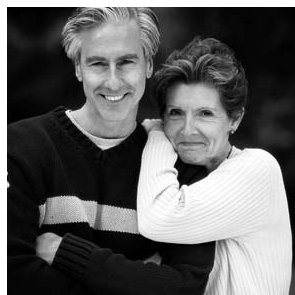


PRIRUCNIK ZA PLANIRANJE NJEGE

Proces o kojem treba razmisliti, pričati i za koji treba planirati u slučaju bolesti opasne po život ili njegovanju pred kraj života.



New Hampshire uputstva za njegu:

Dugotrajna punomoc za zdravstvenu njegu
(DPOAH)

Uputstvo o životnoj volji



FONDACIJA ZA
ZDRAVE ZAJEDNICE

www.healthynh.com

Zasto planirati za njegu?

Donjeti odluku o medicinskoj njezi nije uvijek jednostavno – posebno sad, kad masine mogu drzati pacijente u zivotu i onda kad nema nade za oporavak. To je vase pravo da ucestvujete i planirate za vasu njegu. Ali se moze desiti da dodjete u situaciju kad necete biti u stanju da donesete odluku u vezi sa vasom zdravstvenom negom. Zato je bitno da razmislite i pricate o tome sa vasim voljenim – dugo prije nego kriticne medicinske odluke moraju biti donesene.

Ovaj prirucnik vam nudi informacije kako da napravite uputstva za njegu – legalni dokumenat u kojem pisu vase zelje o medicinskoj njezi. Molimo vas procitajte ovo pazljivo i razmotrite to sa vasom porodicom, doktorom, medicinskom sestrom, predstavnikom pacijenta, svećenikom ili drugim osobama zaduzenim za vasu njegu.

Vi ne morate imati uputstva za njegu ako to ne zelite. Ni jedna bolnica, staracki dom, doktor, medicinska sestra ili osiguranje ne mogu od vas zahtjevati da imate uputstva za njegu da bi vam odobrili svoje usluge. Ali je dobra ideja imati uputstva za njegu ako zelite da vasa porodica i vasi ljekari razumiju i ispostuju vase zelje sto se tice medicinske njege. Takodje ce to biti bolje za vasu porodicu ako se desi da vi niste u stanju da ucestvujete u odlukama za vasu njegu. Oni nece morati pogadjati vase odluke, nesigurni sta bi vi htjeli da oni urade. I, ako clanovi vase porodice i vasi ljekari se ne sloze sta je dobro za vas, uputstva za njegu ce vama pomoci da te odluke ne donosi sud, sto moze biti naporno, dugotrajno i skupo.

BILJESKA: Izrazi korisceni prvi put koje mozda ne razumijete su napisani kurzivnim slovima i definisani u sekciji “Definicije” na kraju ove brosure.

Molimo vas obratite paznju da ovi formulari nisu isti kao po NH zakonu. Zakonske formulare mozete dobiti iz preradjenih NH zakona objasnjenje 137-J. Prilozeni formulari su sustinski slicni NH zakonima ali su napisani da se mogu lakse razumjeti. Ovaj prirucnik je napisan na osnovi New Hampshire zakona koji su postojali u januaru 2007. i odstampan je da informise a ne savjetuje. Ovo nije namjenjeno da bude zamjena za legalni, medicinski ili neki drugi profesionalni savjet. Konsultujte obucenog eksperta za interpretaciju i upotrebu New Hampshire zakona. Vi smijete prestampati ili citirati bilo koji dio ove brosure sa sledecim atributima: “Prestampano sa dozvolom od Fondacije za zdrave zajednice, autorsko pravo © 2006. Sva prava rezervisana.” Ovaj materijal nije dozvoljeno prestampati sa namjerom za prodaju.

Vase misli ili odgovori na sledeca pitanja mogu vama i vasim ljekarima pomoci da sa lakse osjecate.

VRIJEDNOSTI

- Sta daje vashem zivotu svrhu i znacenje?
- Sta najvise cijenate od vasheg fizickog ili mentalnog zdravlja? Na primjer, da li volite prirodu? Volite li da citate ili slusate muziku? Volite li da znate ko je oko vas?

ODNOSI SA FAMILIJOM/ PRIJATELJIMA

- Ko iz vase familije i od prijatelja vam je vazan u zivotu?
- Da li ste pricali o vashoj zdravstvenoj njezi sa vashim voljenim i sa onima koji ce da budu oko vas kad budete imali problema ili kad smrt dodje blizu?

DUHOVNA/ VJERSKA UVJERENJA

- Kako bi vi opisali vas duhovni ili vjerski zivot?
- Kako vas podrzava vasa vasa vjerska zajednica, crkva ili sinagoga?
- Imate li vjerskih uvjerenja o medicinskim tretmanima?

MEDICINSKO

- Kojih zdravstvenih problema se bojite u buducnosti?
- Pod kojim uslovima bi vi zeljeli da cilj vasheg medicinskog tretmana se promjeni sa pokusati nastaviti vas zivot na koncentraciju da se osjecate komforno?
- Zelite li da vam se ponudi *ekipa iz doma za trajno bolesne* ili neka druga vrsta *palijativne njege*?
- Kako utice cijena lijecenja na vase odluke?
- Sta vi mislite o *tretmanu za odrzavanje u zivotu* kao na primjer dijaliza bubrega? Zelite li da ljekari pokusaju da vas ozive, to jeste pokusaju *CPR*, u slucaju da vam srce stane kucati ili da prestanete disati?

