за здравствена нега во иднина

Можете да изберете да одговорите на некои, на сите или на ниту едно од прашањата во Дел 5. Пречкртајте ги сите прашања на кои не сакате да одговорите.

За некои прашања можеби ќе треба да внесете дополнителни информации во вашето Упатство за здравствена нега во иднина (на пример, потврда од преведувач).

Можете да го користите Дел 5 за да ги наведете лицата кои ви помогнале да го пополните вашето Упатство за здравствена нега во иднина.

5.1 Дали користевте услуги од преведувач кога го пополнувавте формуларот?

Во Дел 5.1 од вас се бара да кажете дали сте ангажирале преведувач кога го пополнувавте вашето Упатство за здравствена нега во иднина.

За ова прашање има 3 опции:

- **Опција 1: Англискиот ми е мајчин јазик – немаше потреба да ангажирам преведувач.** Изберете ја оваа опција ако сте сигурни во користењето на англискиот јазик и не ангажиравте преведувач кога го пополнувавте формуларот.
- **Опција 2: Англискиот не ми е мајчин јазик – ангажирав преведувач при пополнувањето на ова Упатство за здравствена нега во иднина и приложив потврда од преведувачот.** Изберете ја оваа опција ако сте користеле преведувач да ви го преведе овој формулар. Треба да ја пополните [translator statement \(потврда од преведувачот\)](#) која се наоѓа во овој прирачник и да ја прикачете на Дел 5.1 во вашето Упатство за здравствена нега во иднина.
- **Опција 3: Англискиот не ми е мајчин јазик – не ангажирав преведувач при пополнувањето на ова Упатство за здравствена нега во иднина.** Изберете ја оваа опција ако англискиот не ви е мајчин јазик но сте го пополниле формуларот без помош од преведувач.

Можете да штиклирате само едно поле или да го пречкртате ова прашање ако не сакате да го одговорите.

Ако ја изберете Опцијата 2, се препорачува вие и вашиот преведувач да видите под [Често поставувани прашања](#) во Дел 3: Корисни информации во врска со повеќе информации за користење на преведувач.

Ако ја изберете Опцијата 2 – вие и вашиот преведувач треба да ја пополните потврдата од преведувачот која се наоѓа во овој прирачник и да ја прикачете на вашето Упатство за здравствена нега во иднина.



5.2 Дали сте направиле Трајно полномоштво за старателство (EPG)?

Во Дел 5.1 од вас се бара да наведете информации дали сте направиле Трајно полномоштво за старателство.

Трајно полномоштво за старателство е законски документ кој ви овозможува да именувате и законски да назначите едно или повеќе лица да донесуваат одлуки за начинот на живот и здравствената нега наместо вас, доколку повеќе не сте способни да донесувате или да ги соопштувате таквите одлуки. Ако направите Трајно полномоштво за старателство, сесрдно се препорачува да ги вклучите деталите во вашето Упатство за здравствена нега во иднина.

Лицето кое ќе го назначите да донесува одлуки во ваше име се вика траен старател.

Трајниот старател не може да ги поништи одлуките донесени во вашето Упатство за здравствена нега во иднина, освен во посебни околности (на пример, ако се достапни нови опции за лекување што не постоеле кога сте го пополниле вашето Упатство за здравствена нега во иднина).

Можете да штиклирате само едно поле или да го пречкртате ова прашање ако не сакате да го одговорите. Доколку ја изберете Опцијата 2, треба да вклучите поединости за вашето Трајно полномоштво за старателство и трајниот старател.

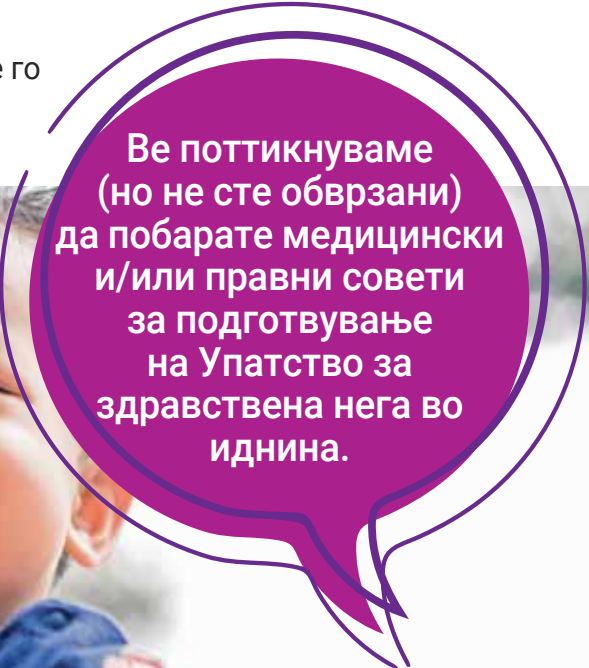
За повеќе информации во врска со Трајно полномоштво за старателство и како да назначите траен старател, видете под [Често поставувани прашања](#) во Дел 3: Корисни информации.

5.3 Дали побаравте медицински и/или правни совети за да го подготвите ова Упатство за здравствена нега во иднина?

Во Дел 5.3 од вас се бара да дадете податоци за какви било медицински и/или правни совети што сте ги добиле кога го подготвувате ова Упатство за здравствена нега во иднина.

Можеби ќе ви биде од корист да побарате медицински и/или правни совети за да се уверите себеси и вашите најблиски дека одлуките што ги донесувате во вашето Упатство за здравствена нега во иднина се во ваш најдобар интерес и се соодветни за вашата здравствена состојба.

Можете да штиклирате само едно поле за медицински совети и само едно поле за правни совети. Пречкртајте го прашањето ако не сакате да го одговорите.



Ве поттикнуваме (но не сте обврзани) да побарате медицински и/или правни совети за подготвување на Упатство за здравствена нега во иднина.



Дел 6: Потпис и сведоци на потпишување

Мора да го пополните овој дел од Упатството за здравствена нега во иднина и мора да исполнувате одредени барања во врска со сведоци на потпишувањето.

За да се осигурате дека вашето Упатство за здравствена нега во иднина е полноважно, мора да ги исполнувате следните барања во врска со потпишување и сведоци на потпишувањето на вашето Упатството за здравствена нега во иднина.

- Мора да го потпишете Упатството за здравствена нега во иднина во присуство на два сведоци. Двата сведоци мора да ве видат кога го потпишувате Упатството за здравствена нега во иднина.
- Сведоците мора исто така да го потпишат Упатството за здравствена нега во иднина. Треба да гледате кога двајцата сведоци го потпишуваат Упатството за здравствена нега во иднина. Секој сведок мора да гледа додека другиот сведок го потпишува Упатството за здравствена нега во иднина.
- Двајцата сведоци мора да бидат на возраст од најмалку 18 години и да имаат целосна правна способност.
- Еден од сведоците мора да биде лице кое овластено да биде сведок на потпишување на законски изјави.

За детален список на лица овластени да бидат сведоци на потпишување на законски изјави во Западна Австралија, можете да погледнете во *Oaths, Affidavits and Statutory Declarations Act 2005* (Законот за заклетви, писмени потврди под заклетва и законски изјави од 2005 година), Додаток 2 на

wa.gov.au/government/publications/authorised-witnesses-statutory-declarations.

Поедноставениот список на овластени лица вклучува:

- Професор (на факултет)
- Сметководител
- Архитект
- Службеник во австралиски конзулат
- Службеник на австралиска дипломатска мисија
- Судски редар
- Управник во банка
- Квалификуван секретар
- Аптекар
- Хиропрактикатор
- Ревизор или ликвидатор на компанија
- Судски службеник
- Службеник во одбрамбените сили
- Стоматолог
- Доктор
- Изборен службеник на пратеник во државниот парламент
- Инженер
- Секретар на индустриска организација
- Агент на осигурителна компанија
- Овластено лице за заверување на документи
- Службеник во Landgate
- Адвокат
- Генерален директор или заменик генерален директор на локалната управа
- Советник во локалната управа
- Проценител на штета
- Овластено лице за склучување на брак
- Пратеник во парламентот
- Акушерка
- Свештено лице
- Медицинска сестра/медицински брат
- Оптометрист
- Парамедицински работник
- Траен застапник на пациент
- Физиотерапевт
- Подијатар
- Полициски службеник
- Управник на пошта
- Психолог
- Нотар
- Државен службеник (во Комонвелтот или државата)
- Агент за недвижности
- Агент за купопродажба на недвижен имот
- Шериф или заменик шериф
- Проценувач на вредноста на недвижен имот
- Наставник
- Службеник во трибунал
- Ветеринарен хирург.

