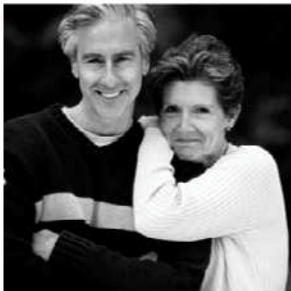


Cuidado Antecipado Guia de Planejamento

Um processo para se pensar, se conversar e planejar para doenças que colocam a sua vida em risco ou cuidados para final da vida



New Hampshire Directivos Antecipados:

Procuração Permanente para
Cuidados da Saúde (DPOAH)

Testamento em Vida



FOUNDATION FOR
HEALTHY COMMUNITIES

www.healthynh.com

Porque ter Um Planejamento De Cuidados Antecipado?

Fazer decisões sobre cuidados médicos nem sempre é fácil - especialmente agora que equipamentos podem manter pacientes vivos mesmo quando não há nenhuma esperança de recuperação. É o seu direito de participar e planejar para os seus cuidados. Mas em algum ponto, você pode se tornar incapaz de fazer as suas próprias decisões sobre os cuidados da sua saúde. Por isso é importante pensar e para falar sobre seus sentimentos e opiniões com seus entes queridos – bem antes que as decisões críticas devam ser feitas.

Este guia te fornece informação sobre como criar um “documento diretivo antecipado” - um documento legal que indica as suas preferências sobre os seus cuidados médicos. Por favor leia com atenção e debata com sua família, seu médico, sua enfermeira licenciada em clínica geral, seu representante de paciente, padre ou o outros prestadores de serviços.

Você não necessita ter um documento diretivo avançado caso você não queira ter um. Nenhum hospital, abrigo de cuidados, médico, enfermeira ou companhia de seguro podem requerer que você tenha um documento diretivo avançado para te prestar serviços. Entretanto, é uma idéia boa ter um documento diretivo avançado em caso que você queira se certificar de que a sua família e os seus provedores de cuidados da saúde sigam os seus desejos a respeito dos seus cuidados médicos. Será também muito mais fácil para sua família se você se tornar incapaz de participar nas decisões sobre os seus cuidados. Eles não terão que se preocupar sobre as decisões difíceis, sem saber o que você o gostaria de fazer. E, se os familiares ou seus provedores do cuidado da saúde discordarem sobre o que é melhor para você, um documento diretivo avançado pode ajudar evitar de que decisões sejam feitas nos tribunais de justiça, o que podem ser difíceis, consumir muito tempo e custar muito.

OBS: Os termos usados pela primeira vez que você talvez não tenha compreendido estão indicados em letras itálicas e estão definidos na seção das "definições" no final deste folheto.

Por favor observe que estes formulários não são iguais aos de NH estatuto. Você pode obter os formulários estatutários em NH Estatuto Revisado Anotados no 137-J. Os formulários incluídos são substancialmente similares aos estatuto de NH mas são escritos em uma linguagem mais simples. Este guia foi preparado baseado na lei de New Hampshire que passou a existir em janeiro 2007 e é imprimida para informar e não para recomendar. Este folheto não é pretendido ser um substituto para recomendação legal, médica, ou de outro profissional. Consulte um perito treinado para a interpretação e a aplicação da lei atual de New Hampshire. Você pode republicar ou citar qualquer parte deste trabalho, com o seguinte atribuição: "reimpressão com permissão da fundação para saúde das comunidades direitos autorais © 2010. Todos os direitos são reservados." Estes material não podem ser reproduzidos para revenda.

Os seus pensamentos e as suas respostas para estas perguntas podem ajudar a fornecer você e aos seus provedores paz de consciência.

VALORES

- Qual é a finalidade e o sentido da sua vida?
- O que mais valioso sobre o seu bem estar físico ou mental? Por exemplo, você ama o ar livre? Ler ou escutar música? Estar consciente de quem esta com você? A sua habilidade de ver, ouvir, provar ou tocar?

RELACIONAMENTOS FAMÍLIA/AMIGOS

- Quem entre seus familiares e amigos são importantes em sua vida?
- Você já conversou sobre suas a preferências com seus seres amados e com aqueles que estarão em sua volta quando os problemas começarem ou a morte estiver bem próxima?

