



Πώς να συντάξετε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας στη Δυτική Αυστραλία



Προειδοποίηση: το έγγραφο μπορεί να περιέχει εικόνες ατόμων που έχουν πεθάνει πριν τη δημοσίευση του παρόντος εγγράφου.

© Υπουργείο Υγείας, Πολιτεία της Δυτικής Αυστραλίας (2022)

Όλες οι πληροφορίες και το υλικό στο παρόν έγγραφο προστατεύονται από πνευματικά δικαιώματα. Τα πνευματικά δικαιώματα ανήκουν στην Πολιτεία της Δυτικής Αυστραλίας. Εκτός από χρήση που επιτρέπεται από τον νόμο Copyright Act 1968 (Κοιν.), οι πληροφορίες του παρόντος εγγράφου δεν μπορούν να δημοσιευθούν ή να αναπαραχθούν σε οποιοδήποτε μορφή υλικού, χωρίς τη ρητή άδεια του Προγράμματος Φροντίδας για το Τέλος Ζωής, Υπουργείο Υγείας της Δυτικής Αυστραλίας.

Προτεινόμενη παραπομπή

Υπουργείο Υγείας, Δυτικής Αυστραλίας. *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia*. Perth: End-of-Life Care Program, Υπουργείο Υγείας, Δυτικής Αυστραλίας.

Σημαντική αποποίηση ευθυνών

Ο σκοπός του παρόντος οδηγού είναι να παρέχει μια γενική εικόνα πώς να συντάξετε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας. Παρέχει συνδέσμους για περισσότερες πληροφορίες και πόρους. Δεν αντικαθιστά νομικές ή άλλες επαγγελματικές συμβουλές. Ζητήστε ανεξάρτητες συμβουλές για συγκεκριμένες υποθέσεις που απαιτούν νομική ή άλλη επαγγελματική συμβολή.

Περισσότερες πληροφορίες για Εκ των Προτέρων Πληρεξούσια Φροντίδας είναι διαθέσιμες στο:

Υπουργείο Υγείας

Τηλέφωνο: 9222 2300

Email: acp@health.wa.gov.au

Ιστοσελίδα: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning



Υπηρεσία διερμηνείας

Ζητήστε διερμηνέα εάν χρειάζεστε βοήθεια για να μιλήσετε με μια υγειονομική υπηρεσία στη γλώσσα σας.

Περιεχόμενα

Πώς να χρησιμοποιήσετε αυτόν τον οδηγό 2

Τμήμα 1: Σχετικά με τα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσια Φροντίδας 3

Τι είναι το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας; 3

Ποιος θα παίρνει αποφάσεις για τη θεραπεία και τη φροντίδα σας εάν χάσετε την ικανότητα να επικοινωνείτε ή να παίρνετε αποφάσεις εσείς; 4

Ενότητα 2: Οδηγός βήμα-βήμα 6

Βήματα του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας 6

Βήμα 1: Τα προσωπικά μου στοιχεία 6

Βήμα 2: Η υγεία μου 7

Βήμα 3: Οι αξίες και οι προτιμήσεις μου 8

Βήμα 4: Οι αποφάσεις μου για το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας 12

Βήμα 5: Άτομα που με βοήθησαν να συμπληρώσω το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας 18

Βήμα 6: Υπογραφή και μάρτυρες 20

Ενότητα 3: Χρήσιμες πληροφορίες 22

Συχνές ερωτήσεις 22

Πώς να συντάξετε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας 30

Πού να πάτε για περισσότερες πληροφορίες 31

Κοινοί όροι 33

Παράδειγμα συμπληρωμένου Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας 36

Πώς να χρησιμοποιήσετε αυτόν τον οδηγό

Αυτός ο οδηγός παρέχει πληροφορίες που θα σας βοηθήσουν να προετοιμάσετε και να συμπληρώσετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Μπορεί να διαπιστώσετε ότι χρειάζεστε χρόνο για να συμπληρώσετε την οδηγία σας για την υγεία. Δεν χρειάζεται να το συμπληρώσετε με μία κίνηση. Μπορείτε να το συμπληρώσετε σε μέρη.

Ενότητα 1: Σχετικά με τα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσια Φροντίδας

Αυτή η ενότητα περιγράφει τι είναι το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας. Εξηγεί γιατί είναι χρήσιμο, πώς να χρησιμοποιηθεί και ποιος θα επικοινωνεί και θα παίρνει αποφάσεις για εσάς σε περίπτωση που χάσετε την ικανότητα να το κάνετε εσείς οι ίδιοι.

Ενότητα 2: Οδηγός βήμα-βήμα

Αυτή η ενότητα παρέχει έναν οδηγό βήμα-βήμα πώς να συντάξετε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας, καθώς και παραδείγματα που θα σας βοηθήσουν.

Ενότητα 3: Χρήσιμες πληροφορίες

Αυτή η ενότητα παρέχει μία λίστα για την προετοιμασία, τη συμπλήρωση και την αποθήκευση του Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιου Φροντίδας σας. Εξηγεί τις λέξεις που χρησιμοποιούνται στα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσια Φροντίδας και δίνει απαντήσεις σε [συχνές ερωτήσεις](#). Παρέχει επίσης συνδέσμους για περισσότερες πληροφορίες.

Παράδειγμα ενός συμπληρωμένου και ενός ασυμπλήρωτου Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιου Φροντίδας

Στο τέλος αυτού του οδηγού υπάρχει ένα παράδειγμα συμπληρωμένου Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιου Φροντίδας. Εσωκλείουμε και έναν ασυμπλήρωτο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Μπορείτε να δείτε το παράδειγμα συμπληρωμένου εντύπου όταν συμπληρώνετε το δικό σας Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Μπορείτε να ζητήσετε βοήθεια για να συμπληρώσετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας. [Ενότητα 3: Χρήσιμες πληροφορίες](#), περιλαμβάνουν πληροφορίες για το πώς και πού να απευθυνθείτε για βοήθεια.



Ενότητα 1:

Τι είναι το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας

Αυτή η ενότητα περιγράφει τι είναι το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας. Εξηγεί γιατί είναι χρήσιμο, πώς να χρησιμοποιηθεί και ποιος θα επικοινωνεί και θα παίρνει αποφάσεις για εσάς σε περίπτωση που χάσετε την ικανότητά να το κάνετε εσείς οι ίδιοι.

Τι είναι το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

Το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας είναι ένα **νομικό** έγγραφο που σας επιτρέπει να αποφασίσετε τώρα για τις θεραπείες και τη φροντίδα που θέλετε να λάβετε ή όχι στο μέλλον.

Το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας θα χρησιμοποιηθεί **μόνο** σε περίπτωση που αρρωστήσετε σοβαρά ή τραυματιστείτε και δεν είστε σε θέση να παίρνετε αποφάσεις ή να επικοινωνήσετε τις επιθυμίες σας. Σε αυτή την περίπτωση, το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας γίνεται η φωνή σας. Εάν πρέπει να αλλάξετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας, θα πρέπει να ανακαλέσετε (ή να ακυρώσετε) το παρόν πληρεξούσιό σας και να συντάξετε ένα νέο.

Το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας είναι ένα από τα έγγραφα που διατίθενται στη Δυτική Αυστραλία (WA) που μπορείτε να συμπληρώσετε ως μέρος της διαδικασίας προγραμματισμού για το Εκ των Προτέρων Προγραμματισμό της φροντίδας σας.

Η ύπαρξη ενός Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας βοηθά τα οικεία σας πρόσωπα και τους επαγγελματίες στον τομέα υγείας να κατανοήσουν τι είναι σημαντικό για σας σχετικά με την υγεία σας και την υγειονομική σας φροντίδα.

Σας συνιστούμε να μιλήσετε με την οικογένειά σας, τον φροντιστή, κάποιο στενό φιλικό σας πρόσωπο, τον οικογενειακό ιατρό ή άλλους επαγγελματίες υγείας για να σας βοηθήσουν να σκεφτείτε τι θέλετε.

Άλλοι χρήσιμοι πόροι περιλαμβάνουν:

- Ιστοσελίδα της MyValues – myvalues.org.au
- Ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας της ΔΑ (WA) για εκ των προτέρων υγειονομικό προγραμματισμό φροντίδας – healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

Ανατρέξτε στις [Συχνές ερωτήσεις](#) στην Ενότητα 3: Χρήσιμες και περισσότερες πληροφορίες για το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας και το εκ των προτέρων πρόγραμμα φροντίδας.

Μπορεί να σας είναι δύσκολο να σκέφτεστε και να συζητάτε για τη μελλοντική σας υγεία και τις επιθυμίες σας προς το τέλος της ζωής. Ζητήστε βοήθεια εάν χρειάζεστε υποστήριξη πάνω σ' αυτό το θέμα.

Το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας είναι ένας σημαντικός τρόπος για να καταλάβουν οι δικοί σας τις αξίες και τις προτιμήσεις σας σχετικά με την υγειονομική σας φροντίδα και θεραπεία σε περίπτωση που αρρωστήσετε σοβαρά ή τραυματιστείτε και δεν είστε σε θέση να παίρνετε αποφάσεις.

Η σύνταξη ενός Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας είναι εθελοντική.

Ποιος μπορεί να συντάξει ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

Για να συντάξετε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας, πρέπει να είστε **18 ετών και άνω και να έχετε πλήρη δικαιοπρακτική ικανότητα** όταν κάνετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Αυτό σημαίνει ότι πρέπει:

- να κατανοείτε κάθε πληροφορία ή συμβουλή που σας δίνετε για να βοηθήσουν να πάρετε αποφάσεις για το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας
- να κατανοείτε τις πιθανές επιπτώσεις των αποφάσεων που παίρνετε στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σχετικά με τη μελλοντική θεραπεία και φροντίδα σας
- να είστε σε θέση να ζυγίσετε τα πιθανά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των αποφάσεών σας σχετικά με τη μελλοντική σας θεραπεία και φροντίδα
- να είστε σε θέση να επικοινωνείτε εν μέρει τις αποφάσεις σας σχετικά με τη μελλοντική σας θεραπεία και υγειονομική περίθαλψη.

Κάθε ενήλικας θεωρείται ικανός, εκτός εάν αποδειχθεί ότι δεν είναι. Εάν έχετε αμφιβολίες σχετικά με την παρούσα ικανότητά σας να συντάξετε ένα έγκυρο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας, ζητήστε από τον γιατρό σας να σας αξιολογήσει. Μπορείτε επίσης να ρωτήσετε το γιατρό σας εάν η ικανότητά σας να παίρνετε αποφάσεις μπορεί να τεθεί υπό αμφισβήτηση στο μέλλον.

Ποιος θα παίρνει αποφάσεις για τη θεραπεία και τη φροντίδα σας εάν χάσετε την ικανότητα να επικοινωνείτε ή να παίρνετε αποφάσεις από μόνος σας;

Εάν δεν μπορείτε να παίρνετε ή να επικοινωνήσετε τις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία και τη φροντίδα σας, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ακολουθήσουν την [ιεραρχία των υπευθύνων λήψης αποφάσεων για θεραπεία](#) όταν παίρνονται αποφάσεις θεραπείας για εσάς.

Η ιεραρχία των υπευθύνων λήψης αποφάσεων για θεραπεία, που βρίσκεται στην επόμενη σελίδα, εξηγεί τη σειρά που πρέπει να ακολουθούν οι επαγγελματίες υγείας όταν ζητάνε αποφάσεις θεραπείας για εσάς. Ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας είναι το πρώτο πράγμα που θα εξετάσει ένας επαγγελματίας υγείας για να τον βοηθήσει να πάρει αποφάσεις για τη μελλοντική σας περίθαλψη.

Τι θα συμβεί αν δεν συντάξω ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

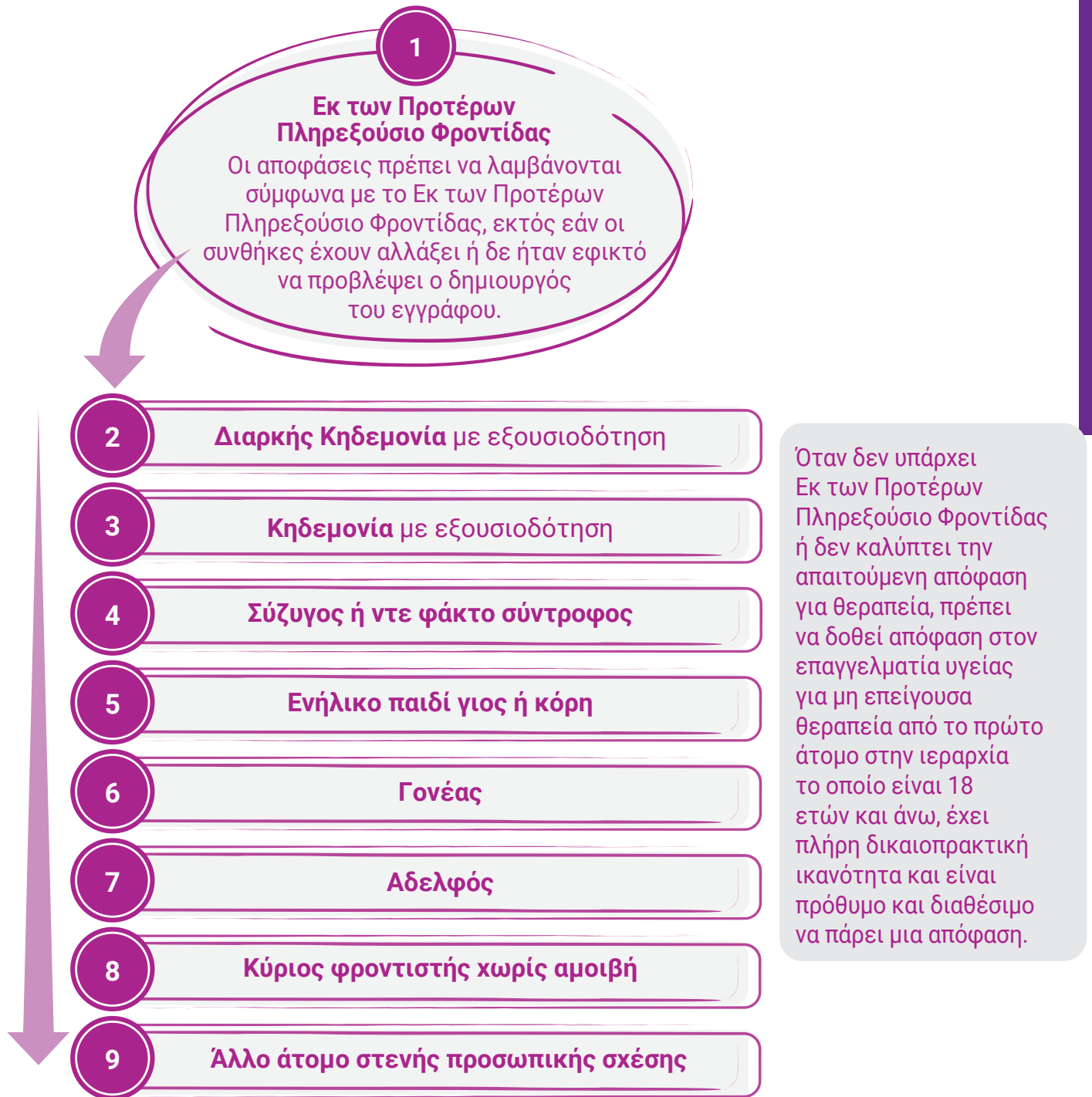
Εάν δεν συντάξετε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας, ένας επαγγελματίας υγείας πρέπει να απευθυνθεί στο πρώτο άτομο της ιεραρχίας, το οποίο είναι 18 ετών και άνω, έχει πλήρη νομική ικανότητα και είναι διαθέσιμο και πρόθυμο να αποφασίσει για τη θεραπεία σας.