Кога давате податоци за адресата на вашите сведоци, напишете ја уличната адреса, а не поштенскиот фах (Post Office (PO) Box). Уличната адреса може да биде деловна адреса, адреса на работно место или домашна адреса на сведокот.

За повеќе информации во врска со улогата и обврските на сведоците, видете под [Често поставувани прашања](#) во Дел 3: Корисни информации.

Што ако не сум во состојба да го потпишам моето Упатство за здравствена нега во иднина?

Ако не можете да го потпишете вашето Упатство за здравствена нега во иднина, можете да го означите со било каков знак, вклучувајќи иницијал, крст или отпечаток од палец.

Ако користите знак, не потпис, ќе треба да ја пополните клаузулата за потпишување со знак (marksman clause) која се наоѓа во овој прирачник и да ја прикачите на Дел 6 во вашето Упатство за здравствена нега во иднина. Ако вклучите клаузула за потпишување со знак, се препорачува да побарате правен совет (од адвокат или служба за правна помош во заедницата).

За повеќе информации во врска со пополнување на Упатството за здравствена нега во иднина ако имате оштетен вид или ако не можете да читате и/или пишувате, видете под [Често поставувани прашања](#) во Дел 3: Корисни информации.



Дел 3: Корисни информации

Овој дел содржи често поставувани прашања и список за проверка за подготовка, пополнување и чување на вашето Упатство за здравствена нега во иднина. Исто така, вклучува често користени термини и каде да се обратите за повеќе информации.

Често поставувани прашања

Овој дел содржи одговори на некои од често поставуваните прашања во врска со подготвување на Упатство за здравствена нега во иднина.

Општо

Кога ќе се користи моето Упатство за здравствена нега во иднина?

Вашето Упатство за здравствена нега во иднина ќе се користи само тогаш кога не ќе бидете способни да донесувате и/или да соопштувате одлуки за вашето лекување и здравствена нега и доколку тоа се однесува на лекувањето што ви е потребно.

Колку долго ќе биде полноважно моето Упатство за здравствена нега во иднина?

Одлуките кои ќе ги донесете во вашето Упатство за здравствена нега во иднина ќе бидат важечки:

- додека не умрете или
- додека не го отповикате (или поништите) вашето Упатство за здравствена нега во иднина или
- додека опциите за лекување наведени во вашето Упатство за здравствена нега во иднина се соодветни. Вашето Упатство за здравствена нега во иднина нема да важи за нови опции за лекување кои може да бидат достапни откако ќе го пополните Упатството за здравствена нега во иднина.

Ако користев стар образец за моето Упатство за здравствена нега во иднина, дали тоа сè уште е полноважно?

Да. Ако сте подготвиле Упатство за здравствена нега во иднина користејќи стара верзија на формуларот пред 4^{ти} февруари 2023 и сте ги следеле сите законски барања за пополнување на формуларот, упатството и понатаму ќе биде важечко.

Дали треба да го регистрирам моето Упатство за здравствена нега во иднина?

Не. Не сте законски обврзани да го регистрирате вашето Упатство за здравствена нега во иднина. Се препорачува да ги информирате лицата кои ви се блиски и оние кои се вклучени во вашата нега дека сте подготвиле Упатство за здравствена нега во иднина и да споделите копија со нив. За повеќе информации, видете [Што треба да направам со моето пополнето Упатство за здравствена нега во иднина?](#)

Дали моето стручно здравствено лице секогаш треба да ги следи моите одлуки во моето Упатство за здравствена нега во иднина?

Да. Во повеќето ситуации, ако станете неспособни да донесувате или соопштувате одлуки за вашето лекување и нега, стручните здравствени лица мора да ги следат одлуките во вашето Упатство за здравствена нега во иднина, освен во некои ограничени исклучителни ситуации. Ограничена исклучителна ситуација може да се појави ако:

- околностите кои се соодветни за вашето лекување според вашата одлука се измениле откако сте ја донеле одлуката за лекување и
- не сте можеле во разумни граници да ги предвидите тие промени кога сте го подготвиле вашето Упатство за здравствена нега во иднина и
- е веројатно дека разумно лице кое знае за променетите околности би го променило своето мислење за одлуката за лекување.

Колку често и кога треба повторно да го разгледувам моето Упатство за здравствена нега во иднина?

Се препорачува да го прегледувате вашето Упатство за здравствена нега во иднина секои 2 до 5 години или доколку се променат вашите околности. На пример, ако ви е дијагностицирана нова хронична и/или болест што го ограничува животот, можеби ќе сакате да го прегледате вашето Упатство за здравствена нега во иднина порано од 2 до 5 години.

Која е разликата меѓу планирањето на негата во иднина, Формуларот за вредности и желби, Планот за нега во иднина и Упатството за здравствена нега во иднина?

Планирање на негата во иднина е доброволен процес на планирање за идна здравствена и лична нега, со кој се познати вашите вредности, мислења и желби кои ќе упатуваат да се донесуваат одлуки за идно време кога не ќе можете да донесувате или да ги соопштувате вашите одлуки.

Во склоп на овој процес, можете да изберете да пополнете документ за планирање на негата во иднина за да ги запишете вашите вредности, мислења, желби и одлуки за лекување. Во Западна Австралија, документите за планирање на негата во иднина ги вклучуваат:

- **Values and Preferences Form: Planning for my future care (Формулар за вредности и желби: Планирање на мојата идна нега)**, е документ во кој можете да запишете што е вредно за вас и што сакате во врска со вашата нега во иднина вклучувајќи каде сакате да живеете и други работи кои ви се важни. Овој документ може да се смета како Common Law Directive (Упатство според обичајното право) (за повеќе информации, видете подолу [Која е разликата меѓу Упатство според обичајното право и Упатство за здравствена нега во иднина?](#)).
- **Advance Care Plan for someone with insufficient decision-making capacity (План за нега во иднина за лице со недоволен капацитет за донесување на одлуки)** е документ напишан во ваше име од еден или повеќе официјални донесувачи на одлуки кои имаат блиска и постојана врска со вас (т.е. лицето кое е прво на списокот на донесувачи на одлуки за лекување кој е достапен и подготвен да донесува одлуки). Овој документ може да се користи за да ги насочува донесувачите на одлуки и стручните здравствени лица кога донесуваат одлуки за медицинско лекување во ваше име, доколку немате полноважно Упатство за здравствена нега во иднина или Формулар за вредности и желби. Тој треба да се користи само кога лицето повеќе не е способно да донесува одлуки за да пополни Формулар за вредности и желби или Упатство за здравствена нега во иднина. Овој документ не е правосилен и не е документ во кој лицето може да даде законска согласност за лекување или да одбие лекување. Неправосилните документи не се признати со конкретни закони.
- **Упатство за здравствена нега во иднина** е законски запис на вашите одлуки за лекување што сакате или не сакате да го добиете доколку се разболите или повредите во иднина. Тоа може да го направи само лице на возраст над 18 години кое е способно да донесува и да ги соопштува сопствените одлуки. Упатството за здравствена нега во иднина е правосилен документ признат со законодавството. Правосилните документи се најцврст и најофицијален начин да ги запишете вашите желби.

Која е разликата меѓу Упатството според обичајното право и Упатството за здравствена нега во иднина?

Упатствата според обичајното право се писмени или усни комуникации со кои се пренесуваат желбите на лицето во врска со здравствена и лична нега во иднина што треба или не треба да му се обезбеди во конкретни околности во иднина. Не постојат формални барања во однос на Упатствата според обичајното право. Може да има значителни потешкотии во утврдувањето дали одредено Упатството според обичајното право е законски полноважно и применливо. Поради оваа причина, тие не се препорачуваат за донесување одлуки за лекување.

Упатство за здравствена нега во иднина е правен запис за вашите одлуки за лекување што сакате или не сакате да го добиете доколку се разболите или повредите во иднина. Тоа може да го направи само лице на возраст над 18 години кое е способно да донесува и да ги соопштува сопствените одлуки. Упатството за здравствена нега во иднина е правосилен документ признат со законодавството. Правосилните документи се најцврстиот и најофицијалниот начин да ги запишете вашите желби.