PLANIRANJE

- Kad bi danas mogli da planirate kako bi izgledao zadnji dan ili zadnja sedmica vasheg zivota? Gdje bi bili? Ko bi bio sa vama?
- Sta ce vam biti bitno kad budete umirali (komfor, da ne osjetite bol, da vam je porodica prisutna, muzika, molitva, da vas neko miluje ili drzi itd.)?
- Koje generalne komentare zelite da kazete o umiranju i smrti?

- Da li ste zainteresovani da *donirate vase organe ili tkivo*?
- Postoje li ljudi kojima zelite napisati pismo, ili kojima zelite snimiti poruku na kaseti, mozda obiljezenu da bude otvorena nekad u buducnosti?
- Koje su vam zelje za komemoraciju: pjesme ili recitacije koje zelite ili osobe koje se nadate da ce da prisustvuju?
- Zelite li da budete ukopani ili kremirani ili vam to ne znaci nista? Jeste li stupili u kontakt sa pogrebnim zavodom?

Pitanja o uputstvima za njegu

• Sta su uputstva za njegu?

Uputstva za njegu su instrukcije o vasoj njezi u buducnosti. One mogu biti usmene ili pismene. One se mogu reci porodici, prijateljima ili ljekarima. Porodica, prijatelji i ljekari pokusavaju da razumiju i ispune vase instrukcije da li one bile usmene ili pismene. Ali, da bi bila sigurna da svi razumiju vase instrukcije drzava New Hampshire prizna pismena uputstva za njegu koja se sastoje iz dva dijela: Dugotrajna punomoc za zdravstvenu njegu i zivotna volja.

• Sta je dugotrajna punomoc za zdravstvenu njegu (DPOAH)?

Dugotrajna punomoc za zdravstvenu njegu je dio uputstva za njegu u kojem vi imenujete drugu osobu da bude vas *predstavnik za zdravstvenu njegu* i donosi medicinske odluke za vas ako vi niste u stanju da donesete odluku. Vi mozete ostaviti instrukcije koje tretmane zelite da dobijete ili ne, ili koliko dugo da se moguci tretmani pokusavaju. Ako ne zelite da budete *medicinski ishranjivani i napijani*, New Hampshire zakon zahtjeva da to navedete u vasim dokumentima.

• Sta je zivotna volja?

Zivotna volja je dokumenat koji kaze vasim ljekarima da vam se ne daje tretman koji ce vas odrzati u zivotu ako ste *blizu smrti* ili ste *permanentno bez svijesti*, bez nade za oporavak. Ako ne zelite da budete medicinski ishranjivani i napijani, New Hampshire zakon zahtjeva da to navedete u vasim dokumentima.

• Trebaju li meni obadva dokumenta, dugotrajna punomoc za zdravstvenu njegu (DPOAH) i zivotna volja?

Dobro bi bilo da ispunite obadva dijela uputstava za njegu zato sto oni imaju razlicite svrhe. DPOAH stupa na snagu kad god vi ne mozete donositi odluke, na primjer u toku neke operacije ili ako privremeno ostanete bez svijesti. Zivotna volja stupa na snagu samo kad vise nema nade za oporavak. Po New Hampshire zakonu ako uslovi u vasim uputstvima su u konfliktu onda ce DPOAH nadglasati zivotnu volju.

• Sta je razlika izmedju DNR uputstva i uputstva za njegu?

U slucaju da vam srce prestane kucati i vi prestanete disati, ljekari ce normalno pokusati *kardio-plucno ozivljavanje (CPR)* da pokusaju da vam otpocnu disanje i rad srca. Ali ako ste vi pred smrt, vi mozete odluciti da ne zelite CPR. U tom slucaju morate pitati da vam

se napise “Ne pokusavati ozivljavanje” (DNR) uputstvo. Razlika izmedju DNR i uputstava za njegu ukljucuju: uputstva za njegu nisu medicinska uputstva iako je to legalno priznat dokumenat, dok DNR uputstvo jeste medicinsko uputstvo; DNR se koristi samo ako vam srce prestane kucati i vi prestanete disati, dok uputstva za njegu ukljucuju mnoge druge medicinske probleme i odluke, na primjer da li da vas medicinski ishranjaju i napijaju. Vi mozete ukljuciti vase DNR uputstvo u vase uputstva za njegu u slucaju da niste u stanju da u buducnosti donesete tu odluku.

● **Sta ako ja hocu vise od jedne osobe da donesu odluke o mojoj zdravstvenoj njezi?**

Puno ljudi zele da ovlaste vise od jedne osobe da budu njihovi predstavnici za zdravstvenu njegu. Na primjer neko hoce da sve troje njegove/njene djece donesu odluku. Ako navedete vise od jedne osobe kao vase predstavnike za zdravstvenu njegu, bitno je da znate da prva navedena osoba ce biti odgovorna za odluke pa sledeca osoba itd. Ako zelite drukciji proces za odluke (na primjer da svi vasi predstavnici moraju biti suglasni prije nego sto se odluka donese) onda to morate da navedete.

● **Kako se odlucuje da li ja nisam u stanju da donesem odluke o mojoj medicinskoj njezi?**

Ako vas doktor ili bolnicarka odgovorna za vasu njegu odluce da vi niste u stanju da razumijete riziko i beneficije vasih odluka o zdravstvenoj njezi, oni mogu dokumentovati da vi nemate *kapacitet*, u kojem slucaju vas predstavnik za zdravstvenu njegu, ako ste naveli jednog, odlucuje za vas. To ovlastenje nije permanentno, ako vas doktor ili bolnicarka kasnije odluce da ste ponovo dobili kapacitet, onda vi donosite opet odluke za sebe. Ako, kad vi nemate kapacitet da donesete medicinske odluke, vi zelite da odluke vases predstavnika za njegu budu ispostovane, iako ste vi protiv njih, to morate da jasno navedete u vasim uputstvima.