Εάν το άτομο αυτό δεν είναι διαθέσιμο και πρόθυμο να πάρει την απόφαση, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να πάει στο επόμενο άτομο της ιεραρχίας και ούτω καθεξής.

Ποια είναι η Ιεραρχία των υπευθύνων λήψης αποφάσεων για τη θεραπεία;

Η Ιεραρχία των υπευθύνων λήψης αποφάσεων για τη θεραπεία χρησιμοποιείται μόνο από επαγγελματίες υγείας όταν δεν έχετε πλέον την ικανότητα να παίρνετε ή/και να επικοινωνήσετε τις αποφάσεις σας για την υγειονομική σας περίθαλψη.

Ιεραρχία υπευθύνων λήψης αποφάσεων για τη θεραπεία



Ακόμα κι αν έχετε ορίσει κηδεμόνα διαρκείας, μπορείτε να επιλέξετε να συντάξετε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας για να το ενημερώσετε για τις προτιμήσεις σας σχετικά με συγκεκριμένες θεραπείες για τις οποίες έχετε συγκεκριμένες απόψεις ή επιθυμίες.

Ανατρέξτε στις [Συχνές ερωτήσεις](#) στην Ενότητα 3: Χρήσιμες πληροφορίες για περισσότερα σχετικά με τους κηδεμόνες διαρκείας.

Ενότητα 2: Οδηγός βήμα - βήμα

Αυτή η ενότητα παρέχει έναν οδηγό βήμα - βήμα για τη σύνταξη ενός Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας, και περιλαμβάνει παραδείγματα που θα σας βοηθήσουν.

Τα βήματα του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας

Για να είναι το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας έγκυρο πρέπει να συμπληρώσετε τα βήματα 1, 4 και 6.

Βήμα 1 εδώ καταγράφετε τα προσωπικά σας στοιχεία. **Πρέπει** να συμπληρώσετε το Βήμα 1.

Βήμα 2 εδώ καταγράφετε τυχόν σημαντικά προβλήματα της υγείας σας.

Βήμα 3 εδώ καταγράφετε τι είναι σημαντικό για εσάς και τις αξίες και τις επιθυμίες σας σχετικά με τη μελλοντική σας φροντίδα.

Βήμα 4 εδώ καταγράφετε ποιες θεραπείες και φροντίδα (που συμπεριλαμβάνει ιατρικές έρευνες) που θέλετε ή αρνήστε στο μέλλον. **Πρέπει** να συμπεριλάβετε τουλάχιστον μία απόφαση θεραπείας στο Βήμα 4 για να συντάξετε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Το Βήμα 5 εδώ καταγράφετε τα στοιχεία των ατόμων που σας βοήθησαν να συμπληρώσετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Το Βήμα 6 εδώ υπογράφετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας. **Πρέπει** να συμπληρώσετε το Βήμα 6 και πρέπει να παρουσιαστεί μάρτυρας που σας βλέπει να υπογράφετε (λεπτομέρειες παρέχονται στο [Βήμα 6ο](#) σχετικά με τις απαιτήσεις μαρτύρων).

Βήμα 1: Τα προσωπικά μου στοιχεία

Πρέπει να συμπληρώσετε αυτό το τμήμα του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας

Πρέπει να συμπληρώσετε:

- την ημερομηνία που συντάξατε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας
- το πλήρες ονοματεπώνυμό σας, την ημερομηνία γέννησης και τη διεύθυνσή σας, ώστε να μπορούν να σας ταυτοποιήσουν.

Είναι **προαιρετικό** να συμπεριλάβετε τον αριθμό τηλεφώνου και τη διεύθυνση email σας. Συνιστάται να συμπεριλάβετε τουλάχιστον ένα από αυτά, ώστε να μπορέσουν να επικοινωνήσουν μαζί σας σε περίπτωση ανάγκης.

Εάν η διεύθυνση, ο αριθμός τηλεφώνου ή το email σας αλλάξουν στο μέλλον, το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας θα εξακολουθήσει να ισχύει.

Ανατρέξτε στις [Συχνές Ερωτήσεις](#) στην Ενότητα 3:

Χρήσιμες πληροφορίες εάν χρειάζεστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την αλλαγή των στοιχείων επικοινωνίας σας.



Βήμα 2: Η Υγεία μου

Μπορείτε να απαντήσετε σε μερικές, όλες ή καμία από τις ερωτήσεις στο Βήμα 2. Διαγράψτε τυχόν ερωτήσεις που δεν θέλετε να απαντήσετε.

Στο Βήμα 2 μπορείτε να γράψετε τις σημαντικές παθήσεις και ανησυχίες που τυχόν έχετε. Μπορείτε επίσης να χρησιμοποιήσετε το Βήμα 2 για να γράψετε τα πράγματα που εσείς θεωρείτε σημαντικά για την υγεία σας.

2.1 Οι κύριες παθήσεις μου

Στο Βήμα 2.1 μπορείτε να γράψετε λεπτομέρειες για σοβαρές παθήσεις που τυχόν έχετε στο παρόν. Μπορεί να είναι σωματικές ή/και ψυχικές παθήσεις. Μπορείτε επίσης να συμπεριλάβετε σημαντικά προβλήματα υγείας που τυχόν είχατε στο παρελθόν.

Παραδείγματα

- Διαγνώστηκα με καρκίνο του εντέρου πριν από 6 χρόνια. Έκανα εγχείρηση και χημειοθεραπεία. Είμαι τώρα σε ύφεση, αλλά μου είπαν ότι υπάρχει πιθανότητα να επανέλθει ο καρκίνος στο μέλλον.
- Έμουν σε τροχαίο ατύχημα πριν από 5 χρόνια. Έχω ακόμα χρόνιο πόνο στη μέση. Μου είπαν ότι ο πόνος αυτός μάλλον δε θα περάσει.
- Πρόσφατα διαγνώστηκα με τη νόσο κινητικού νευρώνα. Μου είπαν ότι η υγεία μου είναι πιθανό να επιδεινωθεί γρήγορα. Σύντομα θα χρειαστώ μεγάλη βοήθεια με τις καθημερινές μου δουλειές όπως το μπάνιο και το ντύσιμο.

2.2 Όταν μιλάνε μαζί μου για την υγεία μου, τα πράγματα που είναι σημαντικά για μένα είναι αυτά

Στο Βήμα 2.2 μπορείτε να γράψετε τι είναι σημαντικό για εσάς όταν μιλάτε με επαγγελματίες υγείας για την υγεία σας. Αυτό περιλαμβάνει πόσες πληροφορίες θέλετε να σας δώσουν πριν πάρετε αποφάσεις. Περιλαμβάνει επίσης στοιχεία για τα μέλη της οικογένειάς σας ή τους φίλους που θέλετε να παρευρίσκονται στις συνομιλίες σας με επαγγελματίες υγείας σχετικά με τις επιλογές σας για θεραπεία και φροντίδα.

Η ιστορία της Κατίνας

Η Κατίνα (65 ετών) μόλις διαγνώστηκε με καρκίνο του μαστού στάδιο 4. Στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας, η Κατίνα σημείωσε ότι η στενή της φίλη Μαρία (νοσοκόμα), τη συνοδεύει σε όλα τα ιατρικά ραντεβού της, επειδή μπορεί να της εξηγήσει τις πληροφορίες με τρόπο που καταλαβαίνει η Κατίνα καλύτερα.

Παραδείγματα

- Μου αρέσει να έχω πολλές πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας μου και τις επιλογές θεραπείας, ώστε να μπορώ να κατανοήσω πλήρως τις επιλογές μου και τι μπορεί να μου συμβεί.
- Τα αγγλικά είναι η δεύτερη μου γλώσσα. Προτιμώ να έχω τον γιο ή την κόρη μου μαζί μου στα ραντεβού με τον γιατρό μου και τους ειδικούς.

Σημείωση: Μπορεί επίσης να θέλετε να κάνετε ένα Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας εάν υπάρχει κάποιος που γνωρίζετε καλά και εμπιστεύεστε να παίρνει αποφάσεις για εσάς.

Δείτε τις [Συχνές ερωτήσεις](#) στην Ενότητα 3: Χρήσιμες πληροφορίες για περισσότερα σχετικά με τον διορισμό διαρκούς κηδεμόνα.

Βήμα 3: Οι αξίες και οι προτιμήσεις μου

Μπορείτε να επιλέξετε να απαντήσετε σε ορισμένες, όλες ή καμία από τις ερωτήσεις στο Βήμα 3. Διαγράψτε τυχόν ερωτήσεις που δεν θέλετε να απαντήσετε.

Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το Βήμα 3 για να γράψετε πράγματα που είναι πιο σημαντικά για εσάς σχετικά με την υγεία και την υγειονομική σας περίθαλψη. Μπορείτε να συμπεριλάβετε πράγματα που σας ανησυχούν για τη μελλοντική σας υγεία. Αυτό θα επιτρέψει στους ανθρώπους σας και τους επαγγελματίες υγείας που αναλαμβάνουν την υγειονομική σας περίθαλψη να γνωρίζουν τι είναι σημαντικό για εσάς εάν δεν μπορείτε να λάβετε ή να επικοινωνήσετε τις αποφάσεις.

Μπορεί να σας είναι δύσκολο να σκέφτεστε και να μιλάτε για το τι είναι σημαντικό για τη μελλοντική σας υγεία και τις επιθυμίες σας στο τέλος της ζωής σας. Ζητήστε βοήθεια εάν χρειάζεστε υποστήριξη καθώς συμπληρώνετε αυτό το τμήμα της φόρμας.

3.1 Αυτά είναι τα πράγματα που είναι σημαντικά για μένα

Το Βήμα 3.1 σας ζητά να περιγράψετε τι σημαίνει «καλή ζωή». Για παράδειγμα, τι θα σας έλειπε περισσότερο αν αρρωστήσετε και δεν μπορείτε να ζήσετε όπως τώρα.

Αυτό το τμήμα της φόρμας περιλαμβάνει μια λίστα με πράγματα που μπορεί να είναι σημαντικά για εσάς. Μπορείτε να επιλέξετε όλα τα κουτιά που ισχύουν για εσάς. Μπορείτε επίσης να γράψετε δραστηριότητες, ενδιαφέροντα ή χόμπι που είναι σημαντικά για εσάς.

Παραδείγματα

- Είναι σημαντικό για μένα να περνάω χρόνο με την οικογένεια και τους φίλους μου.
- Είναι πολύ σημαντικό για μένα να με επισκέπτεται συχνά η κόρη μου.
- Είναι σημαντικό για μένα να έχω τα κατοικίδια ζώα μου κοντά μου ή τουλάχιστον να μπορώ να τα βλέπω τακτικά.
- Ήμουν μέλος της λεσβιακής κοινότητας όλη μου τη ζωή και θα ήθελα αυτή η σύνδεση να συνεχιστεί.
- Είμαι Έλληνας/Ελληνίδα και μ' αρέσει να περνάω χρόνο με ανθρώπους που μιλούν ελληνικά.

Η ιστορία της Ρίτας

Η Ρίτα (87 ετών) επισκέπτεται τακτικά την Ποντιακή Λέσχη για να δει τις φίλες της, να μιλά στην πρώτη της γλώσσα τα Ποντιακά και να παίξει παραδοσιακά παιχνίδια από της πατρίδας της. Η Ρίτα έχει γράψει στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας ότι δεν θέλει να επισκεφθεί τη Λέσχη εάν δεν μπορεί να μιλά ή να κινείται εύκολα.

3.2 Αυτά είναι τα πράγματα που με ανησυχούν όταν σκέφτομαι τη μελλοντική μου υγεία

Το Βήμα 3.2 σας ζητά να περιγράψετε τι σας ανησυχεί για τη μελλοντική σας υγεία και υγειονομική περίθαλψη. Για παράδειγμα, τυχόν μόνιμα αποτελέσματα ασθένειας ή τραυματισμού που δεν θα τα δεχόσασταν.

Εάν αισθανθείτε αδιαθεσία ή τραυματιστείτε στο μέλλον, η θεραπεία και η φροντίδα μπορεί να σας βοηθήσουν να βελτιωθεί η υγεία σας και μπορεί να επιστρέψετε στην κατάσταση που ήσασταν πριν αρρωστήσετε. Ωστόσο, είναι πιθανό ότι, ανάλογα με την ασθένεια ή τον τραυματισμό σας, η θεραπεία και η φροντίδα να βοηθήσουν μόνο λίγο και μπορεί να μην είστε σε θέση να ζήσετε με τον ίδιο τρόπο όπως πριν.

Παραδείγματα

- Ανησυχώ μήπως θα πονάω συνεχώς.
- Ανησυχώ ότι μπορεί να μην μπορώ να επικοινωνήσω με την οικογένεια και τους φίλους μου ή να με καταλάβουν.
- Θα ήμουν δυστυχισμένος αν δεν μπορούσα να ζήσω ανεξάρτητα.
- Θα το θεωρούσα ανυπόφορο να μη μπορώ να ταΐζω τον εαυτό μου.
- Θα μου ήταν πολύ δύσκολο να μη μπορώ να αναγνωρίσω την οικογένεια και τους φίλους μου.

Η ιστορία της Νίκης

Η Νίκη (43 ετών) διαγνώστηκε πρόσφατα με τη νόσο του Πάρκινσον. Στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας, έχει γράψει ότι θα το θεωρούσε ανυπόφορο αν ήταν μόνιμα ανίκανη να ταΐσει τον εαυτό της. Η Νίκη θέλει να ξέρει η οικογένειά της τι είναι σημαντικό για αυτήν, όταν τη φροντίζουν εάν η ασθένεια την κάνει να χάσει τον έλεγχο των χεριών και άλλων μελών του σώματός της.



3.3 Όταν πλησιάζω το θάνατο, εδώ είναι που θα ήθελα να είμαι

Το Βήμα 3.3 σας ζητά να περιγράψετε πού θα θέλατε να μείνετε τις τελευταίες ημέρες ή εβδομάδες της ζωής σας.

Υπάρχουν 4 επιλογές που παρέχονται σε αυτό το σημείο της φόρμας. Μπορείτε να κάνετε μόνο μία επιλογή. Μπορείτε να συμπεριλάβετε περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με την επιλογή σας στο κουτί δίπλα.

Παραδείγματα:

- Είναι σημαντικό για μένα να είμαι στη φύση. Θα ήθελα να είμαι κάπου με κήπο με λουλούδια ή κοντά στη θάλασσα.
- Η οικογένεια και οι φίλοι είναι ένα πολύ μεγάλο μέρος της ζωής μου. Θα προτιμούσα να μένω όσο το δυνατόν πιο κοντά τους, ώστε να μπορούν να με επισκέπτονται εύκολα και τακτικά.
- Αυτοπροσδιορίζομαι ως ομοφυλόφιλος και είναι σημαντικό για μένα να βρίσκομαι σε ένα μέρος όπου η σεξουαλικότητά μου θα είναι αποδεκτή και σεβαστή.