Сведоци на потпишување, потписи и споделување

Дали може да бидам принуден(а) да потпишам Упатство за здравствена нега во иднина против моја волја?

Не. Сите одлуки за лекување внесени во Упатство за здравствена нега во иднина мора да се донесат доброволно. Одлука за лекување која е наметната/донесена против ваша волја под присила или принуда не е полноважна.

Ако член на семејството или здравствен работник се сомнева дека Упатството за здравствена нега во иднина не било подготвено доброволно или било под влијание на присила или принуда, треба да поднесе барање до State Administrative Tribunal (Државен административен трибунал) според *Guardianship and Administration Act 1990* (Закон за старателство и администрација од 1990 година) за да се утврди неговата полноважност.

Дали можам да го замолам мојот доктор да биде сведок на потпишувањето на моето Упатство за здравствена нега во иднина?

Да. Можете да го замолите вашиот доктор да биде сведок на потпишувањето на вашето Упатство за здравствена нега во иднина. Вашиот доктор мора да се потпише како сведок во присуство на друг сведок (кој исто така треба да биде на возраст над 18 години).

Дали можам да замолам член на семејството да биде сведок на потпишувањето на моето Упатство за здравствена нега во иднина?

Да. Сепак се препорачува да се избераат независни сведоци наместо членови на семејството.

Дали можам да го замолам мојот преведувач да биде сведок на потпишувањето на моето Упатство за здравствена нега во иднина?

Не. Ако сте користеле услуги на преведувач при подготвувањето на вашето Упатство за здравствена нега во иднина, тој/таа не може да биде сведок на вашиот потпис на Упатството за здравствена нега во иднина.

Дали треба да им кажам на луѓето дека подготвив Упатство за здравствена нега во иднина?

Сесрдно се препорачува да им кажете на блиските луѓе и на луѓето кои се вклучени во вашата нега дека сте направиле Упатство за здравствена нега во иднина и да споделите копија со нив. Кажете им каде го чувате вашето Упатство за здравствена нега во иднина, за да можат лесно да го најдат доколку е потребно во иднина.

Дополнувања, промени, вклучувања и укинување (поништување)

Дали можам да вклучам дополнителни страници во моето Упатство за здравствена нега во иднина?

Да. Можете да додадете повеќе информации во вашето Упатство за здравствена нега во иднина сè додека го правите тоа пред упатството да биде потпишано и посведочено. Дополнителни страници не можете да додавате откако вашето Упатство за здравствена нега во иднина ќе биде посведочено и потпишано.

Како можам да додадам страници во моето Упатство за здравствена нега во иднина?

За да додадете страници во вашето Упатство за здравствена нега во иднина, проверете дали:

- користите формат соодветен на соодветниот дел во Упатството за здравствена нега во иднина во кој додавате страници
 - ако додавате страници во Дел 4.2, можете да користите [дополнителни страници за Дел 4.2 – Други одлуки за лекување](#) кои се наоѓаат во овој прирачник
 - ако додавате потврда од преведувачот, користете [потврда од преведувач](#) која се наоѓа во овој прирачник и прикачете ја во Дел 5.1
 - ако додавате клаузула за потпишување со знак, користете ја [клаузулата за потпишување со знак](#) која се наоѓа во овој прирачник и прикачете ја во Дел 6
- физички сте ги прикачиле (на пример, со спојница (staple)) дополнителните страници на соодветниот дел во Упатството за здравствена нега во иднина
- сте се потпишале и ставиле датум на дното на дополнителните страници кога ќе го потпишувате Упатството за здравствена нега во иднина (Дел 6) пред вашите сведоци.

Погрижете се вашите сведоци:

- да се потпишат на дното на сите дополнителни страници прикачени на Упатството за здравствена нега во иднина во исто време кога се потпишуваат во Дел 6.



Дали може да направам дополнувања и/или измени на одлуките во моето Упатство за здравствена нега во иднина откако тоа ќе биде потпишано и посведочено?

Не. Не можете да додавате и/или менувате одлуки во вашето Упатство за здравствена нега во иднина откако тоа ќе биде потпишано и посведочено.

Ако треба да го измените вашето Упатство за здравствена нега во иднина, треба да го отповикате (или поништите) вашето тековно Упатство за здравствена нега во иднина и да подготвите ново.

Што ќе се случи ако ја сменам мојата адреса или податоците за контакт откако моето Упатство за здравствена нега во иднина е потпишано и посведочено?

Вашето Упатство за здравствена нега во иднина и понатаму ќе биде полноважно ако ја промените вашата адреса и/или податоците за контакт. Ако се изменат само вашите лични податоци, нема потреба да го отповикате (или поништите) вашето Упатство за здравствена нега во иднина. Едноставно можете да им ги кажете вашите нови лични податоци на лицата кои имаат копија од вашето Упатство за здравствена нега во иднина.

Како можам да го отповикам (или поништам) моето Упатство за здравствена нега во иднина?

За да го отповикате Упатството за здравствена нега во иднина, мора да имате целосна правна способност за донесување на одлуки. Законот обезбедува заштитни мерки за да се осигура дека Упатствата за здравствена нега во иднина не можат да се подготвуваат, менуваат или отповикаат доколку лицето нема правна способност за донесување на одлуки.

Во Упатството за здравствена нега во иднина има изјава која ви овозможува да укажете дека отповикувате претходна верзија.

Одделот за здравство на Западна Австралија препорачува да им пишете на сите (луѓе и организации) за да им кажете дека сте го отповикале (поништиле) вашето Упатство за здравствена нега во иднина. Ова може да го вклучува вашиот доктор по општа пракса (GP), други стручни здравствени лица, доставувачи на здравствена нега, членови на семејството и/или пријатели кои моментално имаат копија од вашето Упатство за здравствена нега во иднина.

Секој што има стара копија од вашето Упатство за здравствена нега во иднина треба да ви ја врати и вие треба да ги уништите старите копии.

Дали во Упатството за здравствена нега во иднина може да се вклучи дозвола за дарување на органи и ткиво?

Не. Упатството за здравствена нега во иднина не може да се користи за официјално запишување дека сте заинтересирани да дарувате органи и ткиво. Дарувањето на органи и ткиво треба да биде официјално заведено на donatelife.gov.au. Исто така, важно е да разговарате со членовите на семејството за вашите одлуки за дарување органи и ткиво, бидејќи од роднините ќе биде побарано да се согласат на тоа доколку умрете.

Дали можам да дадам согласност за доброволно потпомогнато умирање во моето Упатство за здравствена нега во иднина?

Не. Доброволно потпомогнато умирање (health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying) е законска опција за жителите на Западна Австралија кои ги исполнуваат потребните услови за тоа. Во Упатството за здравствена нега во иднина не е возможно да се вклучи доброволно потпомогнато умирање, но ако тоа е нешто што може да го земете во предвид како опција, можете да разговарате со вашиот доставувач на здравствена нега или да ја контактирате WA VAD Statewide Care Navigator Service (Државна служба на Западна Австралија за информации и помош за доброволно потпомогнато умирање). Лицата кои работат во службата се квалификувани здравствени работници со големо знаење во врска со доброволното потпомогнато умирање како избор на крајот на животот. Тие имаат долгогодишно искуство во однос на давање поддршка на пациенти, семејства и стручни здравствени лица.

Дали Упатството за здравствена нега во иднина е достапно на други јазици?

Не. Упатството за здравствена нега во иднина е достапно само на англиски јазик и за да може тоа да биде полноважно, вашите одговори мора да се напишани на англиски јазик. Овој прирачник и други информации во врска со планирање на негата во иднина се достапни на повеќе јазици. За повеќе информации, погледнете на healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives.

Дали можам да користам преведувач да ми помогне со моето Упатство за здравствена нега во иднина?

Да, можете да користите услуги на преведувач кога го подготвувате Упатството за здравствена нега во иднина. Се препорачува вашиот преведувач да е квалификуван и/или лиценциран да преведува. Видете во [Дел 5.1 од Дел 2: Водич чекор по чекор](#). Делот [Каде да се обратите за повеќе информации](#) во овој прирачник содржи информации за тоа каде можете да најдете преведувачки услуги.