● **Sta uputstva za njegu na uspejavaju?**

Uputstva za njegu pokrivaju samo neke sitne dijelove vase zdravstvene njege. Ovo ne pokriva bitne licne planove ili financijske odluke. “Dugotrajna generalna punomoc” se preporucuje za financije i sve druge licne planove. O tome i drugim uputstvima ne vezanim za vase zdravlje bi trebali pricati sa advokatom.

- **Vaze li jos uvijek moja stara uputstva za njegu?**

Da. Uputstva za njegu ne moraju biti obnovljena. Ali, ako hocete da promjenite nesto u vasim uputstvima onda morate ispuniti nove formulare. Vi bi trebali sa vremena na vrijeme da pregledate vase zelje za zdravstvenu njegu. New Hampshire zakon o uputstvima za njegu je se promjenio 1. januara, 2007. Ali, ako vi imate uputstva koja su napravljena prije ovog datuma ona ce i dalje biti ispostovana po New Hampshire zakonu.

- **Mogu li ja povuci moja uputstva za njegu?**

Vi mozete povuci ili ponistiti vasa uputstva za njegu usmeno ili pismeno kad god to zelite. Ako se razvedete ili ponistite brak to automatski ponistava vas DPOAH, ako je vas suprug/a vas odredjeni predstavnik za zdravstvenu njegu i ako niste naveli alternativnu osobu u vasim dokumentima. Dodatno, ako vi i vas predstavnik za zdravstvenu njegu ispunite zastitnu naredbu vas DPOAH ce takodje automatski biti ponisten, ako niste naveli alternativnog predstavnika.

- **Sta ako su moja uputstva za njegu iz druge drzave?**

Vasa uputstva iz druge drzave vaze u New Hampshire ako su legalno ispunjena u drugoj drzavi i vazna su samo toliko, koliko se poklapaju sa New Hampshire zakonom.

- **Ko bi trebao da ima kopije mojih dokumenata o uputstvima za njegu?**

Kopiju vasih dokumenata bi trebao da ima vas doktor, bolnica, osoba koju ste vi izabrali za vases predstavnika ili ustanova za dugotrajnu njegu i vasa porodica. Idealno bi bilo da originalni dokumenti budu uz vase ostale vazne dokumente kao testament, rodni listovi, i socijalne kartice. Ovako bi vam ti dokumenti uvijek bili pri ruci.

- **Kako ce moji ljekari znati da ja imam uputstva za njegu?**

Vi trebate reci svom doktoru, medicinskoj sestri i drugom medicinskom osoblju da imate uputstva za njegu i trebali bi dati njima kopiju da imaju u vasem medicinskom dosjeu. Svaki put kad budete primljeni u bolnicu bit cete pitani da li imate uputstva za njegu. Ako znate da cete biti primljeni u bolnicu onda bi trebali donjeti kopiju vasih dokumenata sa sobom.

- **Treba li mi advokat?**

Vama ne treba advokat da napravite dokumenat o uputstvima za njegu. Vi mozete jednostavno ispuniti formular u ovoj brosuru, koja je odstampana veoma slicno New Hampshire zakonskom formularu. Ali ako imate pitanja, vi mozete pricati sa advokatom

ili obucenim osobljem u vasoj bolnici ili domu za bolesne. Vi mozete dobiti zakonske formulare iz preradjenih New Hampshire zakona, objasnjenje 137-J.

● **Ko moze biti svjedok potpisivanju mojih uputstava za njegu?**

Da bi vasa uputstva za njegu bila vazeca, morate ih potpisati u prisustvu dva svjedoka ili notara. Vas imenovani predstavnik u DPOAH, suprug/a, naslednik, *prisutni doktor* ili *registrovana bolnicarka* ili osoblje kojem je vas doktor nadglednik ne mogu biti svjedoci. Jedan od dva svjedoka moze biti radnik zdravstvene ili boravne njege ili jedan radnik ustanove gdje dobijate usluge.

● **Zasto bi ja dopustio mom predstavniku za zdravstvenu njegu da donosi odluke ako se ja protiv njih bunim?**

DPOAH dozvoljava vasem predstavniku da donosi odluke ako ste vi bez svijesti ili niste u stanju da kazete vase zelje. DPOAH se moze takodje koristiti da dozvolite vasem predstavniku da donosi odluke za vas iako ste vi pri svijesti i u stanju da komunicirate, ali je vas ljekar misljenja da vi nemate kapacitet da donosite odluke o vasem zdravlju zbog razlicitih uslova kao na primjer alchajmer, ako poludite ili neke druge mentalne bolesti. Kad potpisete vasa uputstva za njegu morate da se odlucite da li da predate svoje pravo da mozete da se protivite odlukama vaseg predstavnika o vasem tretmanu. Ako ne predate to pravo, tretman vam se ne moze dati ili zaustaviti protiv vase odluke. Kako god da se vi odlucite za tretman protiv odluke opciju, vi i dalje mozete ponistiti vas DPOAH kad to hocete ako zelite da promjenite vaseg predstavnika za njegu.

To je vase pravo da ucestvujete i planirate za vasu njegu.