Η ιστορία του Ραμόν

Ο Ραμόν (95 ετών) έζησε σε οίκο ευγηρίας τα τελευταία 5 χρόνια της ζωής του. Το ίδρυμα έγινε το σπίτι του. Ο Ραμόν είχε κάνει Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας. Έγραψε ότι ήθελε να πεθάνει εκεί που μένει, με την οικογένειά του γύρω του. Η υγεία του Ραμόν επιδεινώθηκε γρήγορα. Οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποίησαν το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας του τις τελευταίες εβδομάδες της ζωής του. Πέθανε ειρηνικά στη μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων περιτριγυρισμένος από την οικογένειά του.



3.4 Όταν πλησιάζω το θάνατο, αυτά τα πράγματα είναι σημαντικά για μένα

Το Βήμα 3.4 σας ζητά να γράψετε τι σας προσφέρει παρηγοριά και ποιον θα θέλατε να έχετε κοντά σας όταν πλησιάζετε το θάνατο. Μπορεί να είναι δύσκολο να σκεφτείτε τι επιθυμείτε για το τέλος της ζωής σας. Σκεφτείτε τι είναι σημαντικότερο για εσάς αυτή τη στιγμή. Μπορεί να θέλετε να σκεφτείτε τις πνευματικές, θρησκευτικές ή πολιτιστικές παραδόσεις που είναι σημαντικές για εσάς ή τι είναι αυτό που μπορεί να σας κάνει να αισθάνεστε άνετα και ειρηνικά.

Μπορείτε να επιλέξετε όλα τα κουτιά που ισχύουν για εσάς. Μπορείτε να συμπεριλάβετε περισσότερες λεπτομέρειες στα κουτιά που παρέχονται.

Παραδείγματα:

- Είμαι Πρεσβύτερος Ιθαγενών. Είναι σημαντικό η οικογένεια και η κοινότητά μου να μπορούν να εκτελούν θρησκευτικές και εθιμικές πρακτικές του πολιτισμού μου, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το θάνατό μου.
- Όταν πεθαίνω, θα ήθελα το δωμάτιό μου να έχει απαλό φωτισμό και μουσική διαλογισμού. Βρίσκω αυτό το περιβάλλον καταπραυντικό.
- Όταν είμαι στα τελευταία μου, δεν θέλω να μπω στο νοσοκομείο, εκτός εάν στο σπίτι δεν γίνεται να μου παράσχουν την άνεση και την αξιοπρέπειά μου.
- Είμαι Ινδουιστής και θα ήθελα να έχω την εκτεταμένη οικογένειά μου κοντά μου, ώστε να μπορούν να εκτελέσουν διάφορες παραδοσιακές τελετουργίες.

Η ιστορία της Θείας

Μια θεία (64 ετών) είχε προβλήματα υγείας με το διαβήτη για πολλά χρόνια. Η οικογένειά της ζει στο Turkey Creek. Εάν αρρωστήσει πολύ, θέλει η κόρη της, η Καρολίνα, να την πάρει πίσω στην πατρίδα, αν είναι σε θέση να ταξιδέψει και αν δεν είναι πολύ μεγάλο βάρος για την οικογένειά της. Η προετοιμασία ενός Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας της δίνει την ηρεμία ότι οι επιθυμίες της είναι σαφείς.



Βήμα 4: Οι αποφάσεις μου για το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας

Πρέπει να λάβετε τουλάχιστον μία απόφαση θεραπείας στο Βήμα 4 για να κάνετε ένα έγκυρο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας. Διαγράψτε τυχόν σημεία που δεν επιθυμείτε να συμπληρώσετε.

Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το Βήμα 4 για να λάβετε αποφάσεις σχετικά με μελλοντικές θεραπείες που θέλετε ή έχετε αντίρρηση. Αυτό περιλαμβάνει θεραπείες ή παρεμβάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να σας κρατήσουν στη ζωή. Αυτές ονομάζονται «θεραπείες που διατηρούν τη ζωή». Μπορείτε επίσης να λάβετε αποφάσεις σχετικά με το αν θα θέλατε να λάβετε μέρος σε ιατρική έρευνα στο μέλλον. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ακολουθήσουν τις αποφάσεις που αναφέρετε στο Βήμα 4.

Θεραπεία θεωρείται οποιαδήποτε ιατρική ή χειρουργική θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της παρηγορητικής φροντίδας και των μέτρων διατήρησης της ζωής, της οδοντιατρικής θεραπείας ή άλλης υγειονομικής περίθαλψης.

Η απόφαση για θεραπεία μέσα στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας είναι μία απόφαση συναίνεσης ή άρνησης της συγκατάθεσής σας να ξεκινήσει ή να συνεχιστεί οποιαδήποτε θεραπεία.

Συνιστάται ιδιαίτερα να συζητήσετε τις αποφάσεις θεραπείας σας με τον γιατρό σας προτού συμπληρώσετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας. Ο γιατρός σας και άλλοι επαγγελματίες υγείας μπορούν να σας παρέχουν συμβουλές σχετικά με τις επιλογές θεραπείας και πώς αυτές μπορεί να σας επηρεάσουν.

4.1 Αποφάσεις για θεραπεία για διατήρηση ζωής

Διαγράψτε αυτή την ερώτηση εάν δεν θέλετε να την συμπληρώσετε. Σημείωση: Πρέπει να λάβετε τουλάχιστον μία απόφαση θεραπείας στο Βήμα 4 για να είναι το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας έγκυρο.

Το Βήμα 4.1 σας ζητά να λάβετε αποφάσεις σχετικά με θεραπείες ή παρεμβάσεις που κάνετε ή αρνείστε να κάνετε για να σας κρατήσουν ζωντανό στο μέλλον. Αυτές οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν μόνο εάν δεν μπορείτε να λάβετε ή να επικοινωνήσετε αποφάσεις μόνος σας.

Όταν αποφασίζετε για τις θεραπείες που θέλετε ή αρνείστε να κάνετε που διατηρούν τη ζωή, σκεφτείτε τα πράγματα που θεωρείτε σημαντικά για εσάς που είναι στο [Βήμα 3: Οι αξίες και οι προτιμήσεις μου](#).

Για βοήθεια να συμπληρώσετε αυτά τα σημεία της φόρμας, μιλήστε με τον γιατρό σας ή/και με άλλους επαγγελματίες υγείας σχετικά με:

- ποιες άλλες θεραπείες για διατήρηση της ζωής μπορεί να χρειαστείτε στο μέλλον
- ποιοι είναι οι κίνδυνοι και παρενέργειες πιθανών θεραπειών που διατηρούν τη ζωή
- πώς μπορεί να επηρεαστούν η μακροπρόθεσμη υγεία και ποιότητα ζωής σας από τις διαφορετικές θεραπείες που διατηρούν τη ζωή.



Με την επιφύλαξη ορισμένων περιορισμένων εξαιρέσεων, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ακολουθούν τις οδηγίες σας για θεραπείες που διατηρούν τη ζωή. Ωστόσο παρόλο που συμπληρώσετε το Βήμα 4.1, αυτό δεν σημαίνει ότι στα σίγουρα θα χρειαστείτε ή θα λάβετε τις θεραπείες που επιλέξατε. Εάν μια θεραπεία δεν θα σας ωφελήσει, δεν είναι υποχρεωμένος ο γιατρός σας να σας την παράσχει.

Δείτε τις [Συχνές ερωτήσεις](#) στην Ενότητα 3: Χρήσιμες πληροφορίες για περισσότερα σχετικά με τις θεραπείες που διατηρούν τη ζωή.

Υπάρχουν 5 επιλογές στο Βήμα 4.1. Μπορείτε να επιλέξετε μόνο ένα.

- **Επιλογή 1:** Συναινώ σε όλες τις θεραπείες που αποσκοπούν στη διατήρηση ή την παράταση της ζωής μου.
- **Επιλογή 2:** Συναινώ σε όλες τις θεραπείες που αποσκοπούν στη διατήρηση ή την παράταση της ζωής μου, εκτός εάν είναι προφανές ότι είμαι τόσο άρρωστος από τραυματισμό ή ασθένεια που δεν υπάρχει εύλογη προοπτική να ανακάμψω στο βαθμό που να μπορώ να επιβιώσω χωρίς συνεχείς θεραπείες που θα με διατηρούν εν ζωή. Σε μια τέτοια περίπτωση, αποσύρω τη συγκατάθεσή μου για θεραπείες για που θα με διατηρούν στη ζωή.
- **Επιλογή 3:** Αρνούμαι να συναινέσω σε οποιοσδήποτε θεραπείες που αποσκοπούν στη διατήρηση ή την παράταση της ζωής μου.
- **Επιλογή 4:** Παίρνω τις ακόλουθες αποφάσεις σχετικά με συγκεκριμένες θεραπείες διατήρησης της ζωής μου, που απαριθμούνται στον πίνακα παρακάτω.
- **Επιλογή 5:** Δεν μπορώ να αποφασίσω αυτή τη στιγμή.

Οι αποφάσεις σας στο Βήμα 4.1 αναφέρονται μόνο σε θεραπείες για τη συντήρηση ζωής. Οι επαγγελματίες υγείας θα συνεχίσουν να παρέχουν φροντίδα για να ελαχιστοποιήσουν τον πόνο και να σας κάνουν να νιώσετε άνετα (π.χ. παρηγορητική φροντίδα), ακόμη και αν επιλέξετε να αρνηθείτε κάθε θεραπεία που διατηρεί τη ζωή.

Εάν δεν θέλετε να λάβετε θεραπείες παρηγορητικής φροντίδας, πρέπει να το διευκρινίσετε στο Βήμα 4.2.

Εάν επιλέξετε την επιλογή 4, θα πρέπει να αποφασίσετε ποιους διάφορους τύπους θεραπειών που σας διατηρούν στη ζωή επιθυμείτε ή αρνείστε να λάβετε.



Ο κάθε άνθρωπος έχει τη δική του άποψη για τις θεραπείες που θέλει ή αρνείται να κάνει. Τα παρακάτω παραδείγματα μπορεί να σας βοηθήσουν όταν σκέφτεστε τις επιλογές σας. Μπορεί επίσης να θέλετε να δώσετε περισσότερες πληροφορίες. Μπορείτε να επιλέξετε την Επιλογή 5 εάν δεν είστε ακόμη έτοιμος να αποφασίσετε για τις θεραπείες που διατηρούν τη ζωή και τις οποίες θα θέλατε ή αρνείστε να κάνετε στο μέλλον.

Παραδείγματα

Παράδειγμα: Επιλογή 1 – Η ιστορία του Ναθαναήλ

- Ο Ναθαναήλ έπαθε καρδιακή προσβολή πριν 5 εβδομάδες. Ο γιατρός του είπε ότι είναι πολύ πιθανό να χρειαστεί εγχείρηση καρδιάς. Ο Ναθαναήλ θέλει να κάνει όλες τις θεραπείες που θα μπορούσαν να διατηρήσουν ή να παρατείνουν τη ζωή του.
- **Ο Ναθαναήλ επιλέγει: Επιλογή 1 – Συναινώ σε όλες τις θεραπείες που αποσκοπούν στη διατήρηση ή την παράταση της ζωής μου.**

Παράδειγμα: Επιλογή 2 - Η ιστορία της Λίντας

- Η Λίντα έχει διαγνωστεί με νεφρική νόσο. Η μητέρα της πέθανε από νεφρική ανεπάρκεια. Η Λίντα θυμάται ότι η μητέρα της είχε πολλή ναυτία προς το τέλος της ζωής της. Θυμάται ότι η ναυτία επιδεινώθηκε από τις θεραπείες που της έκαναν για το υποκείμενο νόσημα, παρόλο που δεν υπήρχε εύλογη προοπτική να αναρρώσει από την ασθένεια. Η Λίντα δεν θέλει να συμβεί αυτό στην ίδια.
- **Η Λίντα επιλέγει: Επιλογή 2 – Συναινώ σε όλες τις θεραπείες που αποσκοπούν στη διατήρηση ή την παράταση της ζωής μου, εκτός εάν είναι προφανές ότι είμαι τόσο άρρωστη από τραυματισμό ή ασθένεια που δεν υπάρχει εύλογη προοπτική να ανακάμψω στο βαθμό που μπορώ να επιβιώσω χωρίς συνεχείς θεραπείες που διατηρούν τη ζωή. Σε μια τέτοια περίπτωση, αποσύρω τη συγκατάθεσή μου για θεραπείες που διατηρούν τη ζωή.**

Παράδειγμα: Επιλογή 3 - Η ιστορία της Μάρθας

- Η Μάρθα είχε κάνει στο παρελθόν θεραπείες για καρκίνο του μαστού. Μόλις της είπαν ότι ο καρκίνος επέστρεψε και ότι η θεραπεία είναι μάλλον απίθανο να παρατείνει τη ζωή της πέρα από λίγους μήνες.
- Η φίλη της Μάρθας είχε καρκίνο του μαστού και η Μάρθα έχει πολύ έντονα συναισθήματα για τη χημειοθεραπεία που έκανε η φίλη της που παράτεινε τη ζωή της αλλά και τον πόνο της. Η Μάρθα αποφάσισε ότι αυτή τη φορά δεν θέλει να κάνει άλλη θεραπεία που θα καθυστερήσει τον θάνατό της και θέλει οι επαγγελματίες υγείας να επικεντρωθούν στο να έχει όσο το δυνατόν μια πιο άνετη και ανώδυνη ζωή.
- **Η Μάρθα επιλέγει: Επιλογή 3 – Αρνούμαι να συναινέσω σε οποιοσδήποτε θεραπείες που αποσκοπούν στη διατήρηση ή την παράταση της ζωής μου.**

Παράδειγμα: Επιλογή 4 - Η ιστορία του Πέτρου

- Ο Πέτρος έχει διαγνωστεί με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (χρόνια ασθένεια των πνευμόνων). Είναι 70 ετών και γνωρίζει ότι η κατάστασή του θα επιδεινωθεί. Ενώ αισθάνεται ότι θα μπορούσε ακόμα να έχει μια καλή ποιότητα ζωής ζώντας στο σπίτι, ακόμα κι αν αυτό σημαίνει τη χρήση οξυγόνου, δεν θέλει να είναι μόνιμα σε ένα συσκευή μηχανικής αναπνοής σε γηροκομείο ή νοσοκομείο.
- **Ο Πέτρος επιλέγει: Επιλογή 4 – Λαμβάνω τις ακόλουθες αποφάσεις σχετικά με συγκεκριμένες θεραπείες διατήρησης της ζωής, όπως αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα.**
 - **Σημειώνει το κουτί (Β) για υποβοηθούμενο αερισμό και παρέχει τις ακόλουθες λεπτομέρειες:** Μόνο προσωρινά και μετά αν μπορώ να επιστρέψω στο σπίτι, ακόμη και με οξυγόνο. Δεν θέλω να είμαι μόνιμα σε συσκευή μηχανικής αναπνοής σε νοσοκομείο ή σε γηροκομείο.
 - **Σημείωσε το κουτί (Γ) για όλες τις άλλες θεραπείες:** Αρνούμαι όλες τις άλλες θεραπείες που διατηρούν τη ζωή.

Παράδειγμα: Επιλογή 5 - Η ιστορία του Βασίλη

- Ο Βασίλης είναι 25 ετών και δεν έχει βιώσει ποτέ το θάνατο ενός στενού μέλους της οικογένειάς του ούτε κάποιον δικό του να χρειάζεται θεραπεία για διατήρηση της ζωής.
- **Ο Βασίλης επιλέγει: Επιλογή 5 – Δεν μπορώ να αποφασίσω αυτή τη στιγμή.**

4.2 Άλλες αποφάσεις θεραπείας

Διαγράψτε αυτήν την ερώτηση εάν δεν θέλετε να την συμπληρώσετε.