Дали можам да побарам од мојот доктор да ангажира преведувач за да можеме да разговараме за моето Упатство за здравствена нега во иднина?

Да. Ако сакате да разговарате за вашето Упатство за здравствена нега во иднина со вашиот доктор (или кое било друго стручно здравствено лице вклучено во вашата нега), можете да побарате да користите преведувачка услуга. Преведувачот може да биде во просторијата со вас или може да го преведува вашиот разговор преку телефон.

Што треба да направиме јас и мојот преведувач за да го пополниме Упатството за здравствена нега во иднина?

Вие и вашиот преведувач треба да ја пополните [потврдата од преведувач](#) која се наоѓа во овој прирачник и да ја прикачете на Дел 5.1 во вашето пополнето Упатство за здравствена нега во иднина.

Како да подготвам Упатство за здравствена нега во иднина ако имам оштетен вид или ако не можам да читам и/или пишувам?

Доколку не можете да читате и/или пишувате, и/или да го потпишете вашето име, тоа не ве спречува да подготвите Упатство за здравствена нега во иднина. Можете да замолите некој да ви го чита Упатството за здравствена нега во иднина (и овој прирачник) и можете да побарате помош да го пополните Упатството за здравствена нега во иднина.

Ако не можете да го потпишете пополнетото Упатство за здравствена нега во иднина, можете да замолите некој друг да се потпише во ваше име. Лицето кое се потпишува во ваше име ќе треба да ја исполни втората опција на страницата за потпишување во Дел 6.

Ако сакате сами да го „потпишете“ Упатството за здравствена нега во иднина со било каков знак, освен потпис, мора да ја пополните [клаузулата за потпишување со знак](#) која се наоѓа во овој прирачник и да ја прикачите на Дел 6 во вашето Упатство за здравствена нега во иднина. Се применуваат истите барања за сведоци ако користите клаузула за потпишување со знак.

Ако вклучите клаузулата за потпишување со знак, се препорачува да побарате правен совет од адвокат или центар за правни совети во заедницата. Во делот [Каде да се обратите за повеќе информации](#) во овој прирачник има повеќе детали каде да се обратите за правни совети.

Третмани за одржување во живот

Што е третман за одржување во живот?

Третманот за одржување во живот е здравствена нега која има за цел да го одржи лицето во живот и/или да остане живо доколку е во опасност од смрт. Примери за третман за одржување на лице во живот се:

- CPR (кардиопулмонална реанимација) (на пример, третман за одржување на срцето да пумпа крв кога ќе престане да чука)
- асистирани вентилација (на пример, машина која ви помага да дишете преку маска на лицето или цевка за дишење)
- вештачка хидрација (на пример, давање на течности преку цевка во вена, ткиво или стомакот)
- вештачко прехранување (на пример, со цевка за прехранување преку носот или стомакот)
- примање на крвни продукти (на пример, трансфузија на крв)
- антибиотици (на пример, лекови за да помогнат во борба против инфекција, кои се даваат со инјекција во уста или капка по капка со цевка).

Трајно полномоштво за старателство

Што е Трајно полномоштво за старателство?

Трајно полномоштво за старателство (Enduring Power of Guardianship - EPG) е законски документ со кој овластувате лице по ваш избор да донесува важни лични одлуки и одлуки за начинот на живот и лекување во ваше име, доколку некогаш не сте способни самите да донесувате или да соопштувате одлуки.

Ова лице е познато како траен старател. Можете да овластите траен старател да донесува одлуки за тоа каде живеете, кои услуги за поддршка можете да користите и какво лекување добивате. Не можете да овластите траен старател да донесува одлуки за вашиот имот или финансиски работи. Може да имате повеќе од еден траен старател, но тие мора да дејствуваат заеднички, што значи дека мора да се договорат за сите одлуки што ги носат во име на лицето.

За повеќе информации во врска со Трајно полномоштво за старателство и трајни старатели, посетете ја веб-страницата на Office of the Public Advocate (Канцеларија на јавниот застапник) на justice.wa.gov.au/epg.

Ако подготвувам Упатство за здравствена нега во иднина, дали исто така треба да направам Трајно полномоштво за старателство?

Не. Не сте обврзани да направите Трајно полномоштво за старателство само затоа што сте подготвиле Упатство за здравствена нега во иднина.

Меѓутоа, со назначување на траен старател, ќе ја зголемите веројатноста дека одлуките донесени во ваше име ќе ги одразуваат вашите вредности, мислења и желби доколку не можете сами да ги донесувате или да ги соопштувате тие одлуки.



Заверени копии и чување

Како да направам заверена копија од моето Упатство за здравствена нега во иднина?

Заверена копија е фотокопија од документ што е заверена од овластен сведок како директна копија на оригиналниот документ. Во Западна Австралија не постои закон што наведува како да се завери копија од документ и/или кој може да го направи тоа.

Сепак, вообичаено е документите да бидат заверени од лице овластено како сведок на законски изјави според Додаток 2 од Законот за заклетви, писмени изјави под заклетва и законски изјави од 2005 година. За повеќе информации во врска со заверување на документи, видете на веб-страницата на Канцеларијата на јавниот застапник на publicadvocate.wa.gov.au или во Department of Justice Information Fact Sheet – Certifying Copies of Documents (Информативен лист на Одделот за правда – Заверување копии од документи) – justice.wa.gov.au.

Што треба да направам со моето пополнето Упатство за здравствена нега во иднина?

Вашето оригинално Упатство за здравствена нега во иднина треба да го чувате на безбедно место.

Копија од вашето Упатство за здравствена нега во иднина може да чувате онлајн на My Health Record (Моја здравствена документација). За да го префрлите вашето Упатство за здравствена нега во иднина на My Health Record, одете на digitalhealth.gov.au.

Се препорачува да ги информирате лицата кои ви се блиски и оние кои се вклучени во вашата нега дека сте подготвиле Упатство за здравствена нега во иднина. Копија од вашето пополнето Упатство за здравствена нега во иднина можете да споделите со онолку блиски луѓе колку што сакате. Тоа може да ги вклучува:

- вашето семејство, пријатели и негуватели
- трајниот старател/трајните старатели
- докторот по општа пракса (GP)/ локалниот доктор
- други специјалисти и/или други стручни здравствени лица
- старечкиот дом
- локалната болница
- стручни правни лица.

Исто така можете да ги користите следните работи за да ги информирате луѓето дека имате Упатство за здравствена нега во иднина:

- да чувате картичка за предупредување (alert card) во врска со Упатството за здравствена нега во иднина во вашиот паричник – оваа картичка можете да ја порачате ако телефонирате на Department of Health Advance Care Planning Line (Телефонска линија за планирање на негата во иднина при Одделот за здравство) на 9222 2300 или со имејл на acp@health.wa.gov.au.
- да носите MedicAlert бразлетна (medicalert.org.au).

Направете список на лицата кои имаат копија од вашето Упатство за здравствена нега во иднина. Ова ќе биде добар потсетник за тоа со кого треба да контактирате ако решите да ги отповикате (поништите) вашите документи во иднина.

Список за проверка за подготвување на Упатство за здравствена нега во иднина

Дејствата со задебелени букви се неопходни за да се осигура полноважноста на вашето Упатство за здравствена нега во иднина.