OPINIÕES ESPIRITUAIS/RELIGIOSAS

- Como você descreveria a sua vida espiritual ou religiosa?
- Como é a sua comunidade de fé, a sua igreja ou a sua sinagoga que te dá suporte?
- Você tem alguma opinião religiosa que pode influenciar no seu tratamento médico?

MEDICAL

- Você já falou com o seu médico ou o seu provedor de cuidados da saúde sobre as suas preocupações com a sua saúde e as suas dúvidas sobre o tratamento médico?
- Sobre que circunstâncias você gostaria os objetivos do seu tratamento médico possam ser alterados desde de tentar continuar sua vida até focalizar em seu conforto?
- Você gostaria que te seja oferecido uma abrigo de cuidados ou outra forma de cuidados paliativo?
- Como os custos poderiam influenciar nas suas decisões sobre o seus cuidados médicos?
- Como você se sente sobre ser mantido vivo artificialmente, tal como diálise dos Rins? Para te ressuscitar você quer que CPR seja usado? Onde você prefere receber o tratamento médico?

FAZENDO PLANOS

- Se fosse possível para você planejar hoje, como seria o seu último dia ou semana de vida? Onde você estaria? Quem estaria com você? O Que você estaria fazendo?
- Quais os comentários gerais que você gostaria de fazer sobre estar morrendo ou morto?
- O que será importante para você quando você estiver morrendo (conforto, nenhuma dor, a família presente, música, orações, ser tocado ou abraçado, etc..)?
- Você está interessado em doação de órgão ou de tecido?
- Existem pessoas para quem você quer escrever uma carta, ou para quem você gostaria de preparar uma mensagem gravada, talvez marcanda para ser aberta em uma data futura?
- Quais são os seus desejos para um serviço memorial: você gostaria de certas musicas ou leituras, ou você tem esperança de que algumas pessoas estejam presentes?
- Você preferiria ser enterrado ou cremado, ou você não tem nenhuma preferência? Você já entrou em contato com algum serviço funerário?

Perguntas sobre diretivos antecipado

O que são diretivos antecipado?

Os diretivos antecipados são instruções que você dá a respeito dos seus cuidados futuro. Podem ser oral ou escrita. Podem ter sido compartilhados com a sua família, os seus amigos, ou com os seus médicos provedores. A família, os amigos e os médicos provedores tentam entender e cumprir as suas instruções, não importando em que forma elas estejam. Entretanto, para se assegurar de que todos entendam suas instruções, o Estado de New Hampshire reconhece um documento diretivo antecipado escrito com duas partes: uma procuração permanente para os cuidados da saúde e um testamento em vida.

O que é uma Procuração Permanente para os Cuidados da Saúde (DPOAH)?

Uma procuração permanente para os cuidados da saúde é uma parte do documento diretivo antecipado em que você nomeia uma outra pessoa para agir como seu *representante dos cuidados da saúde*, para fazer decisões médicas por você se você se tornar incapacitado para tomar decisões sobre os seus cuidados médicos. Podem aplicar-se em muitas situações diferentes de tratamento da saúde. Você pode incluir instruções sobre que tipos de tratamentos que você quer ou não quer que sejam feitos, ou por quanto tempo que você quer tentar possíveis tratamentos. Se você não quiser que *alimentação ou o hidratação medicalmente administrada*, a lei de New Hampshire requer que você mencione isto em seu documento.

O que é um Testamento em Vida?

Um Testamento em Vida é um document que instrui o seu provedor de cuidados da saúde para não manter vivo artificialmente se você estiver *bem próximo da morte ou se estiver permanentemente inconsciente*, sem esperança da recuperação. Não requer que uma pessoa seja escolhida para fazer nenhuma decisão mas aplica-se em situações muito limitadas. Se você não quiser que alimentação ou o hidratação medicalmente administrada, a lei de New Hampshire requer que você mencione isto em seu documento.

Eu preciso de ambos uma Procuração Permanente para os Cuidados da Saúde (DPOAH) e um Testamento em Vida?