Σημείωση: Πρέπει να πάρετε τουλάχιστον μία απόφαση θεραπείας στο Βήμα 4 για να κάνετε ένα έγκυρο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Το Βήμα 4.2 σας ζητά να πάρετε αποφάσεις σχετικά με άλλες θεραπείες (εκτός από τις θεραπείες διατήρησης της ζωής στο Βήμα 4.1) που θα θέλατε ή όχι να κάνετε στο μέλλον. Αυτές οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν μόνο εάν δεν μπορείτε από μόνος σας να πάρετε ή να επικοινωνήσετε τις αποφάσεις σας εσείς.

Άλλες θεραπείες μπορεί να περιλαμβάνουν φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη ορισμένων παθήσεων υγείας (π.χ. ασπιρίνη, θεραπείες χοληστερόλης) ή μεταγγίσεις αίματος.

Εάν συμπεριλάβετε απόφαση για με μια συγκεκριμένη θεραπεία, θα πρέπει να περιγράψετε τις συνθήκες υπό τις οποίες θα θέλατε ή όχι αυτή τη θεραπεία.

Για παράδειγμα, εάν δεν θέλετε να πάρετε ασπιρίνη, δεν θέλετε σε όλες τις περιστάσεις ή μόνο σε συγκεκριμένες περιστάσεις;

Μπορείτε να προσθέσετε πληροφορίες σημειώστε τα κουτιά που διατίθενται. Εάν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, συμπληρώστε τις πρόσθετες σελίδες για το [Βήμα 4.2 – Άλλες αποφάσεις θεραπείας](#) οι οποίες παρέχονται σε αυτόν τον οδηγό και επισυνάψτε τις στο Βήμα 4.2 του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας

Ανατρέξτε στις [Συχνές ερωτήσεις](#) στην Ενότητα 3: Χρήσιμες πληροφορίες για περισσότερα σχετικά με το πώς να προσθέσετε σελίδες στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Παραδείγματα

Περιστάσεις Υγείας	Οι αποφάσεις θεραπειάς μου
Έχω πολύ υψηλή χοληστερόλη	Μην μου δώσετε αναστολείς απορρόφησης χοληστερόλης. Δεν μπορώ να αντέξω τις παρενέργειες.
Σε όλες τις περιστάσεις	Μην μου κάνετε μετάγγιση αίματος ούτε να μου δώσετε προϊόντα αίματος. Είναι ενάντια στα πιστεύω μου.
Πάσχω από συχνές ημικρανίες	Μη μου δίνετε ασπιρίνη. Μου προκαλεί πόνο στο στομάχι.

4.3 Ιατρική έρευνα

Διαγράψτε αυτήν την ερώτηση εάν δεν θέλετε να τη συμπληρώσετε. Σημείωση: Πρέπει να πάρετε τουλάχιστον μία απόφαση θεραπειάς στο Βήμα 4 για να κάνετε ένα έγκυρο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Το Βήμα 4.3 σας ζητά να πάρετε αποφάσεις σχετικά με συμμετοχή στην ιατρική έρευνα. Αυτές οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν μόνο εάν δεν μπορείτε να πάρετε αποφάσεις ή να τις επικοινωνήσετε μόνος σας.

Η συμμετοχή στην ιατρική έρευνα μπορεί να συμβάλει στην προώθηση της ιατρικής και επιστημονικής γνώσης για την πρόληψη, την ανίχνευση ή/και τη θεραπεία ασθενειών. Το Βήμα 4.3 απαριθμεί διαφορετικούς τύπους ιατρικής έρευνας. Μπορείτε να σημειώσετε τις περιστάσεις υπό τις οποίες συναινείτε ή δεν συναινείτε να πάρετε μέρος στις αναφερόμενες δραστηριότητες ιατρικής έρευνας. Ο πίνακας παρακάτω παρέχει παραδείγματα κάθε δραστηριότητας ιατρικής έρευνας που αναφέρονται στο Βήμα 4.3.

Η ιατρική έρευνα πρέπει να διεξάγεται κάτω από αυστηρές κατευθυντήριες γραμμές και με έγκριση από μια επιτροπή εμπειρογνομόνων έρευνας στην οποία συμμετέχουν άνθρωποι (η Επιτροπή Ηθικής Ανθρώπινης Έρευνας που συνάδει με την *Εθνική Δήλωση για την Ηθική Συμπεριφορά στην Ανθρώπινη Έρευνα*).

Εάν συναινέσετε να πάρετε μέρος σε μελλοντική ιατρική έρευνα, αυτό θα ισχύει μόνο για έρευνα που έχει εγκριθεί από επιτροπή ανθρώπινης έρευνας και που ακολουθεί τις εθνικές κατευθυντήριες γραμμές έρευνας. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την ιατρική έρευνα, επισκεφθείτε την ιστοσελίδα στο Γραφείο Συνηγόρου του Πολίτη στο publicadvocate.wa.gov.au. **Κοινοί όροι** στην Ενότητα 3: Στις χρήσιμες πληροφορίες θα βρείτε επίσης περισσότερες πληροφορίες.



Δραστηριότητες έρευνας	Παράδειγμα αυτού του τύπου έρευνας
Χρήση εξοπλισμού ή συσκευής	Δοκιμή αποτελεσματικότητας ενός νέου τύπου μάσκας οξυγόνου ή βηματοδότη.
Παροχή υγειονομικής περίθαλψης που δεν έχει ακόμη την υποστήριξη σημαντικού αριθμού επαγγελματιών στο συγκεκριμένο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης	Δοκιμή νέου φαρμάκου ή τύπου εξοπλισμού που μέχρι στιγμής έχει αποδειχθεί ότι λειτουργεί μόνο σε μελέτη με μικρό αριθμό ασθενών.
Παροχή υγειονομικής περίθαλψης για τη διεξαγωγή συγκριτικής αξιολόγησης	Μια μελέτη που συγκρίνει τις επιδράσεις 2 διαφορετικών φαρμάκων ή θεραπειών για την ίδια ασθένεια. Σε αυτόν τον τύπο έρευνας, μια ομάδα ασθενών κάνει μία θεραπεία και μια άλλη ομάδα ασθενών κάνει μια διαφορετική θεραπεία.
Δείγματα αίματος	Έρευνα όπου εξετάζουν δείγματα αίματος σε εργαστήριο για να δούνε αλλαγές, π.χ. αλλαγές στον αριθμό ή τύπο των κυττάρων του αίματος.
Παίρνουν δείγματα ιστού ή υγρού από το σώμα, συμπεριλαμβανομένου του στόματος, του λαιμού, της ρινικής κοιλότητας, των ματιών ή των αυτιών	Βιοψία σπίλου ή φακίδας (όπου μέρος του σπίλου ή της φακίδας αφαιρείται κάτω από τοπικό αναισθητικό) για να εξετάσουν για σημάδια καρκίνου του δέρματος. Δείγμα στυλεού από το εσωτερικό της μύτης για να ελέγξουν εάν υπάρχει ιός ή βακτήριο.
Κάθε παρεμβατική εξέταση του στόματος, του λαιμού, της ρινικής κοιλότητας, των ματιών ή των αυτιών	Εξέταση με ελαφρύ φως στα αυτιά, τα μάτια ή το στόμα για να δούνε τυχόν αλλαγές ή σημάδια ασθένειας.
Μη παρεμβατική εξέταση του ύψους, του βάρους ή της όρασής σας	Χρησιμοποιώντας ζυγαριά για να ζυγίσουν ένα άτομο. Οφθαλμολογική εξέταση για να ελέγξουν την όραση.
Παρακολούθηση	Εξετάσεις όπου αξιολογείται ο ρυθμός αναπνοής ή η ευκολία κίνησης ενός ατόμου ενώ κάνει διαφορετικές δραστηριότητες.
Συμμετοχή σε έρευνα, συνέντευξη ή ομάδα εστίασης	Απαντήσεις σε γραπτή έρευνα ή διαδικτυακά όπου οι ερωτήσεις έχουν σχέση με θεραπεία ή φροντίδα. Συμμετοχή σε συνέντευξη ή συνάντηση μικρής ομάδας για να μοιραστείτε ιδέες σχετικά με το πώς θα μπορούσε η εμπειρία φροντίδας σας να ήταν καλύτερη.
Συλλογή, χρήση ή αποκάλυψη πληροφοριών, συμπεριλαμβανομένων των προσωπικών πληροφοριών	Έρευνα στην οποία οι πληροφορίες από τα ιατρικά αρχεία ενός ασθενούς μοιράζονται (με την άδεια του ασθενούς) με τους ερευνητές, μαζί με πληροφορίες από άλλα αρχεία ασθενών για κατανόηση των διαφορών και των ομοιοτήτων ανάμεσα στις ομάδες ασθενών, για παράδειγμα, πόσο συχνά άτομα μιας συγκεκριμένης πάθησης εισάγονται στο νοσοκομείο σε μια περίοδο 10 ετών.
Εξέταση ή αξιολόγηση δειγμάτων ή πληροφοριών που έχουν ληφθεί από μια δραστηριότητα που αναφέρεται παραπάνω	Σύγκριση αποτελεσμάτων από εξετάσεις αίματος διαφορετικών ασθενών για την αναζήτηση ομοιοτήτων και διαφορών ως μέρος της έρευνας για κατανόηση μιας ασθένειας και της θεραπείας της.

Βήμα 5: Τα άτομα που με βοήθησαν να συμπληρώσω το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Μπορείτε να επιλέξετε να συμπληρώσετε μερικές, όλες ή καμία από τις ερωτήσεις στο Βήμα 5. Διαγράψτε τυχόν ερωτήσεις που δεν θέλετε να συμπληρώσετε.

Ίσως χρειαστεί να συμπεριλάβετε πρόσθετες πληροφορίες στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας για ορισμένες από τις ερωτήσεις (π.χ. δήλωση διερμηνέα).

Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το Βήμα 5 για να ονομάσετε τα άτομα που σας βοήθησαν να συμπληρώσετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

5.1 Χρησιμοποιήσατε τις υπηρεσίες διερμηνέα κατά τη συμπλήρωση αυτής της φόρμας;

Το Βήμα 5.1 σας ρωτά αν είχατε διερμηνέα κατά τη σύνταξη του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας.

Υπάρχουν 3 επιλογές για αυτήν την ερώτηση:

- **Επιλογή 1:** Τα αγγλικά είναι η πρώτη μου γλώσσα – δεν χρειάστηκε να χρησιμοποιήσω διερμηνέα.

Διαλέξτε αυτή την επιλογή εάν είστε σίγουρος για τη γνώση σας στην αγγλική γλώσσα και δεν προσλάβετε διερμηνέα όταν συμπληρώνετε τη φόρμα.

- **Επιλογή 2:** Τα αγγλικά δεν είναι η πρώτη μου γλώσσα – χρησιμοποίησα διερμηνέα κατά τη σύνταξη του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας και έχω επισυνάψει δήλωση διερμηνέα.

Διαλέξτε αυτήν την επιλογή εάν χρησιμοποιήσατε διερμηνέα για να μεταφράσει τη φόρμα. Θα πρέπει να συμπληρώσετε τη [δήλωση διερμηνέα](#) που παρέχεται με αυτόν τον οδηγό και να την επισυνάψετε στο Βήμα 5.1 του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας.

- **Επιλογή 3:** Τα αγγλικά δεν είναι η πρώτη μου γλώσσα – δεν προσέλαβα διερμηνέα κατά τη σύνταξη του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας.

Επιλέξτε αυτήν την επιλογή εάν τα Αγγλικά δεν είναι η πρώτη σας γλώσσα, αλλά συμπληρώσατε τη φόρμα χωρίς βοήθεια διερμηνέα.

Μπορείτε να επιλέξετε μόνο μία επιλογή και να σημειώσετε ένα κουτί ή μπορείτε να διαγράψετε αυτήν την ερώτηση εάν δεν θέλετε να την συμπληρώσετε.

Εάν επιλέξετε την Επιλογή 2, συνιστάται να ανατρέξετε εσείς και ο διερμηνέας σας στις [Συχνές ερωτήσεις](#) στην Ενότητα 3: Χρήσιμες πληροφορίες για περισσότερα σχετικά με την πρόσβαση σε διερμηνέα.

Εάν επιλέξετε την επιλογή 2, εσείς και ο διερμηνέας σας θα πρέπει να συμπληρώσετε τη δήλωση διερμηνέα που παρέχεται με αυτόν τον οδηγό και να την επισυνάψετε στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.



5.2 Έχετε κάνει Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας (EPG);

Το Βήμα 5.2 σας ζητά να δώσετε πληροφορίες σχετικά με το αν έχετε κάνει ένα Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας.

Το Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας είναι ένα νομικό έγγραφο που σας επιτρέπει να κατονομάσετε και να διορίσετε νόμιμα ένα ή περισσότερα άτομα για να παίρνουν αποφάσεις σχετικά με τον τρόπο ζωής και την υγειονομική περίθαλψή σας, εάν δεν είστε πλέον σε θέση να παίρνετε ή να επικοινωνείτε αυτού του είδους αποφάσεις. Εάν κάνετε Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας σας συνιστούμε ιδιαίτερα να συμπεριλάβετε στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας πληροφορίες για το έγγραφο αυτό.

Το άτομο που διορίζετε για να παίρνει αποφάσεις για λογαριασμό σας ονομάζεται διαρκής κηδεμόνας.

Ένας διαρκής κηδεμόνας δεν μπορεί να παρακάμψει τις αποφάσεις που λαμβάνονται στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας, εκτός σε ειδικές περιστάσεις (π.χ. εάν υπάρχουν νέες θεραπευτικές επιλογές που δεν υπήρχαν διαθέσιμες όταν συμπληρώσατε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας).

Μπορείτε να επιλέξετε μόνο ένα κουτί ή μπορείτε να διαγράψετε αυτήν την ερώτηση εάν δεν θέλετε να τη συμπληρώσετε. Εάν επιλέξετε την Επιλογή 2, θα πρέπει να συμπεριλάβετε λεπτομέρειες σχετικά με το Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας σας και τον κηδεμόνα διάρκειας.

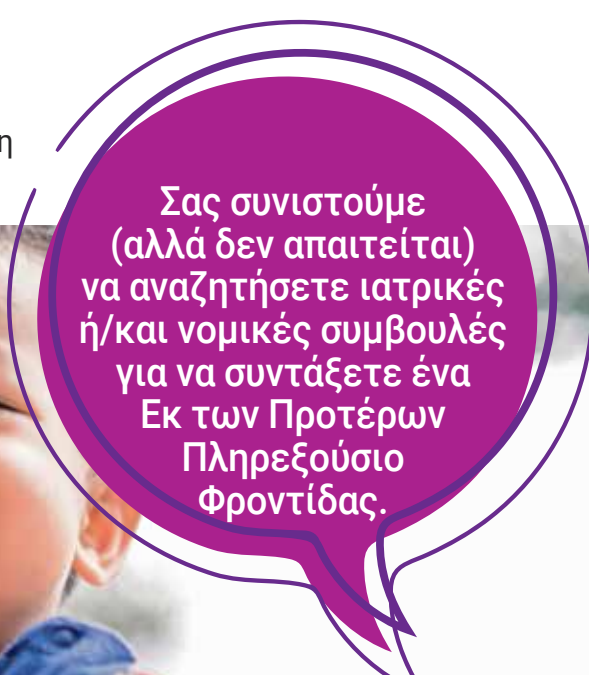
Δείτε τις [Συχνές ερωτήσεις](#) στην Ενότητα 3: Χρήσιμες πληροφορίες για περισσότερα σχετικά με το Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας και πώς να διορίσετε κηδεμόνα.

