

Respecting Choices® at Beaumont

DIREKTIVA PARAPRAKE



Kjo kopje është një përkthim besnik dhe i saktë i origjinalit në anglisht. Kjo kopje është hartuar për qëllime shpjegimi dhe edukative dhe jo për të marrë nënshkrime ligjore. Nënshkrimet ligjore duhet të plotësohen në kopjen në anglisht duke përmendur aty se ju është dhënë kjo kopje e përkthyer.

This is a true and accurate translated copy of the original in English. This copy is intended for explanations and education purposes and is not meant to get legal signatures. Legal signatures should be completed on the English copy with a reference that this translated copy was given.

Beaumont

PËRMBAJTJA

HYRJE

Çfarë është planifikimi paraprak i kujdesit shëndetësor?	I.
Çfarë është një direktivë paraprake?.....	II.
Ndarja e dëshirave dhe zgjedhjeve tuaja	III.
Mësoni më shumë lidhur me Respecting Choices në Beaumont	IV.

DIREKTIVA PARAPRAKE E RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT

PJESA LIGJORE

Informacionet personale	1 nga 5
Autorizim i përhershëm për caktimin e avokatit për kujdesin shëndetësor të pacientit	2 nga 5
Firma e pacientit dhe deklarata e dëshmitarit	3 nga 5
Vendimet për trajtimin e shëndetit mendor - Opsionale	4 nga 5
Pranimi nga avokati i pacientit/Avokatët pasues të pacientit	5 nga 5

INFORMACIONE TË REKOMANDUARA PËR AVOKATIN E PACIENTIT DHE PËR EKIPIN E KUJDESIT SHËNDETËSOR

PJESA OPSIONALE

Konsideratat e mira shpirtërore ose fetare
Eksplorimi i synimeve për kujdesin për një lëndim të rëndë, të përhershëm
Informacione për rigjallërimin kardiopulmonar (CPR)

Të bëjmë një bisedë

Planifikimi paraprak i kujdesit shëndetësor fillon me një bisedë. Koordinuesit e certifikuar të Respecting Choices at Beaumont janë në dispozicion për t'ju ndihmuar lidhur me procesin. Ai përfshin ndarjen e vlerave dhe bindjeve tuaja me avokatin e zgjedhur të pacientit dhe mjekun. Plotësimi me sukses rezulton në një dokument ligjor direktive paraprake.



Mund të mos jetë e lehtë ta plotësoni një direktivë paraprake, por miliona njerëz e kanë bërë me sukses. Mund ta bëni edhe ju.

ÇFARË ËSHTË PLANIFIKIMI PARAPRAK I KUJDESIT SHËNDETËSOR?

Beaumont Health ka lidhur partneritet me Respecting Choices, një model i planifikimit paraprak të kujdesit shëndetësor i njohur në gjithë botën, i bazuar në prova, i cili krijon një kulturë kujdesi shëndetësor që përqendrohet te personi dhe që nderon respektin dhe vlerat e një individi për kujdesin shëndetësor aktual dhe atë të ardhshëm.

Koordinuesit e certifikuar të Respecting Choices at Beaumont janë në dispozicion për t'ju ndihmuar me plotësimin e direktivës paraprake. Kjo do të rezultojë në një dokument që është i qartë, i saktë dhe që pasqyron vlerat tuaja dhe synimet individuale për kujdesin shëndetësor. Ne i ofrojmë këto shërbime falas. Nëse zgjidhni të takoheni me mjekun, mund të ketë një kosto. Ju lutemi flisni me zyrën e mjekut ose kompaninë e siguracionit.

Kjo mënyrë bisedimi pranon se planifikimi paraprak i kujdesit shëndetësor nuk është një proces i njëjtë për të gjithë njerëzit. Ju mund të zgjidhni gjithashtu të plotësoni dokumente të tjera të cilat japin njohuri për vlerat tuaja dhe udhëzime shtesë për avokatin e caktuar të pacientit dhe për ekipin e kujdesit shëndetësor.