É uma boa idéia preencher ambas as partes do documento diretivo antecipado porque eles servem para duas finalidades diferentes. Um DPOAH passa a ser efetivo sempre que você se tornar incapaz de fazer decisões - por exemplo, durante uma cirurgia, ou quando você ficar temporariamente inconsciente. Um Testamento em Vida passa a ser efetivo somente quando não há nenhuma esperança para a sua recuperação. Na lei de New Hampshire, se houver conflitos nos termos do seu documento diretivo antecipado, o DPOAH anula o seu Testamento em Vida

Qual é a diferença entre uma ordem de DNR um diretivo antecipado?

Em caso que o seu coração parar de bater e você parar de respirar, um provedor de cuidados da saúde executará normalmente a *ressuscitação cardiopulmonar (CPR)* para tentar reiniciar a sua respiração e o batimento do seu coração. Entretanto, se você estiver bem próximo da morte, você pode decidir que você não quer que CPR seja executado. Neste caso, você pode pedir para ser escrita uma ordem não tentar *ressuscitação (DNR)*. As diferenças entre um DNR e um diretivo antecipado incluem: um diretivo antecipado não é uma ordem médica, mesmo que seja um documento legalmente reconhecido, enquanto uma ordem de DNR é uma ordem médica; uma ordem de DNR pode ser aplicada somente se o seu coração parar de bater e se você parar de respirar, enquanto um documento diretivo antecipado trata de muitos outros problemas e decisões médicas, tais como alimentação ou hidratação medicalmente administrada. Você pode incluir no diretivo antecipado os seus desejos sobre as ordens de DNR, em caso de que no futuro você não puder fazer com que as suas preferências sejam reconhecidas.

Por que eu iria querer uma ordem de DNR?

Há uma tentativa de fazer a todos o CPR a menos que indicarem de outra maneira. Uma tentativa de CPR pode ser bem sucedida, mas pode causar danos e sofrimento quando alguém é muito frágil ou tem uma doença séria mesmo que seja bem sucedido. Conversar com seu médico ou com o seu provedor de cuidados da saúde pode ajudá-lo compreender os potenciais benefícios e as preocupações com o CPR e se um DNR é sua escolha preferência. Um DNR refere somente ao CPR e não significa todos os outros

tratamentos (por exemplo, alívio de dor, cuidados do bem-estar, etc.) sejam interrompidos.

Se eu quiser que mais de uma pessoa tome decisões sobre os meus Cuidados da Saúde?

Muitas pessoas querem designar mais de uma pessoa para ser o seu representante de cuidados da saúde. Por exemplo, uma pessoa pode querer que todos os seus três filhos sejam responsáveis pela as suas decisões médicas. Se você colocar mais de uma pessoa como o seu representante de cuidados da saúde, é importante saber que a primeira pessoa da lista será o responsável pelas decisões sobre você, seguido pela pessoa seguinte da lista, e assim por diante. Se você desejar um processo diferente de quem deve tomar as decisões (tais como se certificar que os seus representantes concordem antes que uma decisão seja feita), você deve ser bem claro no seu diretivo antecipado.

Como é determinado se estou incapaz de fazer decisões sobre os meus cuidados médicos?

Se o médico ou a enfermeira licenciada em clínica geral responsável pelos seus cuidados determinar que você é incapaz de entender os significativos riscos e os benefícios das suas decisões dos seus cuidados da saúde, eles podem documentar que você não tem a "capacidade", o que neste caso seu representante dos cuidados da saúde, se você tiver designado um, fará decisões por você. Esta não é uma designação permanente; se o seu médico ou APRN determinarem mais tarde que você recuperou a sua capacidade, você poderá fazer outra vez as suas próprias decisões sobre os seus cuidados da saúde. Se, quando você não tiver a capacidade fazer decisões médicas, e você quiser que as decisões do seu representante dos cuidados da saúde seja seguidas mesmo que você se oponha a elas, você deve deixar isso bem claro no seu diretivo antecipado.

O que um diretivo antecipado não executa?