Izbor vasesh predstavnika za dugotrajnu punomoc za zdravstvenu njegu.

Kada se odlucite da izaberete nekoga da prica za vas u slucaju medicinske krize, u slucaju da ne mozete da pricate za sebe, treba da razmislite o nekim stvarima. Ispod navedena tabela vam moze pomoci da odlucite ko je najbolja osoba za to. Inace je najbolje imenovati jednog predstavnika, sa jednim alternativnim, u slucaju da prva osoba nije tu kad bude potrebna.

Uporedite do 3 osobe uz pomoc ove tabele. Najbolja osoba da bude vas predstavnik za DPOAH ili zdravstvenu njegu ce dobro proci na sledecim kvalifikacijama...

1. Ime

2. Ime

3. Ime

1. Ispunjava legalne uslove u vasoj drzavi da bude vas predstavnik.
2. Voljan je da prica za vas.
3. Voljan je da radi po vasim zeljama i da odvoji svoje osjecaje od vasih.
4. Zivi u blizini ili bi mogao doputovati da bude uz vas ako potrebno.
5. Poznaje vas dobro i razumije sta vam je bitno.
6. Mogao bi da podnese odgovornost.
7. Pricat ce sa vama sad o osjetljivim stvarima i slusat ce vase zelje.
8. Vjerovatno ce biti tu u buducnosti.
9. Mogao bi da podnese razlicita misljenja izmedju vase porodice, prijatelja i medicinskoj osoblja.
10. Zalagao bi se za vas u slucaju nesuradljivih doktora ili institucija.

Ova tabela je adaptirana od strane americke pravne asocijacije za legalne probleme starijih osoba od R. Pearlman i ostali, Vas zivot, vase odluke – Planiranje medicinskih odluka u buducnosti: Kako napraviti licnu zivotnu volju, veteranske administracija medicinskog centra, Seattle, Washington. Prestampano sa dozvolom.

Sta uraditi kada izaberete sebi predstavnika predstavnika za zdravstvenu njegu

- Pricajte sa vasim predstavnikom o kvalifikacijama navedenim u prethodnoj tabeli.
- Pitajte za dozvolu da imenujete tu osobu kao predstavnika.

- Pricajte o željama i vrijednostima i strahu zdravstvene njege sa vasim predstavnikom i doktorom.
- Obezbjedite vaseg predstavnika i vaseg doktora sa kopijom vasih uputstava za njegu.

“Donjeti medicinske odluke za nekog drugog: New Hampshire prirucnik” se moze dobiti na www.healthynh.com. Mozda se moze dobiti i u instituciji gdje primate zdravstvenu njegu.

Dugotrajna punomoc za zdravstvenu njegu: Izjava objelodanjivanja

Ovo je vazan legalni dokumenat. Prije nego sto potpisete, trebali bi da znate ove vazne cinjenice.

Osim ako vi kazete drukcije, ovaj dokumenat daje osobi koju ste vi imenovali za vaseg predstavnika za zdravstvenu njegu, autorizaciju da donese neke i sve odluke za zdravstvenu njegu kad vi nemate kapacitet da to uradite (u drugim rijecima, vi niste u stanju da razumijete generalne posljedice odluka o zdravstvenoj njezi ukljucujuci bitne beneficije i razumne alternative za predlozenu zdravstvenu njegu). “Zdravstvena njega” znaci bilo koji tretman, usluga ili procedura da odrzi, dijagnostira ili liječi vase fizicko i mentalno zdravlje.

Zbog toga vas predstavnik za zdravstvenu njegu ce imati moc da donese puno medicinskih odluka za vas. Vas predstavnik se moze sloziti (u drugim rijecima dati dozvolu), da odbije ili povuce dozvolu za medicinski tretman i ima pravo da donese odluke o tretmanu za odrzavanje u zivotu.

Ako zelite da ovlastite vaseg predstavnika da zaustavi medicinskoj ishranjivanje i napijanje onda to morate navesti u vasim dokumentima. Inace vas predstavnik nece moci to da uradi. Ni pod kojim uslovom vas predstavnik za zdravstvenu njegu nece biti u stanju da obustavi vasu hranu i pice koje vi mozete jesti i piti normalno.

U ovom dokumentu mozete navesti sve tretmane koje ne zelite ili tretmane koje hocete za sigurno. Moc vaseg predstavnika pocinje kad vas doktor ili bolnicarka odluce da vi niste u stanju da donesete odluke o zdravstvenoj njezi. Vi mozete dodati jos stranica ovom dokumentu ako vam treba vise mjesta da dovrsite vasu izjavu.

Vas predstavnik za zdravstvenu njegu ne moze dati suglasnost ni na jednu od sledecih stvari: smjestaj u drzavnu instituciju, sterilizaciju ili da naredi da se vas tretman obustavi ako ste trudni i ako ce obustava tretmana da ugrozi vasu trudnocu, sve dok tretman nije fizicki opasan ili ozrokuje prejake bolove koji se ne mogu umirit lijekovima.

Ako iz moralnih ili vjerskih razloga vi ne želite da primite tretman doktora ili registrovane bolnicarke ili ne želite da vas doktor ili bolnicarka pregleda da bi ustanovili da li vam fali kapacitet, onda to morate navesti u vašim uputstvima i morate navesti nekoga ko to može. Ta osoba ne može biti vaš predstavnik za zdravstvenu njegu ili alternativni predstavnik za zdravstvenu njegu ili bilo koja osoba koja ne bi mogla biti vaš predstavnik za zdravstvenu njegu.