Me kërkesën tuaj, dokumenti i direktivës paraprake do të regjistrohet në sistemin elektronik të kartelave mjekësore të Beaumont në mënyrë që të jetë i disponueshëm në çdo kampus ose vend praktike që ndan të njëjtat kartela mjekësore elektronike.

Ndërsa merrni në shqyrtim planin paraprak për kujdesin shëndetësor, e dimë se biseda dhe procesi mund të zgjasin njëfarë kohe. Koordinuesi i Respecting Choices at Beaumont mund të jetë me ju në çdo hap.

Respecting Choices®
PERSON-CENTERED CARE



ÇFARË ËSHTË DIREKTIVA PARAPRAKE?



Direktiva paraprake është një dokument ligjor që përshkruan preferencat tuaja specifike për trajttime mjekësore në rast se nuk jeni në gjendje të bëni këtë. Direktiva paraprake, e quajtur gjithashtu autorizimi i përherëshëm për kujdes shëndetësor, do të përdoret vetëm nëse sëmureni ose dëmtoheni dhe nuk është e mundur që t'i komunikoni vetë dëshirat tuaja. Direktiva paraprake fillon me caktimin e një avokati pacienti për të marrë vendime në vendin tuaj kur ju nuk jeni më në gjendje ta bëni këtë, dhe përfshin dokumentacion shtesë lidhur me preferencat për rigjallërimin kardiopulmonar (CPR), mbështetjen për mbajtjen gjallë në mënyrë artificiale dhe dhurimin e organeve.

Ju do të caktoni një përfaqësues ligjor për veten tuaj, i cili njihet gjithashtu si avokat i pacientit. Avokati juaj duhet të jetë dikush që i besoni, i cili është në dispozicion kur e telefononi, dhe që është i gatshëm të marrë vendime mjekësore në vendin tuaj kur ju nuk jeni në gjendje t'i merrni ato vetë. Ju dhe avokati juaj duhet të bëni një bisedë lidhur me dëshirat tuaja të përcaktuara në direktivën paraprake. Pritet që avokati juaj t'i ndjekë udhëzimet edhe nëse nuk është dakord me ato udhëzime.

Duke i përshkruar me fjalët tuaja synimet tuaja të përgjithshme për kujdesin shëndetësor dhe preferencat për trajtimet, dokumenti i direktivës paraprake ndihmon ekipin e kujdesit shëndetësor dhe avokatin që të ofrojë më mirë llojin e kujdesit shëndetësor që doni vërtet. Mund ta ndryshoni këtë dokument në çdo kohë.

Nëse e rishikoni çdo vit direktivën paraprake me mjekun, skuadrën e kujdesit shëndetësor dhe mjekun, si edhe çdo herë që futeni në një objekt të kujdesit shëndetësor, do ta mbani atë të përditësuar me vlerat tuaja. Mund ta përditësoni ose ta anuloni në çfarëdo kohe.

Dokumente të tjera online që japin udhëzime për avokatin dhe ekipin e kujdesit shëndetësor, mund të gjenden në beaumont.org/respecting-choices.

Dokumente të tjera online:

- Pse ia vlen të jetosh
- Tubat e frymëmarrjes/Intubacioni
- Tubat e ushqimit/Nutricioni
- Pagjumësia krahasuar me rehatinë
- Pjesëmarrja në eksperimente dhe studime klinike
- Transfuzioni i gjakut



MËSONI MË SHUMË RRETH RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT

Çfarë është koordinuesi i certifikuar i Respecting Choices at Beaumont?

Koordinuesi i Respecting Choices at Beaumont është dikush që mund t'ju ndihmojë nëpërmjet bisedave për planifikimin paraprak të kujdesit shëndetësor. Ju dhe të tjerët që zgjidhni për të marrë pjesë mund të diskutoni përvojat tuaja dhe se çfarë do të thotë për ju të jetoni mirë. Biseda rezulton në krijimin e një direktive paraprake që identifikon dhe reflekton synimet tuaja të posaçme për kujdesin shëndetësor.