Um diretivo antecipado é um guia que cobre somente determinados problemas importantes dos cuidados da saúde. Um diretivo antecipado não cobre muitos outros importantes assuntos de planejamentos pessoais ou financeiros. "Uma Procuração Permanente" é recomendada para a matérias financeiras ou o outro planejamentos pessoais. Você deve debater isto e outros problemas que não estão relacionados a saúde com um advogado.

Os meus antigos diretivo antecipado documentos continuam válidos?

Sim. Um diretivo antecipado não necessita ser renovado. Entretanto, se você quiser mudar algo em seu documento diretivo antecipado, você deve preencher um novo. De tempo em tempo você talvez queira re-examinar seus desejos sobre os cuidados da sua saúde. A lei de um diretivo antecipado de New Hampshire mudou em 1 de janeiro de 2007. Entretanto, se você tiver um documento diretivo antecipado que foi criado antes desta data, Ele ainda será honrado ainda pela lei de New Hampshire.

Eu posso anular o meu documento diretivo antecipado?

Você pode anular ou cancelar seu documento diretivo antecipado oralmente ou por escrito a qualquer hora. Se o seu esposo ou companheiro for o seu representante dos cuidados da saúde e você não tenha nomeado um substituto em seu documento, uma separação, um divórcio, ou uma ação de anulação de casamento automaticamente anula o seu DPOAH. Adicionalmente, se você não tenha nomeado um representante substituto e uma ordem de proteção for dada entre você e seu representante dos cuidados da saúde, seu DPOAH também será anulado automaticamente.

Em caso do meu documento diretivo antecipado tenha sido executado em um outro Estado?

O seu diretivo antecipado feito fora do Estado é válido em New Hampshire desde que tenha sido executado legalmente em outro Estado e está de acordo com a lei de New Hampshire. A maioria dos outros estados não requer que você explicitamente autorize o seu representante para poder instruir para impedir ou remover a hidratação e a nutrição medicalmente administradas. Você deve explicitamente dar este poder ao seu representante em New Hampshire ou eles não o terão.

Quem deve ter cópias do meu documento diretivo antecipado?

Cópias dos seus documentos devem estar com seu médico, seu hospital, a pessoa que você selecionou como seu representante dos cuidados da saúde ou no local de cuidados a longo termo e com a sua família. Idealmente os documentos originais devem ser guardados onde você mantém os seus outros importantes documentos legais tais como testamentos, certidões de nascimento e cartões do seguro social. Desta maneira você terá sempre acesso rápido a estes importantes diretivos.

Como o meu provedor de cuidados da saúde sabe que eu tenho um diretivo antecipado?

Você deve dizer ao seu médico, enfermeiras ou outros provedores de cuidado da saúde que você tem um diretivo antecipado e deve fornecer a eles uma cópia para seu cadastro médico. Todas as vezes que você for admitido em um hospital, te perguntaram se você tem um diretivo antecipado. Se você souber que você será admitido em um hospital, você deve levar com você uma cópia deste documento.

Eu necessito de um advogado?

Você não necessita de um advogado para fazer um documento diretivo antecipado. Você pode simplesmente usar o formulário deste folheto, que é impresso substancialmente similar ao das leis de New Hampshire. Entretanto, se você tiver perguntas, você pode falar com um advogado ou uma equipe de funcionários treinada do hospital da sua comunidade ou de uma abrigo de cuidados. Você pode obter os formulários estatutários em NH Estatuto Revisado Anotados no 137-J

Quem pode testemunhar a assinatura do meu documento diretivo antecipado?

Para ser válido, seu documento diretivo avançado pode ser assinado **na** presença de duas testemunhas **ou** de um notário público. Seu representante dos cuidados da saúde nomeado em seu DPOAH, esposo, herdeiro, *médico atendente* ou *enfermeira licenciada em clínica geral*, ou pessoa supervisionada pelo seu médico não podem servir como uma testemunha. Somente uma das duas testemunhas pode ser provedor de cuidados da saúde ou provedor de cuidados da saúde residencial ou um dos empregados do seu provedor.

Por que eu permitiria que o representante dos cuidados da minha saúde faça decisões sobre a minha objeção?