Vaš predstavnik zdravstvene njege treba da prati vaše pismene instrukcije iz ovih uputstava kad donosi odluke za vas i da dalje odluke donosi osnovane na prognozi vašeg zdravlja i medicinskih uslova. Ako ne navedete drukcije u vašim uputstvima, vaš predstavnik za zdravstvenu njegu će imati moc da donosi sve odluke kao i vi o vašoj zdravstvenoj njezi, da ste u stanju to da uradite, sve dok su te odluke po državnom zakonu.

Bitno je da pričate o ovom dokumentu sa vašim doktorom ili drugim ljekarima prije nego što ga potpisete, da bi bili sigurni da razumijete koje sve odluke vaš predstavnik za zdravstvenu njegu može donijeti za vas. Ako nemate svog ljekara, onda bi trebali da pričate sa nekim ko zna o ovim stvarima i može odgovoriti vaša pitanja. Provjerite u vašoj bolnici ili domu za bolesne sa obučanim osobljem. Vama ne treba advokat da ispuniti ove dokumente ali ako ima nešto što ne razumijete onda bi trebali da pitate advokata da vam to objasni.

Osoba koju izaberete za vašeg predstavnika zdravstvene njege bi trebao da bude neko koga poznajete dobro i kome vjerujete i on ili ona mora imati najmanje 18 godina. Ako odlucite da neko od medicinskog osoblja, (kao na primjer doktor, bolnicarka, radnik u bolnici ili starackom domu, osim ako nije familija) ta osoba bi morala da izabere između svog posla ili da bude vaš predstavnik za zdravstvenu njegu, jer zakon ne dozvoljava da jedna osoba obavlja obadvije duznosti u isto vrijeme.

Trebali bi da razmislite o alternativnom predstavniku za zdravstvenu njegu u slučaju da vaš predstavnik za zdravstvenu njegu neće, nije u stanju ili legalno bude spriječen da vas

predstavlja. Alternativni predstavnik za zdravstvenu njegu ima ista prava kao i primarni predstavnik ako je on spriječen.

Osobi koju izaberete, trebate reci da zelite da bude vas predstavnik za zdravstvenu njegu. Vi trebate da pricate o ovim uputstvima za zdravstvenu njegu sa vasim predstavnikom za zdravstvenu njegu, vasim doktorom ili bolnicarkom i trebate svima da date kopiju ovog dokumenta. Trebali bi da upisete u dokumentima imena osoba i institucija koji imaju kopiju ovog dokumenta. Vas predstavnik za zdravstvenu njegu nece biti odgovoran za donesene odluke koje su bile sa dobrom namjerom.

I posle potpisivanja ovog dokumenta vi imate pravo da donosite odluke o vasoj zdravstvenoj njezi, sve dok ste u stanju da to uradite, i mozete se protiviti svakom tretmanu ako to hocete. Ako vas doktor ili bolnicarka odluce da vi niste u stanju odluke da donosite, vi mozete sad odluciti da li da se prate instrukcije vaseg predstavnika iako se vi usmeno bunite protiv tih tretmana.

Vi imate pravo da povucete moc koju ste dali svom predstavniku za zdravstvenu njegu u tome sto cete to njemu ili vasim ljekarima saopstiti, usmeno ili pismeno.

Ovaj dokumenat kad se potpise ne moze biti promjenjen. Ako zelite nesto da promjenite onda morate ispuniti novi dokumenat od pocetka.

Vi imate pravo da iskljucite reference vasoj bolnicarki u vasim uputstvima za zdravstvenu njegu, i ako to uradite ovaj dokumenat ce i dalje biti vazec.

Ova punomoc za zdravstvenu njegu neci biti vazeca ako nije potpisana u prisustvu dva ili vise kvalifikovana svjedoka, koji obadvojica moraju biti prisutni kada vi potpisete i koji ce raspoznati vas potpis na dokumentu, ili u prisustvu notara ili sudije. Sledece navedene osobe ne mogu biti svjedoci:

- Osoba koja ce da bude vas predstavnik za zdravstvenu njegu
- Vas/a suprug/a ili naslednik po zakonu, ili osobe navedene u vasem testamentu kao naslednici
- Doktor koji se brine za vas ili bolnicarka, ili neko ko radi pod njihovim nadzorom

Samo jedan od dva svjedoka moze biti radnik u domu gdje ste smjesteni.

NEW HAMPSHIRE UPUTSTVA ZA NJEGU

Biljeska: Ovaj formular ima dva dijela: Dugotrajna punomoc za zdravstvenu njegu i uputstva o zivotnoj volji.

Vi mozete ispuniti obadva dijela ili samo jedan.

1. Dio – Dugotrajna punomoc za zdravstvenu njegu

Ja, _____, (Ime i prezime), _____, (Datum rođenja), sa ovim odredjivam

_____ koji zivi u _____
(Ime i prezime predstavnika za zdravstvenu njegu) (Adresa i broj telefona predstavnika za zdravstvenu njegu)

ako izaberete vise od jednog predstavnika oni ce imati prava po redu kako su im imena navedena, ako vi niste naveli neki drugi nacin kako odluke da se donesu.) kao mog predstavnika da donosi sve odluke za moju zdravstvenu njegu, osim ako ja nisam naveo drugacije u ovom dokumentu ili je to zabranjeno po zakonu. Ova dugotrajna punomoc za zdravstvenu njegu ce stupiti na snagu u slucaju da ja nisam u stanju da donesem odluke o mojoj zdravstvenoj njezi.