Respecting Choices at Beaumont në komunitetin tuaj.

Zëdhënësit e Respecting Choices at Beaumont janë të disponueshëm të flasin me grupe të vogla ose të mëdha lidhur me planifikimin paraprak të kujdesit shëndetësor pa pagesë në zonën metropolitane.

Për të kërkuar një folës, ju lutemi na kontaktoni në

respectingchoices@beaumont.org.

A doni të keni një koordinim grupi?

Folësit e Respecting Choices at Beaumont mund t'i ndihmojnë grupet lidhur me procesin e planifikimit paraprak të kujdesit shëndetësor dhe me krijimin e një direktive paraprake. Ju lutemi na dërgoni email në **respectingchoices@beaumont.org.**

Doni të jepni kontributin tuaj me Respecting Choices at Beaumont?

Mësoni më shumë se si të bëheni një koordinues i certifikuar i Respecting Choices at Beaumont dhe lidhur me mundësitë e tjera të shërbimit vullnetar në **respectingchoices@beaumont.org.**

Ky dokument, autorizimi i përhershëm për kujdesin shëndetësor, është vetëm për vendime mjekësore. Nevojitet një formular tjetër autorizimi nëse doni të caktoni dikë tjetër që të marrë vendime financiare në vendin tuaj. Dokumenti i autorizimit financiar nuk i jep mundësi avokatit të marrë vendime mjekësore për ju. Sigurohuni që ta kuptoni ndryshimin mes autorizimit mjekësor dhe autorizimit financiar.



NËSE KENI NEVOJË PËR INFORMACIONE TË MËTEJSHME, ose nëse doni që një koordinues i certifikuar t'ju telefonojë, ju lutemi na kontaktoni në:



Telefon: 947-522-1948



Email: respectingchoices@beaumont.org



Uebсайт: beaumont.org/respecting-choices



RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT – DIREKTIVA PARAPRAKE

Faqja e informacioneve

Emri i plotë i pacientit (ju lutemi me shkronja shtypi): _____

Data e sotme: _____

Datëlindja: _____

Adresa postare: _____

Telefoni Shtëpi: _____ Celular: _____ Punë: _____

Email: _____

U kam dhënë kopje të direktivës sime paraprake këtyre personave:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Sigurohuni të vendosni emrin e avokatit, avokatët alternativë dhe mjekun. Merrni në konsideratë të përfshini organizatën e kujdesit shëndetësor, si edhe miqtë e tjerë dhe pjesëtarët e familjes. Mos harroni ta mbani një kopje për vete.

Mund t'i bëni ndryshimet në direktivën tuaj paraprake në çdo kohë. Rekomandojmë që ta përditësoni dokumentin çdo disa vjet, ose të ndiqni rregullin 5D:

- Çdo dhjetëvjeçar të ri të jetës suaj.
- Pas vdekjes së një personi të dashur.
- Pas një divorci.
- Pas çfarëdo diagnostikimi me rëndësi të madhe.
- Pas ndonjë rënieje të konsiderueshme në funksionim.

Autorizim i përhershëm për kujdesin shëndetësor - Caktimi i avokatit të pacientit

Ky është një dokument ligjor. Unë po caktoj një avokat pacienti i cili do të flasë në emrin tim vetëm nëse unë nuk jam në gjendje të flas për veten time ose nuk jam në gjendje të marr pjesë në marrjen e vendimeve mjekësore (siç përcaktohet nga mjeku im dhe një mjek tjetër ose psikolog i licencuar) ose të vendimeve lidhur me shëndetin mendor (siç përcaktohet nga mjeku im dhe nga mjeku i shëndetit mendor). Avokati im nuk ka autoritet të marrë vendime në emrin tim në asnjë rast nëse unë jam në gjendje të marr pjesë vetë në këto vendime. Autorizoj që ky dokument të përfshihet si pjesë e kartelës sime mjekësore dhe t'i jepet avokatit dhe mjekut tim, si edhe avokatëve pasues dhe sistemeve të kujdesit shëndetësor në të cilat më ofrohet kujdes shëndetësor.