Um DPOAH permite que seu representante dos cuidados de saúde faça decisões se você estiver inconsciente ou incapaz de comunicar seus desejos. Um DPOAH pode também ser usado para permitir que seu representante faça decisões para você mesmo que você esteja consciente e capacitado de se comunicar, mais não tem a capacidade de tomar decisões sobre a sua saúde devido a circunstâncias que afeta o seu funcionamento cognitivo ou intelectual, tal como a doença de Alzheimer ou demência. Quando você assina o seu documento diretivo antecipado, você deve decidir se quer ter ou não o direito de objeção à decisão do seu representante. Se você não der este direito, o tratamento não pode ser dado ou retirado com a sua objeção. Entretanto, uma Petição poderia ser feita no Tribunal de Provação para ter um guardião apontado para fazer decisões médicas por você (como poderia ser feito se você não tivesse um documento diretivo antecipado). Algumas pessoas querem evitar a possibilidade de um procedimento para obter um guardião por causa dos potenciais custos financeiros, da vergonha, da perda de privacidade e da tensão na família por causa dos procedimentos de um tribunal. Eles estão confiantes em que os seus representantes e provedores para fazerem sempre as decisões corretas. Outras pessoas preferem manter o direito de objeção aos cuidados ou aos tratamentos não desejados, ou querem estar certos de ter acesso a conselho legal e ter proteções de procedimentos dado por um tribunal de processos em um evento em que não entrem em acordo nas decisões que estão sendo feitas.



É o seu direito
de participar e planejar para seus cuidados.

Selecionando a sua Procuração Permanente para os Cuidados da Saúde ou o seu representante dos cuidados da saúde

Há diversas coisas a pensar, quando você decide escolher alguém para falar por você em uma crise médica, no caso que você não esteja habilitado a falar por si mesmo. Este instrumento vai te ajudar a decidir quem é a melhor pessoa. **Geralmente é melhor nomear uma pessoa ou representante para servir em um momento**, com pelo menos uma pessoa alternativa ou substituta, em caso que a primeira pessoa não esteja disponível quando for necessário.

Compare até 3 pessoas com este instrumento. A pessoa mais apropriada para ser o DPOAH ou representante dos cuidados da saúde terá uma boa classificação nestas qualificações...

Nome #1:		
Nome #2:		
Nome #3:		
		1. Está dentro dos critérios legais em seu estado para agir como um agente ou um representante? (Isto é imprescindível! Veja a página 5– Divulgação.)
		2. Esteja disposto a falar em seu interesse.
		3. Possa agir em favor dos seus desejos e tenha a capacidade de separar os sentimentos próprios do seus.
		4. Mora perto ou poderia viajar para estar ao seu lado quando for necessário.
		5. Te conhece bem e sabe o que é importante para você.
		6. É capaz de lidar com responsabilidade.
		7. Terá uma conversa com você agora sobre problemas sensíveis e escutará os seus desejos.
		8. Provavelmente esteja por muito tempo disponível no futuro.
		9. Seja capaz de lidar com opiniões conflitantes entre membros da família, amigos, e médicos.
		10. Possa ser um protetor forte em caso tenha que confrontar com um médico ou uma instituição indiferente.

Este folheto foi adaptado pela Comissão da Associação Americana de Exceção em Problemas Legais das Pessoas Idosas do R. Pearlman, et. al., Sua Vida Suas Escolhas - Planejando Decisões Médicas para Futuro: Como Preparar um Testamento em Vida Personalizado, Centro Médico Administração dos Veteranos, Seattle, Washington. Reproduzido com permissão.

O que se pode fazer depois que você escolher o seu representante de cuidados da saúde

- Tenha uma conversa com o seu representante sobre as qualificações neste folheto.
- Peça permissão para o nomear como o seu representante.
- Argumente a respeito dos seus desejos sobre os seus cuidados da saúde, valores e medos.
- Certifique-se que o seu representante tenha uma cópia do seu diretivo antecipado.
- Fale com os membros da sua família e os seus melhores amigos quem você escolheu.