U slucaju da gore navedena osoba nije u stanju ili neće ili nema pravo da bude moj predstavnik za zdravstvenu njegu, ja sa ovim odredjivam _____
(Ime i prezime predstavnika za zdravstvenu njegu)

koji zivi u _____
(Adresa i broj telefona predstavnika za zdravstvenu njegu)

(Molimo vas izberite samo jednu osobu. Ako izaberete vise od jedne osobe, oni ce imati prava po redosljedu kako su im imena navedena.)

Izjava o zeljama, specijalnim odredbama i limitacijama za zdravstvenu njegu

Da bi vama bilo lakse svoje zelje da izrazite, neke generalne izjave sto se tice ne davanja ili zaustavljanja tretmana koji vas odrzavaju u zivotu su dole navedene. (Tretman odrzavanja u zivotu je definisan kao procedure bez kojih bi covjek umro, kao na primjer, ali ne samo ove: mehanicko disanje, dijaliza bubrega ili upotreba drugih spoljasnih mehanickih ili tehnoloskih aparata, lijekova za odrzavanje krvnog pritiska, transfuzija krvi i antibiotici.) Takodje u dijelu ovog dokumenta mozete navesti specificne upute za gore navedene stvari ili druge. Ako zelite mozete navesti da li se slazete ili ne sa dole

navedenim izjavama i vashem predstavniku dati punomoc da odluci u tim specificnim uslovima.

A. TRETMAN ZA ODRZAVANJU U ZIVOTU

1. Ako sam blizu smrti i nisam u stanju da donesem odluke o mojoj zdravstvenoj njezi, ja dajem punomoc mom predstavniku da naredi:

(Stavite vase inicijale pored vase odluke (a) ili (b).)

____ (a) tretman za odrzavanje u zivotu ne bude zapocet ili ako vec zapocet da bude obustavljen

- ili -

____ (b) tretman za odrzavanje u zivotu da se nastavi.

2. Da li blizu smrti ili ne, ako ostanem permanentno bez svijesti, ja ovlasavam svog predstavnika da naredi:

(Stavite vase inicijale pored vase odluke (a) ili (b).)

____ (a) tretman za odrzavanje u zivotu ne bude zapocet ili ako vec zapocet da bude obustavljen

- ili -

____ (b) tretman za odrzavanje u zivotu da se nastavi.

B. MEDICINSKA ISHRANA I NAPIJANJE

1. Ja shvatam da situacija u kojoj jedini nacin da umrem bi bio prestanak ili ne davanje medicinske ishrane moze da se desi. Da bi moj predstavnik ispunio moje instrukcije ja dajem mom predstavniku da naredi da:

(Stavite vase inicijale pored vase odluke (a) ili (b).)

____ (a) medicinska ishrana i napijanje se ne zapocne ili ako vec zapoceto da se obustavi.

- ili -

____ (b) iako svi drugi tretmani za odrzavanje u zivotu su obustavljeni, da medicinsko ishranjivanje i napijanje se nastavi.

Ako ne ispunite dio B., vas predstavnik nece moci narediti obustavu medicinskog ishranjivanja i napijanja.

C. TRETMAN SA KOJIM SE VI NE SLAZETE

1. Vi mozda zelite da se postuju odluke vaseg predstavnika za zdravstvenu njegu iako se vi usmeno pobunite protiv tih odluka. Zbog toga razmotrite sledecu izjavu.

(Stavite vase inicijale pored vase odluke (a) ili (b).)

____ (a) Da, ako nisam u stanju da donesem odluku, ako se protiv nekom tretmanu, tretman mi se smije dati.

- ili -

____ (b) Ne, ako nisam u stanju da donesem odluku a protivim se nekom tretmanu, tretman mi se ne smije dati.

D. DODATNE INSTRUKCIJE

Ovdje mozete navesti specificne zelje ili limitacije koje vi smatrate ophodnim, kao na primjer koji tretman za odrzavanje u zivotu zelite ili ne, ili instrukcije o odbijanju nekih tretmana koji nisu u skladu sa vasom vjerom ili za vas nisu prihvatljive iz drugih razloga. Ovo pitanje ako ne zelite ne morate ispuniti.

(dodajte jos stranica ako potrebno)

Ja, sa ovim potvrđujem da mi je data izjava o objelodanjivanju koja objasnjava efekte ovih uputstava. Ja sam procitao i razumijem informacije date u izjavi o objelodanjivanju. Original ovog dokumenta ca biti u _____ i sledece navedene osobe i institucije ce imati kopiju:

Potpisano ovog ____ dana, mjeseca _____, 20__.

Vas potpis (upravitelj): _____

[Ako niste fizicki u stanju da se potpisete, ova uputstva moze neko drugi potpisati, stim sto ce napisati vase ime i prezime, u vasem prisustvu i po vasem naredjenju.]

OVU PUNOMOC ZA UPUTSTVA MORAJU POTPISATI DVA SVJEDOKA ILI NOTAR ILI SUDIJA

Mi objavljujemo da upravitelj izgleda kao da je u zdravom mentalnom stanju i nije pod prinudom za vrijeme potpisivanja ove dugotrajne punomoci za zdravstvenu njegu i da je upravitelj potvrdio da je svjestan efekata ovih uputstava i da to radi samovoljno i dobrovoljno.

Svjedok _____ adresa _____

Svjedok _____ adreas _____

Ako se koritsti notar ili sudija

DRZAVA NEW HAMPSHIRE

OKRUG _____

Prije navedena dugotrajna punomoc za zdravstvenu njegu je potvrđjena u mom prisustvu, ovog ____ dana, mjeseca _____, 20__, pred _____ (“Upravitelj”).