5.3 Ζητήσατε ιατρικές και/ή νομικές συμβουλές σχετικά με τη σύνταξη του παρόντος Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας;

Το Βήμα 5.3 σας ζητά να παράσχετε λεπτομέρειες σχετικά με τυχόν ιατρικές ή/και νομικές συμβουλές που λάβατε κατά τη σύνταξη του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας.

Μπορεί να σας φανεί χρήσιμο να ζητήσετε ιατρικές ή/και νομικές συμβουλές που θα καθυστερήσουν εσάς και τους κοντινούς σας ανθρώπους ότι οι αποφάσεις που παίρνετε στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας είναι για το συμφέρον σας και κατάλληλες για την κατάσταση της υγείας σας.

Μπορείτε να επιλέξετε μόνο ένα κουτί σε σχέση με τις ιατρικές συμβουλές και να επιλέξετε μόνο ένα κουτί σε σχέση με τις νομικές συμβουλές. Διαγράψτε την ερώτηση εάν δεν θέλετε να την συμπληρώσετε.



Σας συνιστούμε (αλλά δεν απαιτείται) να αναζητήσετε ιατρικές ή/και νομικές συμβουλές για να συντάξετε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.



Βήμα 6: Υπογραφή και μάρτυρες

Πρέπει να συμπληρώσετε αυτό το τμήμα του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας και πρέπει να πληροίτε συγκεκριμένες απαιτήσεις για μαρτυρίας.

Για να διασφαλίσετε ότι το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας είναι έγκυρο, πρέπει να τηρείτε τις ακόλουθες απαιτήσεις και το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας να υπογραφεί από εσάς και τους μάρτυρες.

- Πρέπει να υπογράψετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας στην παρουσία 2 μαρτύρων. Και οι δύο μάρτυρες πρέπει να σας είναι παρόντες όταν υπογράψετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.
- Οι μάρτυρες πρέπει επίσης να υπογράψουν το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας. Πρέπει να είστε παρόν και να δείτε και τους δύο μάρτυρες να υπογράψουν το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας. Κάθε μάρτυρας πρέπει να βλέπει τον άλλο μάρτυρα να υπογράψει το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.
- Οι 2 μάρτυρες πρέπει να είναι τουλάχιστον 18 ετών και να έχουν πλήρη δικαιοπρακτική ικανότητα.
- Ο ένας από τους μάρτυρες πρέπει να είναι εξουσιοδοτημένος μάρτυρας υπεύθυνων δηλώσεων.

Για λεπτομερή λίστα των ατόμων που είναι εξουσιοδοτημένοι μάρτυρες υπεύθυνων δηλώσεων στη Δυτική Αυστραλία, μπορείτε να ανατρέξετε στον νόμο περί *Oaths, Affidavits and Statutory Declarations Act 2005*, Παράρτημα 2 στο wa.gov.au/government/publications/authorised-witnesses-statutory-declarations.

Ένας απλός κατάλογος με εξουσιοδοτημένους μαρτύρους περιλαμβάνει:

- Ακαδημαϊκός (τριτοβάθμιο ίδρυμα)
- Λογιστής
- Αρχιτέκτονας
- Προξενικός Υπάλληλος Αυστραλίας
- Διπλωματικός Υπάλληλος Αυστραλίας
- Δικαστικός επιμελητής
- Διευθυντής Τράπεζας
- Ορκωτός Γραμματέας
- Φαρμακοποιός
- Χειροπρακτικός
- Ελεγκτής ή Εκκαθαριστής Εταιρείας
- Δικαστικός Υπάλληλος
- Αξιωματικός Ενόπλων Δυνάμεων
- Οδοντίατρος
- Γιατρός
- Υπάλληλος Εκλογικού Γραφείου μέλους του Κοινοβουλίου
- Μηχανικός
- Γραμματέας Εργατικής Οργάνωσης
- Μεσίτης Ασφαλίσεων
- Ειρηνοδίκης
- Αξιωματικός Κτηματολογίου
- Δικηγόρος
- Διευθύνων Σύμβουλος Τοπικής Αυτοδιοίκησης ή Αναπληρωτής Διευθύνων Σύμβουλος
- Δημοτικός Σύμβουλος
- Ρυθμιστής απωλειών
- Εκτελεστής Γάμων
- Βουλευτής
- Μαία
- Ιερέας
- Νοσηλεύτης
- Οπτομέτρης
- Παραϊατρικός
- Διαρκής Δικηγόρος Ευρεσιτεχνίας
- Φυσικοθεραπευτής
- Ποδίατρος
- Αστυνομικός
- Διευθυντής Ταχυδρομείου
- Ψυχολόγος
- Συμβολαιογράφος
- Δημόσιος Υπάλληλος (Κοινοπολιτεία ή Πολιτεία)
- Κτηματομεσίτης
- Διακανονιστής
- Σερίφης ή Αναπληρωτής Σερίφης
- Τοπογράφος
- Εκπαιδευτικός
- Δικαστικός Λειτουργός
- Κτηνίατρος.

Όταν δίνετε τη διεύθυνση των μαρτύρων σας, μη χρησιμοποιήσετε ταχυδρομική θυρίδα. Η διεύθυνση μπορεί να είναι κάποια επιχείρηση, ο τόπος εργασίας ή η διεύθυνση κατοικίας των μαρτύρων.

Ανατρέξτε στις [Συχνές ερωτήσεις](#) στην Ενότητα 3: Χρήσιμες πληροφορίες για περισσότερα σχετικά με τον ρόλο και τις ευθύνες των μαρτύρων.

Τι μπορεί να γίνει εάν δεν μπορώ να υπογράψω το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

Εάν δεν μπορείτε να υπογράψετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας, μπορείτε να βάλετε ένα σημάδι, όπως τα αρχικά σας, ένα σταυρό ή δαχτυλικό αποτύπωμα.

Εάν χρησιμοποιείτε σημάδι διαφορετικό από την υπογραφή, θα πρέπει να συμπληρώσετε τη ρήτρα σήματος που παρέχεται με τον παρόντα οδηγό και να την επισυνάψετε στο Βήμα 6 του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας. Εάν συμπεριλάβετε ρήτρα σήμανσης, σας συνιστούμε να ζητήσετε νομικές συμβουλές (δικηγόρο ή κοινοτική νομική υπηρεσία).

Ανατρέξτε στις [Συχνές ερωτήσεις](#) στην Ενότητα 3: Χρήσιμες πληροφορίες για περισσότερα σχετικά με τη συμπλήρωση ενός Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας εάν έχετε προβλήματα όρασης ή δεν μπορείτε να διαβάζετε και/ή να γράφετε.



Ενότητα 3: Χρήσιμες πληροφορίες

Αυτή η ενότητα παρέχει συχνές ερωτήσεις και μια λίστα ελέγχου για την προετοιμασία, τη συμπλήρωση και την αποθήκευση του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας. Περιλαμβάνει επίσης κοινούς όρους και πού να αποταθείτε για περισσότερες πληροφορίες.

Συχνές ερωτήσεις

Αυτή η ενότητα παρέχει απαντήσεις σε ορισμένες συνήθεις ερωτήσεις σχετικά με τη σύνταξη του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας

Γενικά

Πότε θα χρησιμοποιηθεί το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

Το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας θα χρησιμοποιηθεί μόνο όταν δεν μπορείτε από μόνος σας να αποφασίσετε και/ή να επικοινωνήσετε τις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία και την υγειονομική περίθαλψή σας και εάν ισχύει για τη θεραπεία που χρειάζεστε.

Για πόσο χρονικό διάστημα ισχύει το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

Οι αποφάσεις που λαμβάνετε στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας είναι έγκυρες:

- έως το θάνατό σας ή
- έως ότου ανακαλέσετε (ακυρώσετε) το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας ή
- όσον καιρό οι θεραπευτικές επιλογές που αναφέρονται στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας παραμένουν σχετικές. Το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας δεν ισχύει για νέες θεραπευτικές επιλογές που μπορεί να γίνουν διαθέσιμες μετά τη συμπλήρωση του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας.

Εάν χρησιμοποιήσω ένα παλιό υπόδειγμα Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας θα εξακολουθεί να ισχύει;

Ναι. Εάν χρησιμοποιήσετε μια παλιά έκδοση της φόρμας Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας πριν τις 4 Φεβρουαρίου 2023 και ακολουθήσατε όλες τις νομικές απαιτήσεις για να το συμπληρώσετε, θα παραμένει έγκυρο.

Πρέπει να καταχωρίσω επίσημα το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

Όχι. Δεν είστε νομικά υποχρεωμένος να καταχωρίσετε επίσημα το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας. Σας συνιστούμε να ενημερώσετε τους οικείους σας και όσους συμμετέχουν στη φροντίδα σας ότι έχετε συντάξει ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας και να τους δώσετε ένα αντίγραφο. Για περισσότερες πληροφορίες, ανατρέξτε στο θέμα [Τι πρέπει να κάνω με](#) το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας μου;

Θα πρέπει πάντα ο επαγγελματίας υγείας μου να ακολουθεί τις αποφάσεις μου στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας μου;

Ναι. Στις περισσότερες περιπτώσεις, εάν δεν είστε σε θέση να παίρνετε αποφάσεις ή να τις επικοινωνείτε για τη θεραπεία και τη φροντίδα σας, οι επαγγελματίες του τομέα υγείας πρέπει να ακολουθήσουν τις αποφάσεις του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας, εκτός από ορισμένες μεμονωμένες εξαιρέσεις. Μεμονωμένες εξαιρέσεις προκύπτουν εάν:

- οι περιστάσεις σχετικές με την απόφαση θεραπείας σας έχουν αλλάξει από τότε που πήρατε αυτή την απόφαση, και
- δεν θα μπορούσατε εύλογα να προβλέψετε αυτές τις αλλαγές όταν είχατε κάνει το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας, και
- υπάρχει περίπτωση ένα λογικό άτομο που γνωρίζει ότι άλλαξαν οι περιστάσεις να αλλάξει γνώμη σχετικά με την απόφαση θεραπείας.

Πόσο συχνά και πότε πρέπει να επανεξετάσω το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας

Συνιστάται να επανεξετάζετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας κάθε 2 έως 5 χρόνια ή εάν αλλάξουν οι περιστάσεις σας. Για παράδειγμα, εάν διαγνωστείτε με μια νέα ασθένεια μακροχρόνια ή/και που περιορίζει τη ζωή, ίσως χρειαστεί να αναθεωρήσετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας σε λιγότερο από 2 έως 5 χρόνια.

Ποια είναι η διαφορά μεταξύ του εκ των προτέρων προγραμματισμού φροντίδας, μιας Εκ των Προτέρων Δήλωσης Αξιών και Προτιμήσεων, και ενός Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας;

Ο Εκ των προτέρων προγραμματισμός φροντίδας είναι η εθελοντική διαδικασία που προγραμματίζετε για τη μελλοντική σας υγεία και την προσωπική σας φροντίδα, και εκεί κάνετε γνωστές τις αξίες, πεποιθήσεις και προτιμήσεις σας, για να καθοδηγούν τις αποφάσεις που θα λαμβάνονται στο μέλλον όταν πλέον δεν μπορείτε να παίρνετε αποφάσεις ή να τις επικοινωνείτε μόνοι σας.

Ως μέρος αυτής της διαδικασίας, μπορείτε να επιλέξετε να συμπληρώσετε ένα Εκ των προτέρων προγραμματισμό φροντίδας για να καταγράψετε τις αξίες, τις πεποιθήσεις, τις προτιμήσεις και τις αποφάσεις θεραπείας σας. Στη ΔΑ, τα έγγραφα εκ των προτέρων προγραμματισμού φροντίδας περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- **Μια Δήλωση Αξιών και Προτιμήσεων: Ο προγραμματισμός για τη μελλοντική μου φροντίδα,** αυτό είναι ένα έγγραφο στο οποίο μπορείτε να καταγράψετε τι έχει αξία για εσάς και τι φροντίδα θέλετε στο μέλλον, συμπεριλαμβάνει το πού θέλετε να διαμένετε και για άλλα θέματα που είναι σημαντικά σε εσάς. Το παρόν έντυπο ίσως να θεωρηθεί Οδηγία Κοινού Δικαίου (για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε παρακάτω [Ποια είναι η διαφορά μεταξύ μιας Οδηγίας Κοινού Δικαίου και ενός Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας;](#)).
- Ένα **Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας για κάποιον που δεν έχει επαρκή ικανότητα να παίρνει αποφάσεις** είναι ένα έγγραφο που γράφεται για λογαριασμό σας από έναν αναγνωρισμένο υπεύθυνο λήψης αποφάσεων που έχει στενή και συνεχή σχέση μαζί σας (δηλαδή το άτομο που βρίσκεται υψηλότερα στην ιεραρχία των υπευθύνων λήψης αποφάσεων θεραπείας που είναι διαθέσιμο και πρόθυμο να λάβει αποφάσεις). Αυτό το έγγραφο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να καθοδηγήσει τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων και τους επαγγελματίες υγείας κατά τη λήψη αποφάσεων ιατρικής περίθαλψης για λογαριασμό σας, εάν δεν έχετε έγκυρο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας ή δήλωση αξιών και προτιμήσεων. Αυτό το έγγραφο πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν ένα άτομο δεν έχει πλέον ικανότητα λήψης αποφάσεων για να συμπληρώσει αξιών και προτιμήσεων ή ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας. Αυτό το έγγραφο δεν είναι ένα καταστατικό έγγραφο όπου ένα άτομο μπορεί να δώσει νομική συγκατάθεση ή να αρνηθεί τη θεραπεία. Τα μη καταστατικά έγγραφα δεν αναγνωρίζονται από ειδική νομοθεσία.
- Το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας είναι ένα νομικό μητρώο των αποφάσεών σας σχετικά με τις θεραπείες που θέλετε να λάβετε ή όχι εάν αρρωστήσετε ή τραυματιστείτε στο μέλλον. Μπορεί να το συντάξει μόνο άτομο ηλικίας άνω των 18 ετών και το οποίο μπορεί να παίρνει αποφάσεις και να τις επικοινωνεί. Το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας είναι ένα νομοθετημένο έγγραφο, που αναγνωρίζεται από τη νομοθεσία. Τα νομοθετημένα έγγραφα είναι ο ισχυρότερος και πιο επίσημος τρόπος για να καταγράψετε τις επιθυμίες σας.

Ποια είναι η διαφορά μεταξύ μιας Οδηγίας Κοινού Δικαίου και ενός Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας;

Οι Οδηγίες του Κοινού Δικαίου είναι η γραπτή ή προφορική μέθοδος επικοινωνίας όπου εκφράζονται οι επιθυμίες ενός ατόμου σχετικά με τη μελλοντική υγεία και την προσωπική φροντίδα που πρέπει να του παράσχουν ή όχι σε συγκεκριμένες μελλοντικές περιστάσεις. Δεν υπάρχουν τυπικές απαιτήσεις σε σχέση με τις Οδηγίες Κοινού Δικαίου. Μπορεί να υπάρξουν σημαντικές δυσκολίες για να διαπιστωθεί εάν μια συγκεκριμένη Οδηγία του Κοινού Δικαίου είναι έγκυρη από νομική άποψη και μπορεί να ακολουθηθεί. Για το λόγο αυτό δεν τη συνιστούμε για αποφάσεις θεραπείας.