“Fazendo Decisões Médicas para Outra Pessoa: Um Manual de New Hampshire” é um recurso disponível em www.healthynh.com. Pode também estar disponível nas facilidades onde você recebe os seus cuidados da saúde.

Procuração Permanente para Cuidados da Saúde: Declaração de Participação

Este é um importante documento legal. Antes de assinar, você deve saber estes fatos importantes:

A não ser que você diga de outra maneira, este documento dá autoridade a pessoa que você nomear como o seu representante dos cuidados da saúde para fazer algumas e todas as decisões sobre os seus cuidados da saúde quando você não estiver capacitado para fazer decisões dos seus próprios cuidados da saúde (ou seja, você não tem mais a habilidade de entender e reconhecer geralmente a natureza e as conseqüências de uma decisão sobre os cuidados da saúde, incluindo os benefícios significativos e as alternativas razoáveis para todas as propostas sobre os cuidados da saúde.) "os cuidados da saúde" significa todo o tratamento, serviço ou procedimento para manter, diagnosticar ou tratar da sua condição física ou mental.

O seu representante de cuidados da saúde, conseqüentemente, terá o poder de fazer várias decisões sobre os cuidados da saúde por você. O seu representante de cuidados da saúde pode consentir (ou seja, dar permissão), recusar um consentimento ou retirar um consentimento para um tratamento médico, e pode fazer decisões sobre retirar ou reter um tratamento para te manter vivo artificialmente.



Se você quiser dar ao seu representante de cuidados da saúde o poder de reter ou retirar nutrição e hidratação medicalmente administrados, você deve relatar isto em seu documento. Se não, o seu representante de cuidados da saúde não poderá ordenar isto. Sob nenhuma circunstância o seu representante de cuidados da saúde poderá ordenar retenção de alimentos e bebidas se você estiver capacitado para comer e beber normalmente.

Você pode especificar neste documento todos os tratamentos que você não quer, ou tratamentos que você gostaria de receber com certeza. O poder do seu representante de cuidados da saúde começará quando o seu médico ou sua enfermeira licenciada em clínica geral certificar que você não tem capacidade de fazer decisões dos cuidados da sua saúde (ou seja, você não está habilitado a fazer decisões dos cuidados da saúde). Você pode colocar páginas adicionais ao diretivo, se você necessitar de mais espaço para terminar as suas declarações.

O seu representante de cuidados da saúde não pode consentir ou reter nenhum dos seguintes:

- compromisso com uma instituição do estado;
- esterilização; ou
- terminação do tratamento se você estiver grávida e se com a retirada deste tratamento for julgado que há probabilidade de terminação da gravidez, a menos que o tratamento seja fisicamente prejudicial a você ou você sinta prolongadas dores severas que não possam ser aliviadas com medicação.

Se, por razões morais ou religiosas, você não quiser ser tratado por um médico ou por uma enfermeira licenciada em clínica geral (APRN) ou ser examinado por um médico ou por uma APRN para certificar a sua falta de capacidade, você deve relatar isto que no diretivo antecipado e você deve nomear alguém que pode certificar a sua falta de capacidade. Essa pessoa não pode ser o seu representante dos cuidados da sua saúde ou o representante alternativo dos cuidados da sua saúde, ou nenhuma pessoa não é elegível para ser o seu representante dos cuidados da sua saúde.

O seu representante de cuidados da saúde deve seguir as suas instruções escritas no diretivo antecipado ao fazer decisões por você, adicionalmente deve ser guiado pela sua condição ou prognóstico médico. A menos que você indique de outra maneira no diretivo antecipado, o seu representante dos cuidados da sua saúde terá o mesmo poder de tomar decisões sobre os cuidados da sua saúde da mesma forma que você teria, se estas decisões feitas pelo seu representante dos cuidados da sua saúde forem feitas consistentes com a lei do estado.

É importante que você examine este documento com seu médico ou outros provedores de cuidados da saúde antes de assinar, para que você se certifique que entendeu a natureza e a extensão das decisões que o seu representante dos cuidados da sua saúde poderia fazer por você.