Notar/ Sudija
Moja komisija istice _____

_____, _____
(stampano ime i prezime)

(datum rođenja)

2. Dio – Životna volja

Deklaracija napravljena ovog ____ dana, mjeseca _____, 20__.

Ja, _____, pri zdravom umu, samovoljno i dobrovoljno dajem na znanje svoje želje da moja smrt ne bude vjestacki proizvedena pod dole navedenim uslovima:

Ako bilo kojeg momenta budem imao ne izlječivu povredu ili bolest i bude utvrđeno da sam blizu smrti ili permanentno bez svijesti, od strane dva doktora ili doktora i registrovane bolnicarke i dva doktora ili doktor i registrovana bolnicarka potvrde da mi je smrt blizu, da li mi se davao tretman za održavanje u životu ili ne i u kojem slučaju tretman za održavanje u životu bi samo koristio da vjestacki proizvede momenat moje smrti ili da ću ostati permanentno bez svijesti, ja naredjujem da mi se takve procedure ne rade ili ako već započete da se obustave i da mi se dozvoli da umrem prirodno, samo sa davanjem lijekova i prirodnom ishranom, gdje ja samostalno jedem i pijem, i da mi se urade procedure potrebne da se ja osjećam komforno i bez bolova. Ja shvatam da se može desiti situacija u kojoj jedini način da umrem je da se meni obustavi medicinska ishrana i napijanje.

Da bi se izvele moje instrukcije iz prijetodne sekcije, ja ovlašćavam da:

(Stavite vase inicijale pored vase odluke (a) ili (b).)

____ (a) Medicinska ishrana i napijanje se ne započne ili ako već započeto da se obustavi.

- ili -

____ (b) Iako sve ostale procedure za održavanje u životu budu obustavljene, medicinska ishrana i napijanje da se nastavi.

U slučaju da nisam u stanju da dam uputstva o tretmanu za održavanje u životu, moja je namjera da ova deklaracija bude ispostovana od strane moje porodice i mojih ljekari kao zadnja izjava mojih prava da odbijem medicinski ili operativni tretman i prihvatim posljedice tog odbijanja.

Ja potpuno razumijem ovu deklaraciju, i ja sam emocionalno i mentalno u stanju da napravim ovaku deklaraciju.

Potpisano ovog ____dana, mjeseca_____, 20__.

Vas potpis (upravitelj): _____

[Ako niste fizički u stanju da se potpisete, ova uputstva može neko drugi potpisati, što će napisati vaše ime i prezime, u vašem prisustvu i po vašem naređenju.]

(stampano ime i prezime)

(datum rođenja)

***OVA UPUTSTVA O ZIVOTNOJ VOLJI MORAJU POTPISATI DVA SVJEDOKA ILI
NOTAR ILI SUDIJA***

Mi objavljujemo da upravitelj izgleda kao da je u zdravom mentalnom stanju i nije pod prinudom za vrijeme potpisivanja ove zivotne volje i da je upravitelj potvrdio da je svjestan efekata ovih uputstava i da to radi samovoljno i dobrovoljno.

Svjedok _____ adresa _____

Svjedok _____ adreas _____

Ako se koristiti notar ili sudija

DRZAVA NEW HAMPSHIRE

OKRUG _____

Prije navedena zivotna volja je potvrđena u mom prisustvu, ovog ___ dana,
mjeseca _____, 20___, pred _____ (“Upravitelj”).

Notar/ Sudija

Moja komisija istice _____

(stampano ime i prezime)

(datum rođenja)

DEFINICIJE

Prisutni doktor ili prisutna registrovana bolnicarka (ARNP) –

Prisutni doktor ili ARNP primarno odgovorni za vas tretman i njegu.

ARNP znaci registrovana bolnicarka koja ima specijalne klinicke kvalifikacije po drzavnom zakonu.

Kapacitet da donesete odluke o zdravstvenoj njezi –

Sposobnost da generalno razumijete beneficije i rizike odluka o zdravstvenoj njezi kao i o altternativnim tretmanima. Ovo odlucuje doktor ili ARNP.

CPR ili kardio-plucno ozivljavanje –

Hitna medicinska procedura koja se koristi da otpocne rad srca i disanje i moze se sastojati od duvanja vazduha u usta, pritiskanja grudi, stavljanja crijeva za disanje u usta, davanja lijekova u vene i elektricnog soka.

Komfor njega –

Odrzati vas komfor i mir sto vise moguće, ukljucujuci lijekove protiv bolova, davanje leda, okrecati vas da se ne stvore rane od lezanja i kupanje.

DNR ili uputstva za ne pokusavanje ozivljavanja –

Medicinska naredba u vasem medicinskom dosjeu koja navodi da vi ne zelite CPR u slucaju da vam srce stane ili prestanete disati.

Predstavnik za zdravstvenu njegu –

Osoba kojoj ste vi dali punomoc da donosi odluke o vasoj zdravstvenoj njezi ako vi niste u stanju da kazete vase zelje o njezi i tretmanu.

Njega u domu za trajno bolesne –

Pokusaj timskog rada da vam se pruži obsirna medicinska, socijalna i spiritualna njega i podrška vama i vasoj porodici, pred kraj vasesg zivota.

Intravenska ili IV linija –

Malo crijevo u veni koje se koristi da vam se da tecnost, krv ili lijekovi.