Το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας είναι μία νομική καταγραφή των αποφάσεών σας σχετικά με τη θεραπεία ή τις θεραπείες που θέλετε να λάβετε ή όχι εάν αρρωστήσετε ή τραυματιστείτε στο μέλλον. Αυτό μπορεί να το κάνει μόνο άτομο ηλικίας άνω των 18 ετών που μπορεί να παίρνει αποφάσεις και τις επικοινωνεί μόνο του. Το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας είναι ένα νομοθετημένο έγγραφο, και αναγνωρίζεται από τη νομοθεσία. Τα νομοθετημένα έγγραφα είναι ο ισχυρότερος και επισημότερος τρόπος για να καταγράψετε τις επιθυμίες σας.

Μάρτυρες, υπογραφές και διανομή

Μπορεί κάποιος να με αναγκάσει να υπογράψω ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας παρά τη θέλησή μου;

Όχι. Όλες οι αποφάσεις για θεραπεία που καταγράφονται μέσα σε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας πρέπει να παίρνονται εθελοντικά. Απόφαση θεραπείας που σας την επιβάλλουν ή παίρνετε παρά τη θέλησή σας κάτω από παρότρυνση ή εξαναγκασμό δεν είναι έγκυρη. Εάν κάποιο μέλος της οικογένειάς ή επαγγελματίας υγείας υποπτευθεί ότι το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας δεν έγινε οικειοθελώς ή το άτομο επηρεάστηκε με παρότρυνση ή εξαναγκασμό, θα πρέπει να υποβληθεί αίτηση στο κρατικό διοικητικό δικαστήριο βάσει του νόμου περί Επιτροπείας και Διοίκησης του 1990 για να οριστεί η ακυρότητά του.

Μπορώ να ζητήσω από τον γιατρό μου να παραστεί ως μάρτυρας στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

Ναι. Μπορείτε να ζητήσετε από τον γιατρό σας να παραστεί ως μάρτυρας στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας. Ο γιατρός σας πρέπει να υπογράψει ως μάρτυρας, παρουσία άλλου μάρτυρα (ο οποίος πρέπει επίσης να είναι άνω των 18 ετών).

Μπορώ να ζητήσω από ένα μέλος της οικογένειάς μου να παραστεί ως μάρτυρας στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

Ναι. Εντούτοις, σας συνιστάται να επιλέξετε ανεξάρτητους μάρτυρες και όχι μέλη της οικογένειάς σας.

Μπορώ να ζητήσω από τον διερμηνέα μου να παραστεί ως μάρτυρας στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

Όχι. Εάν χρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες διερμηνέα με την προετοιμασία του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας, δεν μπορεί ο διερμηνέας σας να παραστεί ως μάρτυρας όταν υπογράψετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας.

Χρειάζεται να ενημερώσω κανένα ότι έχω κάνει ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

Συνιστάται να ενημερώσετε ιδιαίτερα τους δικούς σας ανθρώπους και τα άτομα που συμμετέχουν στη φροντίδα σας ότι έχετε συντάξει ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας και να τους δώσετε αντίγραφο. Πείτε τους πού έχετε αποθηκεύσει το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας, για να μπορούν να το βρουν εύκολα εάν χρειαστεί στο μέλλον.

Προσθήκες, αλλαγές, συμπεριλήψεις και ανάκληση (ακύρωση)

Μπορώ να συμπεριλάβω πρόσθετες σελίδες στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

Ναι. Μπορείτε να προσθέσετε περισσότερες πληροφορίες στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας, αρκεί να το κάνετε αυτό πριν υπογραφεί από σας και τους μάρτυρες. Δεν μπορείτε να προσθέσετε επιπλέον σελίδες μετά τις υπογραφές.

Πώς μπορώ να προσθέσω σελίδες στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

Για να προσθέσετε σελίδες στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας, βεβαιωθείτε ότι:

- χρησιμοποιήσατε την έκδοση που συνάδει με το σχετικό σημείο του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας όπου θα προσθέσετε σελίδες
 - εάν προσθέσετε σελίδες στο Βήμα 4.2, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τις [πρόσθετες σελίδες για το Βήμα 4.2 – Άλλες αποφάσεις θεραπείας](#) που παρέχονται με αυτόν τον οδηγό
 - εάν προσθέσετε δήλωση διερμηνέα, χρησιμοποιήστε τη δήλωση διερμηνέα ([interpreter statement](#)) που παρέχεται με τον παρόντα οδηγό και επισυνάψτε την στο Βήμα 5.1
 - εάν προσθέσετε τη ρήτρα marksman clause, χρησιμοποιήστε τη [marksman clause](#) που παρέχεται με αυτόν τον οδηγό και επισυνάψτε την στο Βήμα 6
- επισυνάψτε (π.χ. συρραπτικά) τις πρόσθετες σελίδες στο σχετικό σημείο του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας;
- υπογράψτε και βάλτε την ημερομηνία στο κάτω σημείο των πρόσθετων σελίδων όταν υπογράφετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας (Βήμα 6) μπροστά στους μάρτυρές σας.

Βεβαιωθείτε ότι οι μάρτυρές σας:

- υπογράφουν στο κάτω σημείο των πρόσθετων σελίδων του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας την ίδια ώρα που υπογράφουν το Βήμα 6.



Μπορώ να προσθέσω ή/να αλλάξω τις αποφάσεις του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας μου μετά την υπογραφή τη δικιά μου και των μαρτύρων μου;

Όχι. Δεν μπορείτε να προσθέσετε ή/και να αλλάξετε τις αποφάσεις του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας αφότου υπογράψατε εσείς και οι μάρτυρές σας.

Εάν χρειάζεται να αλλάξετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας, θα πρέπει να ανακαλέσετε (ή να ακυρώσετε) το παρόν Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας και να συντάξετε ένα νέο εξ αρχής.

Τι θα συμβεί εάν αλλάξω τη διεύθυνση ή τα στοιχεία επικοινωνίας μου αφού έχουμε με τους μάρτυρές μου ήδη υπογράψει το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

Το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας παραμένει σε ισχύ εάν αλλάξετε τη διεύθυνση ή/και τα στοιχεία επικοινωνίας σας. Δεν χρειάζεται να ανακαλέσετε (ακυρώσετε) το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας εάν αλλάξουν μόνο τα προσωπικά σας στοιχεία. Μπορείτε απλώς να ενημερώσετε τα άτομα που έχουν αντίγραφο του Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας σχετικά με τα νέα προσωπικά σας στοιχεία.

Πώς μπορώ να ανακαλέσω (ή να ακυρώσω) το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας μου;

Για να ανακαλέσετε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας, πρέπει να έχετε πλήρη δικαιοπρακτική ικανότητα. Ο νόμος παρέχει προστασία για να διασφαλίσει ότι δεν μπορεί ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας να συνταχθεί, να τροποποιηθεί ή να ανακληθεί εάν το άτομο δεν έχει την ικανότητα να το συντάξει.

Υπάρχει μια δήλωση στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας που σας επιτρέπει να υποδείξετε ότι ανακαλείτε μια προηγούμενη έκδοση.

Το Υπουργείο Υγείας της ΔΑ συνιστά να γράψετε σε όλους (άτομα και οργανισμούς) και να τους ενημερώσετε ότι έχετε ανακαλέσει (ακυρώσει) το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας. Αυτό περιλαμβάνει τον γιατρό σας, άλλους επαγγελματίες υγείας, παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, μέλη της οικογένειάς ή/και φίλους που έχουν στην κατοχή τους αντίγραφο του Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας;

Όλοι όσοι έχουν ένα παλιό αντίγραφο του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας σας θα πρέπει να σας το επιστρέψουν και πρέπει να καταστρέψετε όλα τα παλιά αντίγραφα.

Μπορεί ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας να περιλαμβάνει τη συγκατάθεσή μου για δωρεά οργάνων και ιστών;

Όχι. Ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να δηλώσετε επίσημα ότι θέλετε να κάνετε δωρεά τα όργανα και τα οστά σας. Η δωρεά οργάνων και ιστών θα πρέπει να καταχωρίζεται επίσημα στο donatelife.gov.au. Είναι επίσης σημαντικό να μιλήσετε στα μέλη της οικογένειάς σας για τις αποφάσεις σας σχετικά με τη δωρεά οργάνων και ιστών, καθώς οι συγγενείς θα κληθούν να συμφωνήσουν με αυτό εάν πεθάνετε.

Μπορώ να δώσω τη συγκατάθεσή μου για εθελοντικό υποβοηθούμενο θάνατο στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας μου;

Όχι. Ο εθελοντικός υποβοηθούμενος θάνατος (health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying) είναι μια νομική επιλογή για κατοίκους της Δυτικής Αυστραλίας οι οποίοι πληρούν τα απαιτούμενα κριτήρια επιλεξιμότητας. Δεν είναι δυνατόν ο εθελοντικός υποβοηθούμενος θάνατος να συμπεριληφθεί σε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας, αλλά αν είναι κάτι που θέλετε να εξετάσετε ως επιλογή, μπορείτε να μιλήσετε με τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης ή να επικοινωνήσετε με την υπηρεσία WA VAD Statewide Care Navigator Service. Οι πλοηγοί φροντίδας που στελεχώνουν την υπηρεσία αυτή είναι εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας με πληθώρα γνώσεων σχετικά με τον εθελοντικό υποβοηθούμενο θάνατο ως επιλογή στο τέλος της ζωής. Έχουν μεγάλη εμπειρία στον τομέα υποστήριξης ασθενών, οικογενειών και επαγγελματιών υγείας.

Προσβασιμότητα

Το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας είναι διαθέσιμο σε άλλες γλώσσες εκτός από Αγγλικά;

Όχι. Το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας είναι διαθέσιμο μόνο στα Αγγλικά και για να είναι έγκυρες οι απαντήσεις σας πρέπει να είναι γραμμένες στα αγγλικά. Ο οδηγός αυτός και άλλες πληροφορίες για τον προγραμματισμό της φροντίδας είναι διαθέσιμα σε πολλές γλώσσες. Ανατρέξτε healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives για περισσότερες πληροφορίες.

Μπορώ να έχω πρόσβαση σε διερμηνέα για να με βοηθήσει με το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας μου;

Ναι, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες διερμηνέα κατά τη σύνταξη του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας. Συνιστάται ο διερμηνέας σας να έχει προσόντα διερμηνέα και/ή διαπιστευτήρια διερμηνείας. [Δείτε το Βήμα 5.1 στην Ενότητα 2: Οδηγός βήμα-βήμα.](#) Η ενότητα [Πού να απευθυνθώ για περισσότερες πληροφορίες](#) του οδηγού περιλαμβάνει λεπτομέρειες σχετικά με το πού μπορείτε να ζητήσετε διερμηνέα.

Μπορώ να ζητήσω από τον γιατρό μου να προσλάβει διερμηνέα για να συζητήσουμε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας μου;

Ναι. Εάν επιθυμείτε να συζητήσετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας με τον γιατρό σας (ή οποιονδήποτε άλλο επαγγελματία υγείας που συμμετέχουν στη φροντίδα σας), μπορείτε να χρησιμοποιήσετε διερμηνέα. Ο διερμηνέας μπορεί να βρίσκεται στην αίθουσα μαζί σας ή μπορεί να σας κάνει διερμηνεία δια τηλεφώνου.

Τι πρέπει να κάνουμε ο διερμηνέας μου και εγώ για να συμπληρώσουμε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

Εσείς και ο διερμηνέας σας θα πρέπει να συμπληρώσετε τη [δήλωση διερμηνέα](#) που παρέχεται με τον παρόντα οδηγό και να την επισυνάψετε στο Βήμα 5.1 του συμπληρωμένου Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας.

Πώς μπορώ να συντάξω ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας εάν έχω προβλήματα όρασης ή εάν δεν μπορώ να διαβάσω και/ή να γράψω;

Το γεγονός ότι δεν μπορείτε να διαβάσετε ή/και να γράψετε ή/και να υπογράψετε το όνομά σας δεν σας εμποδίζει να συνάψετε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας. Μπορείτε να ζητήσετε από κάποιον να σας διαβάσει το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας (και αυτόν τον οδηγό) και μπορείτε να ζητήσετε βοήθεια για την συμπλήρωση του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας;

Εάν δεν μπορείτε να υπογράψετε το συμπληρωμένο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας, μπορείτε να ζητήσετε από κάποιον άλλο να την υπογράψει εκ μέρους σας. Το άτομο που υπογράφει εκ μέρους σας θα πρέπει να συμπληρώσει τη δεύτερη επιλογή στη σελίδα υπογραφής στο Βήμα 6.

Εάν επιθυμείτε να «υπογράψετε» ο ίδιος το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας κάνοντας οποιοδήποτε σημάδι, εκτός από υπογραφή, πρέπει να συμπληρώσετε τη ρήτρα σήμανσης ([marksman clause](#)) που παρέχεται με τον παρόντα οδηγό και να την επισυνάψετε στο Βήμα 6 του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας. Οι ίδιες απαιτήσεις μαρτύρων ισχύουν ακόμη και αν χρησιμοποιείτε ρήτρα σήμανσης.

Εάν συμπεριλάβετε ρήτρα σήμανσης, συνιστάται να ζητήσετε νομικές συμβουλές από δικηγόρο ή κοινοτική νομική υπηρεσία. Η ενότητα [Πού να απευθυνθείτε για περισσότερες πληροφορίες](#) σε αυτόν τον οδηγό παρέχει λεπτομέρειες σχετικά με το πού να πάτε για νομικές συμβουλές.

Θεραπείες που διατηρούν τη ζωή

Τι είναι η θεραπεία που διατηρεί τη ζωή;

Η θεραπεία που διατηρεί τη ζωή είναι η υγειονομική περίθαλψη που στοχεύει να κρατήσει ένα άτομο ζωντανό ή / και να παραμείνει ζωντανό εάν κινδυνεύει να πεθάνει. Παραδείγματα θεραπειών που διατηρούν τη ζωή περιλαμβάνουν:

- CPR (καρδιοπνευμονική ανάνηψη) (π.χ. θεραπεία που διατηρεί την καρδιά να χτυπάει όταν έχει σταματήσει να χτυπά)
- υποβοηθούμενος αερισμός (π.χ. μηχανήμα που βοηθά στην αναπνοή μέσω μάσκας προσώπου ή αναπνευστικού σωλήνα)
- τεχνητή ενυδάτωση (π.χ. υγρά που χορηγούνται μέσω ενός σωλήνα σε φλέβα, ιστούς ή στο στομάχι)
- τεχνητή διατροφή (π.χ. σωλήνας σίτισης μέσω της μύτης ή του στομάχου)
- λήψη προϊόντων αίματος (π.χ. μετάγγιση αίματος)
- αντιβιοτικά (π.χ. φάρμακα που χορηγούνται για να βοηθήσουν στην καταπολέμηση των λοιμώξεων, που χορηγούνται με ένεση στο στόμα ή με κάνουλα).

Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας

Τι είναι το διαρκές πληρεξούσιο κηδεμονίας;

Το διαρκές πληρεξούσιο κηδεμονίας (EPG) είναι ένα νομικό έγγραφο που εξουσιοδοτεί ένα άτομο της επιλογής σας, να παίρνει σημαντικές προσωπικές αποφάσεις, αποφάσεις για τον τρόπο ζωής και τη θεραπεία για λογαριασμό σας, εάν κάποια στιγμή δεν είστε σε θέση να πάρετε ή να επικοινωνήσετε τις αποφάσεις σας από μόνος σας.