Caktimi i avokatit të pacientit

Unë _____, me adresë në _____
(emri i plotë i pacientit) (adresa e pacientit)

jam mbi 18 vjeç, me mendje të shëndoshë, dhe zgjedh me dëshirë personin e mëposhtëm si avokat pacienti ose avokat pasues për të marrë vendime shëndetësore për mua nëse, dhe vetëm nëse, unë nuk jam në gjendje të marr pjesë vetë për këto vendime. E kuptoj se mund të ndryshoj mendje në çdo kohë duke e komunikuar në çfarëdo mënyre se ky vendim nuk reflekton më dëshirat e mia.

Unë zgjedh personin e mëposhtëm si avokat pacienti

Emri: _____ Marrëdhënia: _____

Adresa: _____ Qyteti: _____ Shteti: _____ Zip: _____

Telefoni Shtëpi: _____ Celular: _____ Punë: _____

Email: _____

Nëse avokati im nuk e pranon caktimin, nuk është i gatshëm, nuk është i disponueshëm ose nuk është në gjendje të veprojë si avokati im, atëherë dua që ky person të jetë:

Avokati i parë alternativ (pasues):

Emri: _____ Marrëdhënia: _____

Adresa: _____ Qyteti: _____ Shteti: _____ Zip: _____

Telefoni Shtëpi: _____ Celular: _____ Punë: _____

Email: _____

Avokati i dytë alternativ (pasues):

Emri: _____ Marrëdhënia: _____

Adresa: _____ Qyteti: _____ Shteti: _____ Zip: _____

Telefoni Shtëpi: _____ Celular: _____ Punë: _____

Email: _____

**Mund të zgjidhni të caktoni avokatë të tjerë alternativë (pasues).*

Nënshkrimi i pacientit

Duhet të nënshkruhet dhe t'i vendoset data në praninë e dy dëshmitarëve

Nënshkrimi im më poshtë zbatohet për të gjitha faqet e këtij dokumenti, duke përfshirë "Pranimi nga avokati i pacientit/avokati pasues i pacientit" që gjendet në faqen 5. Dua që njerëzit e zgjedhur në këtë dokument të jenë avokatët e mi dhe avokatët pasues të mi. Po marr këtë vendim sepse kjo është ajo që dua, JO sepse po më detyron dikush në ndonjë mënyrë. E kuptoj se mund ta tërheq mbrapsht caktimin e avokatit në çdo kohë dhe në çfarëdo mënyrë që komunikon synimin tim për ta tërhequr mbrapsht.

NËNSHKRIMI I PACIENTIT: _____ **Data:** _____

Adresa: _____ Qyteti: _____ Shteti: _____ Zip: _____

Prokurë lidhur me trajtimin për mbajtjen gjallë - Opsionale:

Autorizoj shprehimisht avokatin tim që të marrë vendime ta ndalojë ose ndërpresë trajtimin duke më lejuar që të vdes, dhe e pranoj se këto lloj vendimesh mund të më japin mundësi ose do të më japin mundësi të vdes në mënyrë natyrale.

NËNSHKRIMI I PACIENTIT: _____ **Data:** _____

(nënshkruaj emrin nëse dëshiron që t'i japësh avokatit këtë autoritet)

Deklarata e dëshmitarit

Deklaroj se personi që nënshkroi këtë dokument e nënshkroi atë në praninë time, dhe se ai/ajo duket se është me mendje të shëndoshë dhe nuk po e detyrojnë, mashtrojnë dhe nuk po i bëjnë diçka të paligjshme.