Tretman za odrzavanje u zivotu –

Bilo koja medicinska procedura ili intervencija pri kojom se upotrebljavaju mehanicka ili medicinska sredstva da održe, otpocnu ili zamjene vitalnu funkciju, koja po pismenim presudama prisutnog doktora ili bolnicarke bi samo koristili da vjestacki produzi momenat smrti u slucaju da je osoba blizu smrti ili permanentno bez svijesti. To moze da

uključiti: ventilator ili mehanicko disanje, vjestacko održavanje krvnog pritiska, transfuzija krvi, dijaliza bubrega i druge slicne procedure. Ne uključuje umanjivanje bolova lijekovima ili prirodnu ishranu.

Medicinska ishrana –

Koristenje IV-ia ili crijeva da vam se da hrana kada niste u stanju da jedete samostalno. Crijevo za ishranu je medicinsko crijevo kroz koje se stavlja hrana ili voda u vase tijelo. Ne uključuje proces prirodne ishrane.

Medicinsko napijanje –

Koristenje IV-ia ili crijeva da vam se da voda kad ne mozete da pijete samostalno. Ne uključuje prirodni proces pijenja tecnosti.

Pred smrt –

Ne izljevivo stanje prouzrokovano povredom, ili bolest koja sa stanista razumne medicine ce uzrokovati smrt svakog momenta, tako da tretman za održavanje u zivotu samo pomjera momenat smrti. Ovo odlucuje doktor ili ARNP u saradnji sa jos jednim doktorom.

Donacija organa ili tkiva –

Davanje vasih korisnih organa za transplantaciju drugima koji mogu spasiti ili proizvesti zivote drugih. Organi koje mozete donirati su: srce, bubrezi, pankreas, pluca, jetra, crijeva. Tkiva koja mozete donirati su: roznjaca, koza, kostana srz, srcani zalistak, vezno tkivo. Da bi bili transplantovani organi moraju primati krv dok se ne izvade iz vaseg tijela. Iz tog razloga bi moglo biti neophodno da vas drze na masini za disanje privremeno ili da vam daju neki drugi tretman da bi organi prezivjeli. Doktori procjene da li imate organa ili tkiva koji su za transplantaciju u momentu kada umrete ili pred smrt. Vase tijelo ce se i dalje moci pokazati i moce biti ukopano.

Palijativna njega –

Brinuti se o cijeloj osobi – tijelo, um i dusa. Ovaj princip vidi smrt kao prirodnu i licnu; princip ovoga je da ublazi simptome.

Permanently bez svijesti –

Dugotrajno stanje, neograniceno, bez poboljsanja u kojem vi ne znate za svoje misli, za sebe i svoju okolinu i drugi indikatori o svijesti nisu prisutni potvrđeno sa neuroloskim ispitima doktora u konsultaciji sa vasim doktorom ili ARNP.

Trajno vegetativno stanje –

Ne povratno stanje u kojem medicinski ispiti ustanove kompletan gub glavnih funkcija mozga. To rezultuje u obustavi svih misli i svijesti iako vam srce i dalje kuca i vi disete. Periodi gdje spavate i gdje ste budni ce i dalje da se nastavte.

Probni tretman –

Da se pokusa tretman na odredjeno vrijeme (na primjer 1 ili 2 sedmice) dok se ne odluci da tretman nece uspjeti.

FONDACIJA ZA ZDRAVE ZAJEDNICE

Informacije u ovoj brošuri je pripremio

New Hampshire partnerstvo za njegu pred kraj života

... grupa organizacija koja pomaze ljudima da planiraju svoju zdravstvenu njegu, pricaju o svojim zeljama i ispostovanju njihovih zelja.

Ovo je odobreno od sledecih organizacija:

New Hampshire asocijacija bolnica

New Hampshire medicinsko udruzenje

Asocijacija kucne njege u New Hampshire

New Hampshire asocijacija za zdravstvenu njegu

Organizacija New Hampshire domova za njegu i palijativne njege

Americko drustvo protiv oboljenja raka

Biljeska ljekarima	Kartica za uputstva za njegu
Ja imam: ____ Dugotrajnu punomoc za zdravstvenu njegu ____ Zivotnu volju Potpisani originalni dokumenat se nalazi u: _____ _____ _____ U hitnom slucaju pozovite: _____ Ime i prezime _____ Adresa _____ Grad, drzava, postanski broj _____ Telefon	_____ Ime i prezime _____ Adresa _____ Grad, drzava, postanski broj _____ Potpis Molimo vas pogledajte zadnju stranicu za bitne informacije.

Biljeska ljekarima	Kartica za uputstva za njegu
Ja imam: ____ Dugotrajnu punomoc za zdravstvenu njegu ____ Zivotnu volju Potpisani originalni dokumenat se nalazi u: _____ _____ _____ U hitnom slucaju pozovite: _____ Ime i prezime _____ Adresa _____ Grad, drzava, postanski broj _____ Telefon	_____ Ime i prezime _____ Adresa _____ Grad, drzava, postanski broj _____ Potpis Molimo vas pogledajte zadnju stranicu za bitne informacije.

Isjecite ove kartice po isjeckanim linijama, savite ih i nosite u vasem novcaniku.

FONDACIJA ZA ZDRAVE ZAJEDNICE

Fondacija za zdrave zajednice, 125 Airport Road Concord, NH 03301
Telefon (603) 225-0900 · faks (603) 225-4346 · internet: www.healthynh.com
Autorsko pravo © 2006 Fondacija za zdrave zajednice