Αυτό το άτομο ονομάζεται διαρκής κηδεμόνας. Μπορείτε να εξουσιοδοτήσετε ένα μόνιμο κηδεμόνα να παίρνει αποφάσεις σχετικά με τον τόπο διαμονής σας, τις υπηρεσίες υποστήριξης στις οποίες έχετε πρόσβαση και τη θεραπεία που λαμβάνετε. Δεν μπορείτε να εξουσιοδοτήσετε μόνιμο κηδεμόνα να παίρνει αποφάσεις σχετικά με την περιουσία σας ή τα οικονομικά σας θέματα. Μπορείτε να έχετε περισσότερους από έναν μόνιμους κηδεμόνες, αλλά πρέπει να ενεργούν από κοινού, πράγμα που σημαίνει ότι πρέπει να συμφωνήσουν αν τυχόν πρέπει να πάρουν αποφάσεις για λογαριασμό σας.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας και τους διαρκείς κηδεμόνες, δείτε την ιστοσελίδα στο Γραφείο του Δημόσιου Συνηγόρου στο justice.wa.gov.au/epg.

Εάν κάνω ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας, πρέπει να κάνω και Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας;

Όχι. Δεν έχετε καμία υποχρέωση να κάνετε Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας απλά και μόνο επειδή έχετε συντάξει ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Ωστόσο, διορίζοντας έναν διαρκή κηδεμόνα, θα αυξήσετε την πιθανότητα οι αποφάσεις που λαμβάνονται για λογαριασμό σας να συμφωνούν με τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις προτιμήσεις σας εάν δεν μπορείτε να πάρετε αποφάσεις ή να τις επικοινωνήσετε μόνος σας.



Επικυρωμένα αντίγραφα και αποθήκευση

Πώς μπορώ να δημιουργήσω επικυρωμένο αντίγραφο του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας μου;

Το επικυρωμένο αντίγραφο είναι ένα φωτοαντίγραφο που ένας εξουσιοδοτημένος μάρτυρας πιστοποιεί ως γνήσιο αντίγραφο του πρωτότυπου εγγράφου. Δεν υπάρχει νομοθεσία στη Δυτική Αυστραλία που να ορίζει ούτε πώς να πιστοποιήσετε ένα αντίγραφο εγγράφου ούτε ποιος μπορεί να το κάνει.

Ωστόσο, συνήθως τα έγγραφα πιστοποιούνται από εξουσιοδοτημένο μάρτυρα για υπεύθυνες δηλώσεις σύμφωνα με το παράρτημα 2 του Νόμου περί Ένορκων, Ένορκων Βεβαιώσεων και Υπεύθυνων Δηλώσεων του 2005. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την πιστοποίηση αντιγράφων του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας, ανατρέξτε στον ιστότοπο του Γραφείου Συνηγόρου στο publicadvocate.wa.gov.au ή στο Ενημερωτικό Δελτίο πληροφοριών του Υπουργείου Δικαιοσύνης – Πιστοποίηση αντιγράφων εγγράφων – justice.wa.gov.au.

Τι πρέπει να κάνω με να συμπληρωμένο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας;

Θα πρέπει να φυλάξετε το πρωτότυπο του Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας σε ασφαλές μέρος.

Μπορείτε να αποθηκεύσετε αντίγραφο του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας στο διαδίκτυο χρησιμοποιώντας το My Health Record. Για να ανεβάσετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας στο My Health Record, μεταβείτε digitalhealth.gov.au.

Συνιστάται να ενημερώνετε τους κοντινούς σας ανθρώπους και όσους συμμετέχουν στη φροντίδα σας ότι έχετε συντάξει ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας. Μπορείτε να μοιραστείτε αντίγραφο του συμπληρωμένου Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας με όσα άτομα βρίσκονται κοντά σας όσο θέλετε. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει:

- την οικογένεια, τους φίλους και τους φροντιστές σας
- διαρκή κηδεμόνα
- Οικογενειακό γιατρό
- άλλους ειδικούς και/ή άλλους επαγγελματίες υγείας
- οίκους ευγηρίας
- τοπικό νοσοκομείο
- νομικούς επαγγελματίες.

Μπορείτε επίσης να χρησιμοποιήσετε τα ακόλουθα, για να ενημερώσετε τους ανθρώπους σας ότι έχετε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας:

- να έχετε μια κάρτα προειδοποίησης του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας στο πορτοφόλι σας - μπορείτε να παραγγείλετε μια κάρτα προειδοποίησης επικοινωνώντας με τη Γραμμή του Εκ των Προτέρων Προγραμματισμού Φροντίδας του Υπουργείου Υγείας στο 9222 2300 ή στείλτε email acp@health.wa.gov.au.
- να φοράτε βραχιόλι MedicAlert (medicalert.org.au).

Δημιουργήστε μια λίστα με τα άτομα που έχουν ένα αντίγραφο του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας και άλλων εκ των προτέρων φροντίδας σχεδιασμού εγγράφων. Αυτό θα είναι μια καλή υπενθύμιση για το με ποιον να επικοινωνήσετε εάν αποφασίσετε να ανακαλέσετε (ακυρώσετε) τα έγγραφά σας στο μέλλον.

Κατάλογος ελέγχου για την εκπόνηση ενός Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας

Για να είστε σίγουρος ότι είναι έγκυρο το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας απαιτείται οι επιλογές σας να είναι γραμμένες με έντονους χαρακτήρες.

- Διαβάστε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας και χρησιμοποιήστε αυτόν τον οδηγό για το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας για να προετοιμαστείτε και να κατανοήσετε τις αποφάσεις σας όταν συμπληρώνετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.
- Σκεφτείτε τι έχει μεγαλύτερη σημασία για εσάς σχετικά με τις αξίες σας, την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη και τι θα έχει μεγαλύτερη σημασία εάν αρρωστήσετε σοβαρά ή τραυματιστείτε στο μέλλον.
- Μιλήστε με στενό σας συγγενή και φίλους σχετικά ως προς το τι είναι σημαντικό για εσάς και τις αξίες και τις προτιμήσεις σας για την υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας σας στο τέλος της ζωής.
- Ζητήστε από τον γιατρό σας να σας εξηγήσει τις επιλογές θεραπείας που διατηρούν τη ζωή που αναφέρονται στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.
- Σκεφτείτε αν θέλετε να διορίσετε έναν μόνιμο κηδεμόνα για να αναλάβει την ευθύνη για αποφάσεις σχετικά με θέματα υγείας και θέματα για τον τρόπο ζωής. Εάν θέλετε να το κάνετε, σκεφτείτε ποιον θέλετε να διορίσετε και μιλήστε μαζί του για τις επιθυμίες σας.
- Εξετάστε πώς η σύνταξη ενός Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας μπορεί να επηρεάσει οποιαδήποτε άλλα έγγραφα προγραμματισμού Εκ των προτέρων φροντίδας που έχετε συμπληρώσει.
- Συμπληρώστε τις λεπτομέρειες στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας με το χέρι ή πληκτρολογήστε τις λεπτομέρειες στην ηλεκτρονική φόρμα PDF.
- Ολοκληρώστε το Βήμα 1 - Τα προσωπικά μου στοιχεία.**
- Κάντε τουλάχιστον μία απόφαση θεραπείας στο Βήμα 4 - Οι αποφάσεις θεραπείας του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας.**
- Εάν χρησιμοποιήσατε τις υπηρεσίες διερμηνέα για να συντάξετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σας, συμπληρώστε το Βήμα 5.1 και συμπληρώστε τη δήλωση διερμηνέα που παρέχεται με τον παρόντα οδηγό και επισυνάψτε την στο Βήμα 5.1 του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας.
- Ολοκληρώστε το Βήμα 6 υπογράφοντας το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας παρουσία 2 μαρτύρων ηλικίας 18 ετών και άνω, και να συμπεριλαμβάνει ένα άτομο που είναι εξουσιοδοτημένο να παρίσταται ως μάρτυρας υπεύθυνων δηλώσεων στη ΔΑ.**
- Εάν χρησιμοποιήσατε σήμα διαφορετικό από υπογραφή για να υπογράψετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας, συμπληρώστε τη ρήτρα σήμανσης που παρέχεται με αυτόν τον οδηγό και επισυνάψτε την στο Βήμα 6 του Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.**
- Δημιουργήστε επικυρωμένα αντίγραφα και ανεβάστε ένα αντίγραφο στο [My Health Record \(myhealthrecord.gov.au\)](https://myhealthrecord.gov.au) για να διασφαλίσετε ότι το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας είναι διαθέσιμο στους επαγγελματίες υγείας που σας παρακολουθούν, εάν χρειαστεί.
- Φυλάξτε το πρωτότυπο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας σε ασφαλές μέρος.
- Δώστε επικυρωμένα αντίγραφα του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας σας σε στενούς συγγενείς και φίλους και άτομα που συμμετέχουν στη φροντίδα σας.
- Προγραμματίστε να αναθεωρήσετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας (σε 2 έως 5 χρόνια) ή αναθεωρήστε το αμέσως εάν αλλάξουν οι συνθήκες της υγείας σας.

Πού να απευθυνθείτε για περισσότερες πληροφορίες

Αυτή η ενότητα παρέχει έναν κατάλογο οργανισμών που μπορούν να σας βοηθήσουν να κατανοήσετε και να συντάξετε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας

Υπουργείο Υγείας ΔΑ - Γραμμή Πληροφοριών Σχεδιασμού Εκ των Προτέρων Σχεδιασμού Φροντίδας

Γενικές ερωτήσεις και να παραγγείλετε δωρεάν πόρους για τον Εκ των Προτέρων Σχεδιασμό Φροντίδας (π.χ. Εκ των Προτέρων Πληρεξούσια Φροντίδας)

Τηλέφωνο: 9222 2300

Email: acp@health.wa.gov.au

Ιστοσελίδα: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

Γραμμή Βοήθειας Ανακουφιστικής Φροντίδας

Ενημέρωση και υποστήριξη σε θέματα που σχετίζονται με τον εκ των προτέρων σχεδιασμό φροντίδας, την ανακουφιστική φροντίδα, τη θλίψη και την απώλεια

Τηλέφωνο: 1800 573 299 (9 π.μ. έως 5 μ.μ. κάθε μέρα)

Ιστοσελίδα: palliativecarewa.asn.au

Ανακουφιστική Φροντίδα ΔΑ

Γενικές ερωτήσεις, πόροι και πληροφορίες σχετικά με τα δωρεάν κοινοτικά εργαστήρια εκ των προτέρων προγραμματισμού φροντίδας

Τηλέφωνο: 1300 551 704 (Δευτέρα έως Πέμπτη)

Ιστοσελίδα: palliativecarewa.asn.au

Εκ των Προτέρων Προγραμματισμός Φροντίδας Αυστραλία (Advance Care Planning Australia) Δωρεάν υπηρεσία υποστήριξης

Γενικές απορίες από επαγγελματίες υγείας και καταναλωτές και υποστήριξη για τη συμπλήρωση εγγράφων του εκ των προτέρων προγραμματισμού φροντίδας

Τηλέφωνο: 1300 208 582 (Δευτέρα έως Παρασκευή 9 π.μ. έως 5 μ.μ. AEST)

Ιστοσελίδα: advancecareplanning.org.au

Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας

Γραφείο Συνηγόρου του Πολίτη

Πληροφορίες σχετικά με το Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας, τους διαρκείς κηδεμόνες και την αξιολόγηση ικανότητας

Τηλέφωνο: 1300 858 455

Email: opa@justice.wa.gov.au

Ιστοσελίδα: publicadvocate.wa.gov.au

Ιατρικές συμβουλές

Συμβουλευτείτε τον οικογενειακό σας γιατρό, τον ειδικό ή τον τοπικό γιατρό

healthdirect Australia

Εμπιστευτική τηλεφωνική υπηρεσία για συμβουλές υγείας. Μπορεί να σας κατευθύνει σε

έναν τοπικό γιατρό ή μπορείτε να μιλήσετε με μια διπλωματούχο νοσοκόμα

Τηλέφωνο: 1800 022 222 (Διαθέσιμο ανά πάσα στιγμή, κάθε μέρα του χρόνου)

Ιστοσελίδα: healthdirect.gov.au

Νομικές συμβουλές

Απευθυνθείτε στον δικηγόρο ή το νομικό σας αντιπρόσωπο για συμβουλές

Νομική Εταιρεία της Δυτικής Αυστραλίας

Τηλέφωνο: 9324 8600

Βρείτε μια Δικηγορική ενότητα παραπομπής και αποριών: lawsocietywa.asn.au/find-a-lawyer

Γραφείο Παροχής Συμβουλών για Πολίτες

Τηλέφωνο: 9221 5711

Ιστοσελίδα: cabwa.com.au

Κοινοτικά Νομικά Κέντρα

Τηλέφωνο: 9221 9322

Ιστοσελίδα: communitylegalwa.org.au

Νομική Βοήθεια Δ Α

Τηλέφωνο: 1300 650 579

Ιστοσελίδα: legalaidservice.wa.gov.au

Αιτήσεις σχετικά με τη λειτουργία του Διαρκούς Πληρεξουσίου Κηδεμονίας και των Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίων Φροντίδας

Κρατικό Διοικητικό Δικαστήριο (SAT)

Τηλέφωνο: 1300 306 017

Ιστοσελίδα: sat.justice.wa.gov.au

Εάν χρειάζεστε διερμηνέα ή μεταφραστή

Εάν δυσκολεύεστε να κατανοήσετε αυτόν τον οδηγό και θέλετε να μεταφραστεί σε άλλη γλώσσα, το Ινστιτούτο Διερμηνέων και Διερμηνείς της Δυτικής Αυστραλίας (WAITI) και η Εθνική Αρχή Διαπίστευσης Διερμηνέων (NAATI) διαθέτουν διαδικτυακούς καταλόγους με ειδικευμένους και πιστοποιημένους διερμηνείς και ικανούς να σας βοηθήσουν. Μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε με την Υπηρεσία Διερμηνείας για Ιθαγενείς της ΔΑ.

Υπηρεσία Διερμηνείας για Ιθαγενείς της ΔΑ

Τηλέφωνο: 0439 943 612

Ιστοσελίδα: aiwaac.org.au

Εάν είστε κωφός ή έχετε προβλήματα ακοής ή ομιλίας

Χρησιμοποιήστε την Εθνική Υπηρεσία Αναμετάδοσης για να τηλεφωνήσετε σε οποιαδήποτε από τις υπηρεσίες αυτής της ενότητας. Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφθείτε: communications.gov.au/accesshub



Κοινοί όροι

Η παρούσα ενότητα παρέχει ορισμούς για κοινούς όρους που χρησιμοποιούνται σε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Εκ των προτέρων προγραμματισμός φροντίδας

Είναι η εθελοντική διαδικασία προγραμματισμού για τη μελλοντική υγεία και την προσωπική φροντίδα, όπου οι αξίες, οι πεποιθήσεις και οι προτιμήσεις του ατόμου γίνονται γνωστές για να καθοδηγήσουν τη λήψη αποφάσεων σε μια μελλοντική στιγμή, όταν δεν μπορεί να παίρνει αποφάσεις ή να τις επικοινωνήσει.