Unë NUK jam:

- Personi i caktuar si avokat pacienti në këtë dokument.
- Nën moshën 18 vjeç.
- Në asnjë lidhje gjaku, martesë ose adoptimi me pacientin.
- Mjeku i pacientit ose ofruesi i kujdesit shëndetësor të pacientit.
- Punonjës i një institucioni shëndetësor ose i një programi për shëndetin mendor të komunitetit i cili trajton pacientin ose kujdeset për të.
- Punonjës i një kompanie të sigurimit për jetën ose shëndetin e pacientit.
- Sipas dijenisë sime, kreditor i pacientit ose nuk kam të drejta në ndonjë pjesë të pronave të paluajtshme të tij sipas një testamenti që ekziston tani ose që është përmes veprimit të ligjit.

NËNSHKRIMI I DËSHMITARIT NJË: _____ **Data:** _____

Emri (ju lutemi me shkronja shtypi): _____

Adresa: _____ Qyteti: _____ Shteti: _____ Zip: _____

NËNSHKRIMI I DËSHMITARIT DY: _____ **Data:** _____

Emri (ju lutemi me shkronja shtypi): _____

Adresa: _____ Qyteti: _____ Shteti: _____ Zip: _____

Vendimet lidhur me trajtimin për shëndetin mendor – Opsional

Zgjedh të mos e plotesoj këtë pjesë.

Plotësojeni këtë pjesë për të autorizuar avokatin që të marrë vendime nëse një mjek dhe profesionist i shëndetit mendor përcaktojnë se ju nuk jeni në gjendje të jepni aprovim të mirinformuar personave që ofrojnë kujdesin për shëndetin mendor.

Preferencat e mia për zgjedhjen e mjekut dhe ofruesit të kujdesit shëndetësor mendor për të vlerësuar aftësinë time për të marrë vetë vendime për trajtimet e shëndetit mendor janë:

Emri i mjekut: _____

Adresa e zyrës: _____ Telefon: _____

Emri i mjekut të shëndetit mendor: _____

Adresa e zyrës: _____ Telefon: _____

E kuptoj se nëse personat e treguar më sipër nuk janë të disponueshëm për të marrë vendimin, stafi i trajtimit do të identifikojë se cilët mjekë të tjerë janë në gjendje të bëjë këtë. Kurdoherë që është e mundur, preferenca ime dhe ajo e avokatit do të merren në konsideratë.

Më poshtë është një listë e opsioneve të trajtimit. Mund të zgjedh një ose më shumë alternativa, duke shënuar inicialet pas mundësive që dua t'i jap avokatit autorizimin për të miratuar:

_____ Terapi për pacientë të jashtëm.
inicialet

_____ Shtrimi im si pacient formal vullnetar në një spital për të marrë shërbime të shëndetit mendor
inicialet për pacientë të brendshëm. Kam të drejtën që të njoftohem tri ditë përpara për synimin tim që të largohem nga spitali.

_____ Shtrimi im në një spital për të marrë shërbime të shëndetit mendor për pacientë të
inicialet brendshëm.

_____ Medikamentet psikotropike.
inicialet

_____ Terapia elektro-konvulsive (ECT).
inicialet

Prokurë lidhur me trajtimin për shëndetin mendor - Opsionale:

Unë heq dorë nga e drejta për ta bërë anulimin efektiv menjëherë. Nëse e tërheq caktimin që bëj, tërheqja hyn në fuqi 30 ditë nga data që e komunikoj synimin tim për të bërë tërheqjen. Edhe nëse e zgjedh këtë opsion, përsëri kam të drejtën të jap njoftim tre ditë përpara për synimin tim që të largohem nga spitali nëse jam pacient vullnetar formal.