- Прочитајте го Упатството за здравствена нега во иднина и користете го прирачникот за Упатство за здравствена нега во иднина за да се подготвите и разберете што да земете во предвид кога го пополнувате вашето Упатство за здравствена нега во иднина.
- Размислете што ви е најважно во врска со вашите вредности, здравје и здравствена нега и што ќе ви биде најважно ако сериозно се разболите или повредите во иднина.
- Разговарајте со блиското семејство и пријателите за тоа што е важно за вас и за вашите вредности и желби за здравствена нега, вклучително нега на крајот на животот.
- Побарајте од вашиот доктор да ви ги објасни опциите за третман за одржување во живот кои се наведени во Упатството за здравствена нега во иднина.
- Размислете дали сакате да назначите еден или повеќе трајни старатели да преземат одговорност за одлуките за вашето здравје и работи во врска со начинот на живот. Ако го правите тоа, размислете кого сакате да назначите и разговарајте со нив за вашите желби.
- Размислете како Упатството за здравствена нега во иднина може да влијае на другите документи што сте ги пополниле во врска со планирање на негата во иднина.
- Рачно пополнете ги деталите во вашето Упатство за здравствена нега во иднина или внесете ги во електронскиот PDF формулар.
- Пополнете го Дел 1 – Моите лични податоци.**
- Донесете одлука за барем еден вид на лекување во Дел 4 – Моите одлуки за лекување според Упатството за здравствена нега во иднина.**
- Ако сте ангажирале преведувач да ви помогне да го подготвите вашето Упатство за здравствена нега во иднина, пополнете го Дел 5.1 и пополнете ја потврдата од преведувачот која се наоѓа во овој прирачник и прикачете ја на Дел 5.1 во вашето Упатство за здравствена нега во иднина.
- Пополнете го Дел 6 и потпишете го вашето Упатство за здравствена нега во иднина во присуство на 2 сведоци на возраст од 18 години или постари, вклучително и лице овластено да биде сведок на потпишување на законски изјави во Западна Австралија.**
- Ако сте користеле знак наместо потпис за да го потпишете Упатството за здравствена нега во иднина, пополнете ја клаузула за потпишување со знак која се наоѓа во овој прирачник и прикачете ја на Дел 6 во вашето Упатство за здравствена нега во иднина.**
- Направете заверени копии и префрлите копија на [My Health Record \(myhealthrecord.gov.au\)](http://myhealthrecord.gov.au) за да се осигурате дека вашето Упатство за здравствена нега во иднина е достапно за стручните здравствени лица кои ве лекуваат доколку е потребно.
- Чувајте го оригиналното Упатство за здравствена нега во иднина на безбедно место.
- Дадете им заверени копии од вашето Упатство за здравствена нега во иднина на блиското семејство и пријателите, како и на лицата кои се вклучени во вашата нега.
- Планирајте време (за 2 до 5 години) за повторно да го разгледате вашето Упатство за здравствена нега во иднина или направете го тоа веднаш ако се променат вашите здравствени околности.

Каде да се обратите за повеќе информации

Овој дел се состои од список на организации кои можат да ви помогнат да разберете и подготвите Упатство за здравствена нега во иднина.

Упатства за здравствена нега во иднина

Department of Health WA – Advance Care Planning Information Line (Оддел за здравство на Западна Австралија – Информативна линија за планирање на негата во иднина)

Општи прашања и да нарачате бесплатни помагала за планирање на негата во иднина (на пример, Упатство за здравствена нега во иднина)

Телефон: 9222 2300

Имејл: acp@health.wa.gov.au

Веб-страница: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

Palliative Care Helpline (Дежурна линија за палијативна нега)

Информации и поддршка за прашања во врска планирање на негата во иднина, палијативна нега, тага и загуба

Телефон: 1800 573 299 (од 9 наутро до 5 попладне)

Веб-страница: palliativecarewa.asn.au

Palliative Care WA

Општи прашања, помагала и информации за бесплатни работилници во заедницата за планирање на негата во иднина

Телефон: 1300 551 704 (од понеделник до четврток)

Веб-страница: palliativecarewa.asn.au

Служба на Advance Care Planning Australia за бесплатна поддршка

Општи прашања од стручни здравствени лица и клиенти и поддршка за пополнување на документи за планирање на негата во иднина

Телефон: 1300 208 582 (од понеделник до петок, од 9 наутро до 5 попладне според австралиското источно сметање на времето)

Веб-страница: advancecareplanning.org.au

Трајно полномоштво за старателство

Office of the Public Advocate (Канцеларија на јавниот застапник)

Информации за Трајно полномоштво за старателство, трајни старатели и проценка на капацитет

Телефон: 1300 858 455

Имејл: opa@justice.wa.gov.au

Веб-страница: publicadvocate.wa.gov.au

Медицински совети

За совети, обратете се кај вашиот доктор по општа пракса (GP), специјалист или локален доктор

healthdirect Australia

Телефонска служба за здравствени совети во доверливост. Може да ве упатат кај локален доктор по општа пракса или можете да разговарате со регистрирана медицинска сестра
Телефон: 1800 022 222 (Можете да се јавите во секое време, секој ден во годината)
Веб-страница: healthdirect.gov.au

Правни совети

За совет, обратете се кај вашиот адвокат

Law Society of Western Australia (Здружение на правници на Западна Австралија)

Телефон: 9324 8600

Дел како да се најде упат за адвокат: lawsocietywa.asn.au/find-a-lawyer

Citizens Advice Bureau (Биро за совети на граѓани)

Телефон: 9221 5711

Веб-страница: cabwa.com.au

Community Legal Centres (Правни центри во заедницата)

Телефон: 9221 9322

Веб-страница: communitylegalwa.org.au

Legal Aid WA

Телефон: 1300 650 579

Веб-страница: legalaids.wa.gov.au

Молби за примена на Трајно полномоштво за старателство и Упатства за здравствена нега во иднина

State Administrative Tribunal (SAT) (Државен административен трибунал)

Телефон: 1300 306 017

Веб-страница: sat.justice.wa.gov.au

Ако ви треба писмен или усен преведувач

Ако имате тешкотии да го разберете овој прирачник и би сакале тој да биде преведен на друг јазик, Western Australian Institute of Translators and Interpreters (WAITI) (Институт на Западна Австралија за писмени и усни преведувачи) и National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) (Национална управа за акредитирање на писмени и усни преведувачи) имаат онлајн именици во кои се наведени квалификувани и акредитирани писмени и усни преведувачи кои можат да ви помогнат. Исто така можете да се јавите во Aboriginal Interpreting WA (Агенција на Западна Австралија за усно преведување на абориџински јазици).

Aboriginal Interpreting WA

Телефон: 0439 943 612

Веб-страница: aiwaac.org.au

Ако сте глуви или имате оштетен слух или говор

Користете ја National Relay Service (Националната телекомуникациска служба за лица со оштетен слух или говор) за да телефонираате на било која од агенциите наведени во овој дел. За повеќе информации, посетете: communications.gov.au/accesshub



Често користени термини

Во овој дел се дадени дефиниции на често користени термини во Упатството за здравствена нега во иднина

Планирање на негата во иднина

Доброволен процес на планирање за идна здравствена и лична нега во кој вредностите, мислењата и желбите на лицето се познати за да го насочуваат донесувањето одлуки во идно време кога тоа лице не ќе може да ги донесе или да ги соопшти своите одлуки.

Документи за планирање на негата во иднина

Опсежен термин кој вклучува документи (вклучувајќи правосилни и неправосилни) кои произлегуваат од планирањето на негата во иднина. Во Западна Австралија, ова ги вклучува Упатствата за здравствена нега во иднина, Формуларот за вредности и желби: Планирање за мојата идна нега, Трајните полномоштва за старателство и Планот за нега во иднина за лица со недоволен капацитет за донесување на одлуки.

План за нега во иднина

Документи кои ги доловуваат мислењата, вредностите и желбите на едно лице во однос на идните одлуки за нега, но кои не ги исполнуваат условите да бидат признати како правосилни или според обичајното право поради неспособност на лицето да донесува одлуки, недоволен капацитет за донесување на одлуки или недостаток на формалности (како што се неспособност да се идентификува лицето, потписот или датумот). Планот за нега во иднина може да биде усен или писмен, при што се претпочитува тој да биде писмен.

Упатство за здравствена нега во иднина

Доброволен, законски документ предводен од лице, пополнет од возрастна лице со целосна правна способност, кој се фокусира на вредностите и желбите на поединецот за одлуки за нега во иднина, вклучувајќи какви резултати и нега претпочитува.

Во него се прецизира(ат) третманот(ите) за кои се дава или одбива согласност во одредени околности и стапува на сила само ако лицето стане неспособно да ги соопшти своите желби.

Способност за донесување на одлуки

Лице е способно да донесува одлуки кога:

- ги разбира сите информации кои ги добива со цел да му се помогне да донесува одлуки во неговото/нејзиното Упатство за здравствена нега во иднина
- разбира како одлуките што ги донесува во Упатството за здравствена нега во иднина може да влијаат на неговото/нејзиното идно лекување и нега
- е способен/способна да ги одмери можните добри и лоши страни на неговите/нејзините одлуки за идно лекување и нега
- е способен/способна на некој начин да ги соопштува одлуките за неговото/нејзиното идно лекување и здравствена нега.