Έγγραφο προγραμματισμού εκ των προτέρων φροντίδας

Ένας γενικός όρος που περιλαμβάνει έγγραφα (συμπεριλαμβάνονται τα νόμιμα και μη νόμιμα) που προκύπτουν από τον εκ των προτέρων προγραμματισμό Φροντίδας. Στη ΔΑ, αυτό περιλαμβάνει το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας, τη Φόρμα Αξιών και Προτιμήσεων: Προγραμματισμός για τη μελλοντική μου φροντίδα, Διαρκή Πληρεξούσια Κηδεμονίας, και Εκ των Προτέρων Πρόγραμμα Φροντίδας για Άτομα με Ανεπαρκή Ικανότητα Λήψης Αποφάσεων.

Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας

Είναι τα έγγραφα που αποτυπώνουν τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τις προτιμήσεις ενός ατόμου σε σχέση με μελλοντικές αποφάσεις φροντίδας, αλλά δεν πληρούν τις απαιτήσεις για νομική αναγνώριση ή αναγνώριση από το κοινό δίκαιο λόγω έλλειψης ικανότητας, ανεπαρκούς ικανότητας λήψης αποφάσεων ή έλλειψης διατυπώσεων (όπως ανεπαρκής ταυτοποίηση προσώπου, υπογραφής και ημερομηνίας). Ένα Εκ των Προτέρων Πρόγραμμα Φροντίδας μπορεί να είναι προφορικό ή γραπτό, το γραπτό είναι προτιμότερο.

Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας

Εθελοντικό νομικό έγγραφο που αναλαμβάνει ένα πρόσωπο συμπληρωμένο από ενήλικο άτομο με πλήρη νομική ικανότητα και επικεντρώνεται στις αξίες και τις προτιμήσεις του ατόμου για μελλοντικές αποφάσεις φροντίδας, που συμπεριλαμβάνει τα αποτελέσματα και τη φροντίδα της προτίμησής του.

Προσδιορίζει τις θεραπείες για τις οποίες παρέχεται ή απορρίπτεται η συγκατάθεση υπό συγκεκριμένες περιστάσεις και τίθεται σε ισχύ μόνο εάν το πρόσωπο καταστεί ανίκανο να επικοινωνήσει τις επιθυμίες του.

Ικανότητα

Ένα άτομο έχει ικανότητα όταν:

- κατανοεί κάθε πληροφορία ή συμβουλή που του παρέχεται για να το βοηθήσει να παίρνει αποφάσεις για το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας του.
- κατανοεί τις πιθανές επιπτώσεις των αποφάσεων που παίρνει στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας του για τη μελλοντική θεραπεία και φροντίδα του
- είναι σε θέση να ζυγίσει τα πιθανά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των αποφάσεών του για τη μελλοντική θεραπεία και φροντίδα του
- είναι σε θέση να επικοινωνεί τις αποφάσεις του για τη μελλοντική του θεραπεία και υγειονομική περίθαλψη ως ένα σημείο.

Επικυρωμένο αντίγραφο

Φωτοαντίγραφο του Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας που υπέγραψαν σωστά οι μάρτυρες και έχει επικυρωθεί ως αληθές αντίγραφο του πρωτότυπου εγγράφου από εξουσιοδοτημένο μάρτυρα.

Τέλος της ζωής

Το χρονικό διάστημα κατά το οποίο ένα άτομο ζει με μια ζωή περιορισμένης διάρκειας ή με δυνητικά θανατηφόρα πάθηση. Οι άνθρωποι θεωρείται ότι πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους εάν πρόκειται να πεθάνουν μέσα στους επόμενους 12 μήνες.

Διαρκές Πληρεξούσιο

Το έγγραφο με το οποίο ένα άτομο ορίζει κάποιον (γνωστό ως πληρεξούσιο) να διαχειρίζεται τις οικονομικές του υποθέσεις.

Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας (EPG)

Το Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας είναι ένα νομικό έγγραφο στο οποίο ένα άτομο ορίζει έναν διαρκή κηδεμόνα για να παίρνει για λογαριασμό του προσωπικές αποφάσεις, αποφάσεις τρόπου ζωής και θεραπείας σε περίπτωση που το εν λόγω άτομο δεν είναι ικανό να κρίνει λογικά πάνω σε αυτά τα θέματα στο μέλλον.

Διαρκής κηδεμόνας

Το άτομο που διορίζεται στα πλαίσια Διαρκούς Πληρεξουσίου Κηδεμονίας για να παίρνει προσωπικές αποφάσεις, αποφάσεις τρόπου ζωής, θεραπείας και ιατρική έρευνα για λογαριασμό του διοριζόμενου.

Υγειονομική φροντίδα

Η υγειονομική φροντίδα μπορεί να περιλαμβάνει ιατρική περίθαλψη, θεραπεία που διατηρεί τη ζωή, χειρουργική επέμβαση, θεραπεία ψυχικής υγείας, φάρμακα, οδοντιατρική θεραπεία, φροντίδα μητρότητας, επείγουσα περίθαλψη, νοσηλευτική φροντίδα, ποδιατρική, φυσιοθεραπεία, οπτομετρία, ψυχολογική θεραπεία, υγειονομική περίθαλψη Ιθαγενών, εργοθεραπεία και άλλες υπηρεσίες που παρέχονται από εγγεγραμμένους επαγγελματίες υγείας όπως παραδοσιακή Κινεζική ιατρική.

Επαγγελματίας υγείας

Κάθε εγγεγραμμένος επαγγελματίας που ασκείται στον επαγγελματικό κλάδο στον τομέα της υγείας που συνεπάγεται τη συμμετοχή ενός εκπαιδευτικού ιδρύματος, που συμπεριλαμβάνει άτομα που ανήκουν σε επάγγελμα που ορίζεται ειδικά από τη νομοθεσία.

LGBTQIA+

Άτομα που αυτοπροσδιορίζονται ως λεσβίες, ομοφυλόφιλοι, αμφιφυλόφιλοι, διέμφυλοι, ίντρσεξ, queer/αμφισβητούμενοι, άφιλοι/και με άλλους διαφορετικούς σεξουαλικούς προσανατολισμούς και ταυτότητες φύλου.

Μέτρα για διατήρηση της ζωής ή θεραπεία

Ιατρικές, χειρουργικές ή νοσηλευτικές διαδικασίες που αντικαθιστούν μια ζωτική σωματική λειτουργία που δεν μπορεί να λειτουργήσει ανεξάρτητα. Περιλαμβάνει υποβοηθούμενο αερισμό και καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση.

Ιατρική έρευνα

Έρευνα που διεξάγεται με άτομα ή για άτομα, ή τα δεδομένα ή ιστούς των ατόμων, στον τομέα της ιατρικής ή της υγείας, και περιλαμβάνει δραστηριότητα που γίνεται για τους σκοπούς της εν λόγω έρευνας.

Ανακουφιστική Φροντίδα

Η υγειονομική περίθαλψη επικεντρώθηκε στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια ή πάθηση, και συμπεριλαμβάνει τις οικογένειες και τους φροντιστές τους.

Η Ανακουφιστική Φροντίδα αναγνωρίζει το άτομο και τη σημασία και μοναδικότητα της οικογένειας/του φροντιστή του. Λαμβάνει υπόψη το σωματικό, κοινωνικό, οικονομικό, συναισθηματικό και πνευματικό στρες, το οποίο μπορεί να επηρεάσει την εμπειρία του ατόμου και τα αποτελέσματα της θεραπείας του.

Συνήγορος του Πολίτη

Ένας νομοθετημένος υπάλληλος που διορίζεται βάσει του *Νόμου περί Επιτροπείας και Διοίκησης του 1990* για να προστατεύει και να προωθεί τα δικαιώματα ενηλίκων που είναι ανίκανα να λαβαίνουν αποφάσεις.

Κρατικό Διοικητικό Δικαστήριο (SAT)

Το δικαστικό όργανο το οποίο, βάσει του *Νόμου περί Επιτροπείας και Διοίκησης του 1990*, εκδικάζει θέματα σχετικά με τη λειτουργία των οδηγιών για το Διαρκές Πληρεξούσιο Κηδεμονίας και για τα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσια Φροντίδας.

Απόφαση θεραπείας

Η απόφαση συναίνεσης ή άρνησης συγκατάθεσης για να ξεκινήσει ή να συνεχίσει οποιαδήποτε θεραπεία.

Επείγουσα θεραπεία

Θεραπεία που χρειάζεται επειγόντως ένας ασθενής για να σωθεί η ζωή του ατόμου, να αποτρέψει σοβαρή βλάβη στην υγεία του ατόμου ή να αποτρέψει να υποφέρει ή να συνεχίσει να υποφέρει το άτομο από σοβαρό πόνο ή αγωνία.

Ακολουθούν οι ιατρικοί όροι που χρησιμοποιούνται στο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Αντιβιοτικά

Ένας τύπος φαρμάκου που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία λοιμώξεων

Τεχνητή ενυδάτωση

Υγρά που χορηγούνται μέσω ενός σωλήνα σε μια φλέβα, ιστό ή το στομάχι.

Τεχνητή διατροφή

Τροφή που χορηγείται μέσω σωλήνα σίτισης από τη μύτη ή το στομάχι.

Προϊόντα αίματος

Το αίμα περιέχει ερυθρά αιμοσφαίρια, λευκά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια, αντισώματα και πρωτεΐνες που διατηρούν τη ζωή, π.χ. αυτές που βοηθούν να σταματήσει η αιμορραγία. Ο όρος «προϊόντα αίματος» περιλαμβάνει όλα τα προϊόντα που προέρχονται από συστατικό αίματος.

Μετάγγιση αίματος

Αίμα ή προϊόντα αίματος που χορηγούνται μέσω ενός σωλήνα στο αιμοφόρο αγγείο του ασθενούς.

Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (CPR)

Μέτρα έκτακτης ανάγκης για να συνεχίσει να χτυπάει η καρδιά (με θωρακική συμπίεση και/ή χρήση απινιδωτή) και υποβοηθούμενο αερισμό όταν η καρδιά και/ή η αναπνοή έχουν σταματήσει.

Χημειοθεραπεία

Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του καρκίνου. Η χημειοθεραπεία περιλαμβάνει τη χρήση φαρμάκων για να εξαλείψει ή να σταματήσει την εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων στο σώμα.

Αιμοκάθαρση

Μια διαδικασία που συνήθως εκτελείται σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια για να απομακρύνει τα υπολείμματα από το αίμα και τη διορθωτικά υγρά και ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Αρρώστια

Μια ασθένεια ή ασθένεια με συγκεκριμένα, σαφώς καθορισμένα συμπτώματα.

Εντατική θεραπεία

Ο κλάδος της ιατρικής που ασχολείται με την παροχή υποστήριξης της ζωής ή υποστήριξης οργάνων σε άτομα που είναι σοβαρά άρρωστα και που χρειάζονται εντατική παρακολούθηση. Επίσης γνωστή ως ιατρική κρίσιμης φροντίδας.

Διασωλήνωση και αερισμός

Ιατρικές διαδικασίες που χρησιμοποιούνται όταν ένα άτομο δεν μπορεί να αναπνεύσει από μόνο του. Η διασωλήνωση είναι η διέλευση ενός σωλήνα (συνήθως μέσω του στόματος) στους πνεύμονες. Ο εξαερισμός είναι η πράξη της διέλευσης αέρα μέσω του σωλήνα.

Ενδοφλέβιος

Μια λέξη που σημαίνει «μέσω της φλέβας». Για παράδειγμα, τα ενδοφλέβια υγρά είναι υγρά που χορηγούνται με ένεση ή με ορό στις φλέβες ενός ατόμου.

Ασθένεια/πάθηση που περιορίζει τη ζωή

Μια ασθένεια, πάθηση ή τραυματισμός που είναι πιθανό να οδηγήσει σε θάνατο, αλλά δεν περιορίζεται στο τελικό στάδιο όταν ο θάνατος είναι επικείμενος.

Φάρμακα ανακούφισης από τον πόνο

Οποιοδήποτε φάρμακο χορηγείται με σκοπό τη μείωση του πόνου. Τα παυσίπονα μπορούν να χορηγηθούν με διάφορα μέσα, συμπεριλαμβανομένου από το στόμα, με ένεση ή με έμπλαστρο στο δέρμα.

Ασθενής

Κάθε άτομο που χρειάζεται θεραπεία.

Παράλυση

Η απώλεια της ικανότητας να χρησιμοποιεί ή να ελέγχει ορισμένους μύς του σώματος. Η παράλυση προκαλείται συχνά από βλάβη των νεύρων.

Σήψη

Μια απειλητική για τη ζωή πάθηση που συμβαίνει όταν το σώμα βλάπτει τους δικούς του ιστούς και όργανα ως αντίδραση σε μια λοίμωξη. Η σήψη μπορεί να οδηγήσει σε σηπτικό σοκ, ανεπάρκεια οργάνων και ακόμη και θάνατο εάν δεν διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί νωρίς.

Εγκεφαλικό επεισόδιο

Ξαφνική απώλεια της εγκεφαλικής λειτουργίας που προκαλείται από απόφραξη ή ρήξη αιμοφόρου αγγείου στον εγκέφαλο, που χαρακτηρίζεται από απώλεια μυϊκού ελέγχου, μείωση ή απώλεια αίσθησης ή συνείδησης, ζάλη, τραύλισμα ή άλλα συμπτώματα που ποικίλλουν ανάλογα με την έκταση και τη σοβαρότητα της βλάβης στον εγκέφαλο.

Παράδειγμα συμπληρωμένου Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας

Οι ακόλουθες σελίδες παρέχουν ένα παράδειγμα συμπληρωμένου Εκ των Προτέρων Πληρεξουσίου Φροντίδας. Μπορείτε να ανατρέξετε σε αυτό για να σας βοηθήσει να προετοιμάσετε και να συμπληρώσετε το δικό σας Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Θυμηθείτε, χρειάζεται χρόνος για να συμπληρώσετε ένα Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας. Δεν χρειάζεται να το συμπληρώσετε την πρώτη φορά. Μπορείτε να το συμπληρώσετε ανά τμήματα.

Ένθετα που παρέχονται με αυτόν τον οδηγό

Με τον παρόντα οδηγό παρέχεται ασυμπλήρωτο Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Επίσης παρέχονται πρόσθετες σελίδες για τη χρήση σας εάν:

- χρειάζεστε επιπλέον χώρο για να συμπληρώσετε το Βήμα 4.2 – Άλλες αποφάσεις θεραπείας
- χρησιμοποιήσατε τις υπηρεσίες διερμηνέα για να συντάξετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας
- χρησιμοποιείτε σημάδι κάποιου άλλου είδους εκτός από υπογραφή για να υπογράψετε το Εκ των Προτέρων Πληρεξούσιο Φροντίδας.

Τα έγγραφα αυτά είναι επίσης διαθέσιμα στο 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

Σημειώσεις

Το έγγραφο αυτό διατίθεται επίσης σε εναλλακτικές μορφές κατόπιν αιτήματος από άτομο με αναπηρία (επικοινωνήστε με το 9222 2300 ή acp@health.wa.gov.au).

© Υπουργείο Υγείας 2022

Τα πνευματικά δικαιώματα αυτού του υλικού ανήκουν στην Πολιτεία της Δυτικής Αυστραλίας, εκτός εάν αναφέρεται διαφορετικά. Εκτός από οποιαδήποτε δίκαιη συναλλαγή για τους σκοπούς της ιδιωτικής μελέτης, έρευνας, κριτικής ή αναθεώρησης, όπως επιτρέπεται από τις διατάξεις του *Νόμου περί Πνευματικών Δικαιωμάτων του 1968*, κανένα τμήμα δεν μπορεί να αναπαραχθεί ή να επαναχρησιμοποιηθεί για οποιονδήποτε σκοπό χωρίς γραπτή άδεια της Πολιτείας της Δυτικής Αυστραλίας.