NËNSHKRIMI I PACIENTIT: _____ **Data:** _____

(nënshkruani emrin nëse dëshironi që t'i jepni avokatit këtë autoritet)

NËNSHKRIMI I PACIENTIT: _____ **Data:** _____

Pranimi nga avokati i pacientit dhe Avokatët alternativë (pasues) të pacientit

Jam dakord që të jem avokat pacienti për _____, e pranoj përgjegjësinë
(emri i pacientit)

dhe jam dakord të marr hapa të arsyeshëm për të zbatuar dëshirat dhe udhëzimet e pacientit siç përcaktohet në këtë dokument, dhe siç mund t'i kem diskutuar me gojë me pacientin. Nëse nuk jam në gjendje të veproj pasi janë bërë përpjekje të arsyeshme për të më kontaktuar, një avokat pasues pacienti, sipas radhës së përcaktuar nga pacienti, do të veprojë derisa unë të jem i disponueshëm.

Duke nënshkruar këtë pranim, e pranoj se jam duke pranuar përgjegjësinë për të vepruar në emër të pacientit dhe për të marrë vendime që janë në përputhje me dëshirat e shprehura të pacientit dhe interesat më të mira të tij. Gjithashtu e kuptoj se nënshkrimi i këtij pranimi nuk më detyron të bëhem financiarisht përgjegjës për pacientin apo për koston e kujdesit shëndetësor të pacientit. Përveç kësaj, e kuptoj dhe jam dakord se si avokat pacienti:

- A. Autoriteti im nuk do të hyjë në fuqi përveçse nëse mjekët thonë se pacienti nuk është në gjendje të marrë vendime mjekësore dhe/ose vendime për trajtim të shëndetit mendor.
- B. Nuk e ushtroj dot autoritetin lidhur me kujdesin shëndetësor të pacientit, kujdestarinë e pacientit, trajtimin mjekësor ose trajtimin e shëndetit mendor të pacientit, të cilat pacienti nuk mund t'i kishte ushtruar vetë.
- C. Nuk mund të marr një vendim për ta ndaluar ose tërhequr kujdesin shëndetësor nga një paciente e cila është shtatzënë nëse ai vendim do të shkaktonte vdekjen e pacientes..
- D. Mund të marr një vendim për ta anuluar ose tërhequr trajtimin i cili do t'i jepte mundësi pacientit të vdiste vetëm nëse paicenti e ka shprehur në një mënyrë të qartë dhe bindëse se jam i autorizuar për të marrë këtë vendim, dhe se pacienti e pranon se ky vendim mund të bënte të mundur ose do të bënte të mundur vdekjen e pacientit.
- E. Nuk mund të marr kompensim ngaqë shërbej si avokat i pacientit, por mund të rimburohem për çdo shpenzim real dhe të nevojshëm që është hasur për interes të pacientit.
- F. Pacienti mund ta anulojë autoritetin tim për të vepruar si avokat pacienti në çfarëdo kohe dhe në çfarëdo mënyre që është e mjaftueshme për të komunikuar synimin për anulimin.
- G. Nëse pacienti ka hequr dorë nga e drejta e tij për ta anuluar autoritetin tim për të marrë vendime lidhur me trajtimin për shëndetin mendor, atëherë anulimi për sa i përket trajtimit të shëndetit mendor do të vonohet për 30 ditë pasi pacienti shpreh synimin e tij për të bërë anulimin.
- H. Unë mund të ndryshoj mendje lidhur me pranimin në çdo kohë dhe në çfarëdo mënyre që është e mjaftueshme për të komunikuar synimin tim për të ndaluar së vepruari si avokat pacienti.
- I. Unë duhet të veproj në përputhje me standardet mjekësore dhe ligjore që më kërkojnë të marr vendime sipas interesave më të mira të pacientit dhe për dobinë e pacientit. Dëshirat e njohura të pacientit të shprehura ose të të dëshmuara ndërkohë që pacienti është në gjendje të marrë pjesë në marrjen e vendimeve të tij mjekësore dhe/ose vendimeve për trajtimin e shëndetit mendor supozohen të jenë në interesin më të mirë të tij.
- J. Nëse jam i autorizuar nga ky dokument që të bëj një dhurim anatomike, autoriteti im mund të ushtrohet pas vdekjes së pacientit..
- K. Një pacient që shtrohet në spital ka të drejtat e përcaktuara në paragrafin 20201 të Michigan Public Health Code (MCL 333.20201).