Заверена копија

Фотокопија од уредно посведочено Упатство за здравствена нега во иднина кое е заверено како директна копија на оригиналниот документ од овластен сведок.

Крај на животот

Периодот во кој едно лице живее со болест која го ограничува животот или е опасна по живот. Се смета дека луѓето се при крај на животот ако постои веројатност дека ќе умрат во следните 12 месеци.

Трајно полномоштво

Документ во кој лицето назначува некој (познат како застапник) да управува со неговите/нејзините финасиски работи.

Трајно полномоштво за старателство (EPG)

Трајно полномоштво за старателство е законски документ во кој лицето назначува траен старател да донесува лични и одлуки за начинот на живот како и одлуки за лекување во негово/нејзино име во случај тој/таа да не биде способен/способна разумно да просудува за овие работи во иднина.

Траен старател

Лице назначено со Трајно полноштво за старателство да донесува лични и одлуки за начинот на живот како и одлуки за лекување и учествување во медицински истражувања во име на лицето кое го назначува.

Здравствена нега

Здравствената нега може да вклучува медицинско лекување, третман кој го одржува животот, хируршки зафат, лекување на ментални болести, лекови, стоматолошки третман, породилна нега, итна помош, нега од медицинска сестра, педијатрија, физикална терапија, оптометрија, психолошка терапија, здравствена нега на Абориџини, ерготерапија и други услуги кои ги нудат регистрирани стручни здравствени лица, како на пример од традиционалната кинеска медицина.

Стручно здравствено лице

Секое регистрирано стручно здравствено лице кое практикува во дисциплина или професија од областа на здравството што вклучува примена на знаење, вклучително и лице кое припаѓа на професија конкретно дефинирана со закон.

LGBTQIA+

Луѓе кои се идентификуваат како лезбејки, геј, бисексуалци, трансродови, интерсексуалци, квир/испрашувачки, асексуалци и/или со други различни сексуални ориентации и родови идентитети.

Мерки или третман за одржување во живот

Медицински, хируршки или процедури на нега кои заменуваат витална телесна функција која не може да функционира независно. Вклучува асистирани вентилација и кардиопулмонална реанимација.

Медицински истражувања

Истражувања кои се изведуваат со или за поединци, или нивни податоци или ткива, во областа на медицината или здравството,

и вклучува активност која се презема за целите на таквите истражувања.

Палијативна нега

Здравствената нега која се фокусира на подобрување на квалитетот на животот на луѓе со болест или состојба опасна по живот, вклучувајќи ги нивните семејства и негуватели.

Палијативната нега им оддава признание на лицето и важноста и посебноста на неговото/нејзиното семејство/негуватели. Ги зема предвид физичките, социјалните, финансиските, емоционалните и духовните маки, а сето тоа може да влијае на искуството на лицето и на исходот од третманот.

Јавен застапник

Законски службеник назначен според *Законот за старателство и администрација од 1990 година* за да ги заштити и промовира правата на возрасните со попреченост во однос на донесување на одлуки.

Државен административен трибунал (SAT)

Правосудно тело кое, според *Законот за старателство и администрација од 1990 година*, сослушува случаи во врска со примената на Трајното полноштво за старателството и Упатствата за здравствена нега во иднина.

Одлука за лекување

Одлука да се даде или да се одбие согласност за започнување или продолжување на лекување.

Итен третман

Третман кој итно му е потребен на пациентот за да се спаси неговиот живот, да се спречи сериозно оштетување на здравјето на лицето или да се спречи лицето да страда или да продолжи да страда од значителна болка или вознемиреност.

Следуваат медицински термини кои се употребуваат во Упатството за здравствена нега во иднина

Антибиотици

Вид на лек што се користи за лекување на инфекции.

Вештачка хидрација

Течности кои се даваат преку цевка во вена, ткиво или стомакот.

Вештачко прехранување

Храна која се дава низ цевка за хранење преку носот или стомакот.

Крвни продукти

Крвта содржи црвени крвни зрнца, бели крвни зрнца, тромбоцити, антитела и протеини кои го одржуваат животот, на пример, оние кои ни помагаат да се запре крварењето. Терминот „крвни продукти“ го вклучува секој продукт добиен од компонента на крвта.

Трансфузија на крв

Крв или крвни продукти кои се даваат преку цевка во крвните садови на пациентот.

Кардиопулмонарна реанимација (CPR)

Итни мерки за одржување на отчукувањата на срцето (со компресија на градниот кош и/или употреба на дефибрилатор) и асистирана вентилација кога срцето и/или дишењето ќе престанат.

Хемотерапија

Лекови кои се користат при лекување на рак. Хемотерапијата вклучува употреба на лекови за уништување или запирање на ширењето на клетките на ракот во телото.

Дијализа

Постапка која обично се изведува кај пациенти со бубрежна инсуфициенција за отстранување на отпадните материи од крвта и за поправување на неуромнатеженоста меѓу течностите и електролитите.

Болест

Медицинска состојба со специфични, добро дефинирани симптоми.

Интензивна нега

Гранка во медицината која се занимава со обезбедување на животна поддршка или поддршка на органи кај лица кои се сериозно болни и кои треба интензивно да се надгледуваат. Исто така е позната како медицина за критична нега.

Интубација и вентилација

Медицински процедури кои се користат кога едно лице не може да дише самостојно. Интубацијата е внесување на цевка (обично преку устата на едно лице) во неговите бели дробови. Вентилацијата е чин на минување на воздухот низ цевката.

Интравенозна

Збор што значи „во вена“. На пример, интравенозните течности се течности кои се даваат со инјектирање или капка по капка во вените на едно лице.

Болест/состојба што го ограничува животот

Болест, состојба или повреда која најверојатно ќе доведе до смрт, но не е ограничена на терминалната фаза кога смртта е неизбежна.

Лекови за ублажување на болка

Секој лек што се дава за ублажување на болката. Лековите за ублажување на болка може да се даваат на различни начини, вклучително преку уста, инјектирање или преку фластер што се нанесува на кожата.

Пациент

Секое лице на кое му е потребно лекување.

Парализа

Губење на способноста да се користат или контролираат одредени мускули во телото. Парализата често е предизвикана од оштетување на нервите.

Сепса

Состојба која е опасна по живот и која се јавува кога телото ги оштетува сопствените ткива и органи како одговор на инфекција. Сепсата може да доведе до септичен шок, откажување на органите, па дури и смрт доколку таа не се дијагностицира и лекува рано.

Мозочен удар

Ненадејно губење на функцијата на мозокот предизвикано од блокирање или прскање на крвен сад во мозокот, што се карактеризира со губење на мускулната контрола, намалување или губење на чувство или свест, вртоглавица, нејасен говор или други симптоми кои варираат во зависност од степенот и тежината на повредата на мозокот.

Пример на пополнето Упатство за здравствена нега во иднина

На следните страници се наоѓа пример за пополнето Упатство за здравствена нега во иднина. Може да се навраќате на овој пример за да ви помогне да го подготвите и пополнете вашето Упатство за здравствена нега во иднина.

Запамтете дека е потребно време за да го пополнете вашето Упатство за здравствена нега во иднина. Не мора да го пополните наеднаш. Можете да го пополнувате во делови.

Додатоци во овој прирачник

Како додаток на овој прирачник се наоѓа непополнето Упатство за здравствена нега во иднина.

Исто така има дополнителни страници кои можете да ги користите ако:

- ви треба повеќе простор да го пополните Дел 4.2 – Одлуки за други видови на лекување
- сте ангажирале преведувач за да го подготвите вашето Упатство за здравствена нега во иднина
- користите било каков знак наместо потпис при потпишувањето на вашето Упатство за здравствена нега во иднина.

Овие документи исто така може да се најдат на healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives.



XY310580

Advance Health Directive

This form is for people who want to make an Advance Health Directive in Western Australia.

To make an Advance Health Directive, you **must be 18 years or older and have full legal capacity.** Your Advance Health Directive is about your future treatment. It will only come into effect if you are unable to make reasonable judgements or decisions at a time when you require treatment.



Part 4 marked with this symbol, contains your treatment decisions. If you choose not to make any treatment decisions in Part 4, then the document is not considered a valid Advance Health Directive under the *Guardianship and Administration Act 1990*.

Please tick the box below to indicate that by making this Advance Health Directive you revoke all prior Advance Health Directives completed by you.