NËNSHKRIMI I AVOKATIT TË PACIENTIT: _____ **Data:** _____

NËNSHKRIMI I AVOKATIT ALTERNATIV (PASUES) TË PACIENTIT (opsionale):
_____ **Data:** _____

RESPECTING CHOICES® AT BEAUMONT – DIREKTIVA PARAPRAKE

Informacione të rekomanduara për avokatin e pacientit dhe stafin e kujdesit shëndetësor

Konsideratat e mira shpirtërore ose fetare

Unë zgjedh të mos e plotësoj këtë pjesë.

Dua që personat e mi të dashur dhe stafi i kujdesit shëndetësor të dijë të mëposhtmet lidhur me bindjet e mia fetare ose shpirtërore:

Bindjet e mia fetare ose shpirtërore janë:

Ndërsa i afrohem vdekjes, për mua janë të rëndësishme gjërat e mëposhtme:

Pas vdekjes sime, për mua janë të rëndësishme gjërat e mëposhtme:

Komente shtesë:

NËNSHKRIMI I PACIENTIT: _____ **Data:** _____

Informacione të rekomanduara për avokatin e pacientit dhe stafin e kujdesit shëndetësor

Eksplorimi i synimeve për kujdesin për një lëndim të rëndë, të përhershëm në tru

Unë zgjedh të mos e plotësoj këtë pjesë.

Është një vendim për të cilin të gjithë duhet të mendojnë. Imagjino këtë rast: një ngjarje e papritur (si për shembull, një aksident me makinë ose një sëmundje) ju lë të paaftë për të komunikuar. Juve ju jepet i gjithë kujdesi shëndetësor i nevojshëm për t'ju mbajtur gjallë. Mjekët besojnë se është shumë e vogël mundësia që ju të jeni përsëri të aftë të kuptoni kush jeni apo me kë jeni.

Në një rast të tillë, a doni që t'ju vazhdohet trajtimi mjekësor për t'ju mbajtur gjallë? Apo, a doni që ta ndaloni trajtimin mjekësor? Sido që të jetë, ju do të mbaheni në gjendje të rehatshme.

Rekomandohet që një koordinues i Respecting Choices at Beaumont t'ju drejtojë juve dhe të tjerët që ju i ftoni të marrin pjesë, gjatë bisedës suaj. Është e rëndësishme të eksploroni këto pyetje, përvojat tuaja, dhe çfarë do të thotë për ju të jetoni mirë. Ky proces bën të mundur që të kuptojmë më mirë vlerat tuaja dhe vendimet që merrni në direktivën paraprake.

Si rezultat i lëndimit të pashërueshëm në tru, nëse arrij në një pikë në të cilën ekziston një siguri e arsyeshme mjekësore se nuk do të rifitoj aftësinë të kuptoj kush jam, kush janë pjesëtarët e familjes dhe miqtë e mi, ose ku jam, dua që të më mbajnë rehat dhe pastër, dhe dua që avokati im:

Shënoni kutinë anash pohimit me të cilin jeni dakord:

Dua që të vazhdoj ose të filloj trajtimin për të më mbajtur gjallë, përveçse nëse mjeku ose mjekët e mi përcaktojnë se trajtimet do të ishin më tepër të dëmshme sesa të dobishme.