In making this Advance Health Directive, I revoke all prior Advance Health Directives made by me.

This form includes instructions to help you complete your Advance Health Directive. For more information on how to complete the form and to see examples, please read the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia*.

Before you make your Advance Health Directive, you are encouraged to seek medical and/or legal advice, and to discuss your decisions with family and close friends. It is important that people close to you know that you have made an Advance Health Directive and where to find it. Once you complete your Advance Health Directive, it is recommended that you:

- store the original in a safe and accessible place
- tell your close family and friends that you have made an Advance Health Directive and where to find it
- upload a copy of your Advance Health Directive to My Health Record – this will ensure that your Advance Health Directive is available to your treating doctors if it is needed
- give a copy of your Advance Health Directive to health professionals regularly involved in your healthcare (for example, your General Practitioner (GP), a hospital you attend regularly, and/or other health professionals involved in your care).

If English is not your first language, you may choose to engage a translator. Western Australian Institute of Translators and Interpreters (WAITI) and National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) have online directories which list qualified and credentialed translators able to assist you.

Advance Health Directive

Part 1: My personal details

You must complete this section

You **must** complete this section.

You **must** include the date, your full name, date of birth and address.

This Advance Health Directive is made under the **Guardianship and Administration Act 1990 Part 9B** on the:

of:	15th	(day)
	October	(month)
	2021	(year)
by:	Marie Catherine Richards	(name)

Full name	Marie Catherine Richards		
Date of birth	3rd October 1951		
Address	5 Richmond Street		
	Canning Vale	WA	6155
	Suburb	State	Postcode
Phone number	9000 0000		
Email	marierichards@gmail.com.au		

Part 2: My health

2.1 My major health conditions

Use Part 2.1 to list details about your major health conditions (physical and/or mental).

Cross out Part 2.1 if you do not want to complete it.

Please list any major health conditions below:

I was diagnosed with bowel cancer 7 years ago. I had surgery and chemotherapy.

I am in remission but have been told there is a chance the cancer may come back.

I also have high blood pressure and cholesterol. I am on medication for the blood pressure.

2.2 When talking with me about my health, these things are important to me

Use Part 2.2 to provide information about what is important to you when talking about your treatment.

This might include:

- How much do you like to know about your health conditions?
- What do you need to help you make decisions about treatment?
- Would you like to have certain family members with you when receiving information from your health professionals?

Cross out Part 2.2. if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you when talking to health professionals about your treatment:

I like to know as much as I can about all my health conditions.

It takes me a long time to understand what my GP and health professionals tell me in appointments. I like to take my son with me to appointments – he knows how best to explain everything to me.

Part 3: My values and preferences

This part encourages you to think about your values and preferences relating to your health and care now and into the future. This may help you to decide what future treatment decisions you want to make in Part 4: My Advance Health Directive Treatment Decisions.

In this part, you are not making decisions about your future treatment. Use Part 4 to make decisions about your future treatments.

Cross out any parts that you do not want to complete.

3.1 These things are important to me

Use Part 3.1 to provide information about what 'living well' means to you now and into the future.

This might include:

- What are the most important things in your life?
- What does 'living well' mean to you?

Cross out Part 3.1 if you do not want to complete it.

Please describe what 'living well' means to you now and into the future. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe:

My family and friends are the most important thing in my life. I also like to go to my local lawn bowls at the community centre where I have a regular group of friends that I bowl with every week. I would like to keep visiting them and bowling for as long as I can.

- Spending time with family and friends
- Living independently
- Being able to visit my home town, country of origin, or spending time on country
- Being able to care for myself (e.g. showering, going to the toilet, feeding myself)
- Keeping active (e.g. playing sport, walking, swimming, gardening)
- Enjoying recreational activities, hobbies and interests (e.g. music, travel, volunteering)
- Practising religious, cultural, spiritual and/or community activities (e.g. prayer, attending religious services)
- Living according to my cultural and religious values (e.g. eating halal, kosher foods only)
- Working in a paid or unpaid job

Part 3: My values and preferences

3.2 These are things that worry me when I think about my future health

Use Part 3.2 to provide information about things that worry you about your future health.

This might include:

- Being in constant pain.
- Not being able to make your own decisions.
- Not being able to care for yourself.

Cross out Part 3.2 if you do not want to complete it.

Please describe any worries you have about the outcomes of future illness or injury:

I have occasional aches and pains that come with being 70 years old but I really worry about constant pain. I don't think I could cope if I was always in pain.

I also worry about my family and friends not being able to understand me and about not being able to communicate as I have always done.

3.3 When I am nearing death, this is where I would like to be

Use Part 3.3 to indicate where you would like to be when you are nearing death.

When you are nearing death, do you have a preference of where you would like to spend your last days or weeks?

Cross out Part 3.3. if you do not want to complete it.

Please indicate where you would like to be when you are nearing death. Tick the option that applies you. You can provide more detail about the option you choose in the space below.

- I want to be at home – where I am living at the time
- I do not want to be at home – provide more details below
- I do not have a preference – I would like to be wherever I can receive the best care for my needs at the time
- Other – please specify:

Please provide more detail about your choice:

I would really like to stay at home for as long as possible. If my family find it too hard to look after me at home, then I understand it will be best if I move into a nursing home. I trust them to choose a home that is right for me.

Part 3: My values and preferences

3.4 When I am nearing death, these things are important to me

Use Part 3.4 to provide information about what is important to you when you are nearing death.

This might include:

- What would comfort you when you are dying?
- Who would you like around you?

Cross out Part 3.4 if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you and what would comfort you when you are nearing death. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe: *I grew up on a farm in the country so I would really like to visit the countryside and be near open spaces as I am nearing death.*

- I do not want to be in pain, I want my symptoms managed, and I want to be as comfortable as possible. (Please provide details of what being comfortable means to you)

- I want to have my loved ones and/or pets around me (Please provide details of who you would like with you)

I would like my sister, my children, grandchildren and my dog, Abbey, to be with me.

- It is important to me that cultural or religious traditions are followed (Please provide details of any specific traditions that are important for you)

- I want to have access to pastoral/spiritual care (Please provide details of what is important for you)

- My surroundings are important to me (e.g. quiet, music, photographs) (Please provide details of what is important for you.)

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions

This part of your Advance Health Directive contains treatment decisions in respect of your future treatment. A **treatment** is any medical or surgical treatment including palliative care and life-sustaining measures (such as assisted ventilation and cardiopulmonary resuscitation), dental treatment, or other healthcare.

A **treatment decision** in an Advance Health Directive is a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of any treatment and includes a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of the person's participation in medical research. This decision applies at any time you are unable to make reasonable judgements in respect of that treatment.

Treatment to which you consent in this Advance Health Directive can be provided to you. Treatment to which you refuse consent to in this Advance Health Directive cannot be provided to you. Your enduring guardian or guardian or another person cannot consent or refuse consent on your behalf to any treatment to which this Advance Health Directive applies.

It is recommended that you discuss your treatment decisions with your doctor before completing this part.

Cross out any parts if you do not want to complete them.

Note: You MUST make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions

Use Part 4.1 to indicate your instructions for future life-sustaining treatments.

You can give an overall instruction or list individual treatments that you consent or refuse consent to receiving in future. You can also list circumstances in which you consent or refuse consent to a particular treatment.

Life-sustaining treatments are treatments used to keep you alive or to delay your death.

Read all options before making a decision. The options are over 2 pages.

Cross out Part 4.1 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

If I do not have the capacity to make or communicate treatment decisions about my healthcare in the future, I make the following decisions about life-sustaining treatment:

Tick only one of the following options. If you choose Option 4, complete the table overleaf.

Option 1 **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

Option 2 **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life unless it is apparent that I am so unwell from injury or illness that there is no reasonable prospect that I will recover to the extent that I can survive without continuous life-sustaining treatments. In such a situation, I withdraw consent to life-sustaining treatments.**

Or

Option 3 **I refuse consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

Option 4 **I make the following decisions about specific life-sustaining treatments as listed in the table below. (Tick a box in each row of the table).**

Or

Option 5 **I cannot decide at this time.**

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions

4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

Please complete this table if you have ticked Option 4 above.
If you have ticked Option 1, 2, 3 or 5, do not complete this table.

This table lists some common life-sustaining treatments. Use the boxes to indicate which treatments you consent to or refuse consent to receiving. You can also list circumstances in which you consent to treatment. There is also space for you to add any life-sustaining treatments not listed here.

Tick one box per row in the table below.

If you choose Option B for any treatments, please specify the circumstances in which you consent to the treatment.

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
CPR Cardiopulmonary resuscitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Assisted ventilation A machine that helps you breathe using a face mask or tube	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment? <i>Only if this treatment was temporary and if I could then return home, even with oxygen. I do not want to be permanently on a breathing machine in hospital or in a nursing home.</i>			
Artificial hydration Fluids given via a tube into a vein, tissues or the stomach	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Artificial nutrition A feeding tube through the nose or stomach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
Receiving blood products such as a blood transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?				
Antibiotics Drugs given to help fight infection, given by mouth, injection or by drip tube	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?				
Use the boxes below to list any other life-sustaining treatments you do/do not consent to receive:				
Other life-sustaining treatment (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Other life-sustaining treatment (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.2 Other treatment decisions

Use Part 4.2 to indicate your decisions for other (non-life-sustaining) treatments.

There are a range of other treatments that may be options for you in future.

Examples include treatments for mental health (e.g. electroconvulsive therapy) and drugs used to prevent certain health conditions (e.g. aspirin, cholesterol treatments).

When making the treatment decision, list the circumstances in which you want your decision to apply (e.g. in all circumstances, or specify particular circumstances).

A treatment decision only applies in the circumstances you specify.

Please ensure you indicate in the 'My treatment decisions' column whether you consent or refuse consent to any treatment you refer to.

If you need more space, use the blank My Advance Health Directive treatment decisions form provided as an insert with the Advance Health Directive form.

Cross out Part 4.2 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Health circumstances	My treatment decisions
<i>I have very high cholesterol</i>	<p><i>Do not give me cholesterol absorption inhibitors.</i></p> <p><i>I cannot tolerate the side effects.</i></p>

I have made more treatment decisions using the template and attached _____ (specify number of pages) additional pages.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research

Use Part 4.3 to provide treatment decisions about the types of medical research you consent or refuse consent to take part in, and any circumstances in which these decisions apply.

Taking part in medical research may be an option for you even if you are unable to make or communicate decisions.

A treatment decision may include deciding whether to start or continue to take part in medical research. Your involvement in medical research, and any treatments you receive as part of the medical research, must be consistent with what you have agreed in your Advance Health Directive. The decisions you make in your Advance Health Directive about participating in medical research only operate while you are alive.

If you do not make a decision about participation in medical research, Part 9E of the *Guardianship and Administration Act 1990* will operate as to how decisions will be made about participation in medical research.

Cross out Part 4.3 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Please tick a box showing whether you consent to taking part in the listed medical research activities and the circumstances in which you would consent. You may tick more than one circumstance for each research activity.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
The administration of pharmaceuticals or placebos (inactive drug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
The use of equipment or a device	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Providing health care that has not yet gained the support of a substantial number of practitioners in that field of health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Providing health care to carry out a comparative assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Taking blood samples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taking samples of tissue or fluid from the body, including the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any non-intrusive examination of the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A non-intrusive examination of height, weight or vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Being observed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Undertaking a survey, interview or focus group	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Collecting, using or disclosing information, including personal information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considering or evaluating samples or information taken under an activity listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Any other medical research not listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Part 5: People who helped me complete this form

5.1 Did you use the services of a translator when completing this form?

Use Part 5.1 to show whether you engaged a translator in completing this form.

If English is not your first language, you can engage a translator when completing this form.

If you engaged a translator when making this Advance Health Directive, you and your translator should complete the translator statement provided in the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia* and attach it to your Advance Health Directive.

Cross out Part 5.1 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	<input checked="" type="checkbox"/>	English is my first language – I did not need to engage a translator.
Option 2	<input type="checkbox"/>	English is not my first language – I engaged a translator when making this Advance Health Directive and I have attached a translator statement.
Option 3	<input type="checkbox"/>	English is not my first language – I did not engage a translator when making this Advance Health Directive.

Part 5: People who helped me complete this form

5.2 Have you made an Enduring Power of Guardianship (EPG)?

Use Part 5.2 to indicate whether you have made an Enduring Power of Guardianship (EPG) and provide details if relevant.

An Enduring Power of Guardianship (EPG) allows you to name and legally appoint one or more people to make decisions about your lifestyle and healthcare if you lose capacity.

A person you appoint to make decisions on your behalf is called an enduring guardian.

An enduring guardian cannot override decisions made in your Advance Health Directive.

Cross out Part 5.2 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	<input type="checkbox"/>	I have not made an Enduring Power of Guardianship.
Option 2	<input checked="" type="checkbox"/>	I have made an Enduring Power of Guardianship.

My EPG was made on:

	<input type="text" value="10th"/>	(day)
of:	<input type="text" value="March"/>	(month)
	<input type="text" value="2015"/>	(year)

My EPG is kept in the following place (be as specific as possible):

<input type="text" value="The top drawer of my office drawers with my birth certificate."/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

I appointed the following person/s as my enduring guardian:

Name: Phone:

Joint Enduring Guardian (if appointed):

Name: Phone:

Substitute enduring guardian/s (if any):

Name: Phone:

Other substitute enduring guardian (if more than one):

Name: Phone:

Part 5: People who helped me complete this form

5.3 Did you seek medical and/or legal advice about making this Advance Health Directive?

Use Part 5.3 to indicate whether you obtained medical and/or legal advice before making this Advance Health Directive and provide details if relevant.

You are encouraged (but not required) to seek medical and/or legal advice to make an Advance Health Directive.

Cross out Part 5.3 if you do not want to complete it.

Medical advice

Option 1	<input type="checkbox"/>	I did not obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.
Option 2	<input checked="" type="checkbox"/>	I did obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained medical advice from:

Name:	<i>Dr Alan Ng</i>
Phone:	<i>9000 0000</i>
Practice:	<i>Shepperton Road Family Practice</i>

Legal advice

Option 1	<input checked="" type="checkbox"/>	I did not obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.
Option 2	<input type="checkbox"/>	I did obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained legal advice from:

Name:	
Phone:	
Practice:	

Part 6: Signature and witnessing

You must complete this section

- You **must** sign this Advance Health Directive in the presence of 2 witnesses. If you are physically incapable of signing this Advance Health Directive, you can ask another person to sign for you. You must be present when the person signs for you.
- 2 witnesses must be present when you sign this Advance Health Directive or when another person signs for you.
- Each of the witnesses must be 18 years of age or older and cannot be you or the person signing for you (if applicable).
- At least one of the witnesses must be authorised by law to take statutory declarations.
- The witnesses must also sign this Advance Health Directive. Both witnesses must be present when each of them signs. You and the person signing for you (if applicable) must also be present when the witnesses sign.

You must sign this form in the presence of 2 witnesses. Both witnesses must be present when you sign this form. The witnesses must sign in each other's presence.

Signed by: (signature of person making this Advance Health Directive)



Date: (dd/mm/year)

Or


Signed by: (name of person who the maker of Advance Health Directive has directed to sign)

Date: (dd/mm/year)


In the presence of, and at the direction of: (insert name of maker of Advance Health Directive)

Date: (dd/mm/year)

Witnessed by a person authorised by law to take statutory declarations:

Authorised witness's signature:	
Authorised witness's full name:	Georgina Tulloch
Address:	16 Wallock Street, West Leederville, WA 6007
Occupation of authorised witness:	Teacher
Date: (dd/mm/year)	04/08/2022

And witnessed by another person:

Witness's signature:	
Witness's full name:	Robert Williams
Address:	45 Fort Avenue, Wembley, WA 6014
Date: (dd/mm/year)	04/08/2022

Овој документ може да биде достапен во алтернативни формати на барање за лице со попреченост (јавете се на 9222 2300 или на acp@health.wa.gov.au).

© Department of Health 2022

Авторските права на овој материјал се во сопственост на државата Западна Австралија освен ако не е поинаку наведено. Освен за правично работење со цел приватно проучување, истражување, критика или испитување, како што е дозволено со одредбите од *Copyright Act 1968* (Закон за авторски права од 1968 година), ниту еден дел не смее да се репродуцира или повторно да се користи за каква било цел без писмена дозвола од државата Западна Австралија.