OSE

Dua që t'i refuzoj ose t'i ndërpres të gjitha trajtimet, duke përfshirë, por jo vetëm, tubat e ushqimit, si për shembull hidratimi intravenoz (IV), dhe respirator/ventilator, nëse vuaj nga ky lloj problemi. Sipas këndvështrimit tim, dobitë e mundshme të trajtimeve mjekësore ndihmëse nuk janë aq të mëdha sa t'ia vlejë barra e madhe e këtyre trajtimeve.

NËNSHKRIMI I PACIENTIT: _____ **Data:** _____

Informacione të rekomanduara për avokatin e pacientit dhe stafin e kujdesit shëndetësor

CPR – Rigjallërimi kardiopulmonar

Unë zgjedh të mos e plotësoj këtë pjesë.

Nëse zemra ime ndalon së rrahuri dhe nuk jam më në gjendje të marr frymë, mund të bëhet CPR për të provuar dhe për t'i rifilluar. CPR përfshin shtypje në gjoks për të rifilluar qarkullimin e gjakut, goditje elektrike për të rifilluar rrahjet e zemrës, dhe futje (intubacion) i një tubi nëpërmjet gojës dhe në kraharor për të bërë të mundur ventilim mekanik dhe frymëmarrje artificiale. Pa CPR, vdekja do të ndodhë natyrshëm.

FAKTE PËR CPR:

Mund të ketë raste kur nuk mund të jepet CPR, pasi mund të mos jetë i dobishëm ose mund të jetë i dëmshëm. Nëse mjeku im ose mjekët e tjerë të kujdesit shëndetësor intensiv që kujdesen për mua besojnë se, duke iu përmbajtur praktikës së mirë mjekësore, CPR nuk më ndihmon, atëherë nuk do të më ofrohet. Në rrethana të tilla, avokati im do të njoftohet për këtë vendim.

- CPR është më i suksesshëm te pacientët e rinj dhe me shëndet më të mirë.
- Te pacientët që janë të moshuar dhe me sëmundje të tjera kronike, mundësia e mbijetesës është më pak se 5%. Mundësia e mbijetesës duke iu rikthyer në gjendjen e mëparshme të jetesës është edhe më e ulët..
- Te pacientët e moshuar me sëmundjen Alzheimer, sëmundjen Parkinson, zemër të plakur, sëmundje veshkash ose mushkërie, ose kancer të avancuar, përqindja e mbijetesës bie deri në 1% me rënie të madhe në cilësinë e jetës. Kthimi në shtëpi ose jetesa në mënyrë të pavarur është rrallëherë e mundur..

Nëse zemra ime ndalon ose frymëmarrja ime ndalon...

Shëno kutinë anash pohimit me të cilin jeni dakord:

Dua CPR përveçse nëse mjeku ose mjekët e mi përcaktojnë se:

- Kam një problem mjekësor pa mundësi të arsyeshme mbijetese me CPR.

OSE

- CPR do të ishte më tepër i dëmshëm sesa i dobishëm.

Nuk dua CPR, por dua që të vdes në mënyrë natyrale.

PATIENT SIGNATURE: _____ **Date:** _____

RESPECTING CHOICES® AT BEAUMONT – DIREKTIVA PARAPRAKE

RESPECTING CHOICES® AT BEAUMONT: PREMTIMET TONA PËR JU

Do të nisim bisedën.

*Do të sigurojmë ndihmë lidhur me
planifikimin paraprak të kujdesit
shëndetësor.*

*Do të sigurohemi që planet të jenë
të qarta.*

*Do t'i mirëmbajmë dhe gjejmë
planet.*

Do t'i ndjekim planet si duhet.

Për të folur me një koordinues të certifikuar, për të kërkuar një zëdhënës të planifikimit paraprak të kujdesit shëndetësor për të mësuar rreth mundësive vullnetare, **ju lutemi na kontaktoni në:**



Telefon: 947-522-1948



Email: respectingchoices@beaumont.org



Uebsajt: beaumont.org/respecting-choices

RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT
DIREKTIVA PARAPRAKE

Beaumont