Se você não tiver um provedor de cuidados da saúde, você deve falar com alguém que é instruído sobre estes assuntos e pode responder a suas perguntas. Verifique com o hospital da sua comunidade ou casa de cuidados para ver se há funcionários treinados. Você não necessita do auxílio de um advogado para preencher este diretório antecipado, mas se houver qualquer coisa neste diretório antecipado que você não entende, você deve pedir a um advogado que te explique.

A pessoa que você escolher como representante dos cuidados da sua saúde deve ser alguém que você conhece e confia, e deve ter pelo menos 18 anos de idade. Se você escolher o seu residencial ou provedor de cuidados da saúde (tal como seu médico, APRN, ou um empregado de um hospital, de um asilo, de uma agência de cuidados da saúde ou de uma casa residencial de cuidados, sem ser de um parente), esta pessoa terá que escolher entre agir como seu representante dos cuidados da saúde ou como o seu residencial ou provedor de cuidados da saúde, porque a lei não permite uma pessoa fazer ambos ao mesmo tempo.

Você deve levar em consideração o fato de escolher um representante dos cuidados da saúde alternativo em caso que o seu representante dos cuidados da saúde esteja sem vontade, incapaz, indisponível ou não seja elegível para agir como seu representante dos cuidados da saúde. Qualquer representante dos cuidados da saúde alternativo que você escolher terá a mesma autoridade para tomar decisões dos cuidados da sua saúde por você, se o seu representante primário não puder servir.

Você deve dizer a pessoa que você escolher, que você quer como o seu representante dos cuidados da saúde. Você deve falar sobre este diretivo antecipado com o seu representante dos cuidados da saúde e com o seu médico ou enfermeira licenciada em clínica geral, e dar a cada um uma cópia assinada. Você deve escrever no seu diretivo antecipado as pessoas e as instituições que terão cópias assinadas. Seu representante dos cuidados da saúde não será responsável por decisões dos cuidados da saúde feitas de fé boa em seu interesse.

Mesmo depois que você assinar este diretivo antecipado, você terá o direito de fazer decisões sobre os cuidados da saúde pelo tempo que você for capacitado para o fazer, e tratamentos não podem ser administrados ou interrompidos sobre sua objeção. Entretanto, se for determinado pelo seu médico ou APRN que você está incapacitado, você pode requerer que tratamentos sejam interrompidos ou administrados de acordo com as instruções do seu representante, mesmo que você faça objeções verbais a estes tratamentos.

Você tem o direito de retirar o poder dado ao seu representante dos cuidados da saúde comunicando-o, ou comunicando ao seu provedor de cuidados da saúde, oralmente ou por escrito, que você não quer mais que esta pessoa seja o seu representante dos cuidados da saúde.

Uma vez que este diretivo antecipado seja executado não pode mais ser mudado ou modificado. Se você quiser fazer mudanças, você deve fazer um diretivo antecipado inteiramente novo.

Você tem o direito de excluir ou remover referências para sua enfermeira licenciada em clínica geral no seu diretivo antecipado e se você assim o fizer, o seu diretivo antecipado será válido e executável.

Esta procuração permanente para os cuidados da saúde não será válida a menos que seja assinada na presença de duas (2) ou mais testemunhas qualificadas, na qual ambas devem estar presentes e o que reconhecerá a sua assinatura no diretivo antecipado quando você assinar, OU na presença de um notário público ou de um juiz de paz. As seguintes pessoas não podem agir como testemunhas:

- A pessoa você designou como seu representante dos cuidados da saúde
- Seu esposo ou herdeiro por lei, ou beneficiários nomeados no seu testamento ou título
- Seu médico atendente ou APRN, ou alguma pessoa que esteja agindo sobre instruções ou controle do seu médico atendente ou APRN

O seu provedor dos cuidados da saúde ou provedor residencial dos cuidados da saúde ou um empregado do seu provedor pode ser somente uma das duas testemunhas.

NEW HAMPSHIRE DIRETIVO ANTECIPADO

NOTA: Este formulário tem duas partes: a *Procuração Permanente de Cuidados da Saúde* e o *Testamento em Vida*. Você pode completar ambas partes, ou somente uma partes.

PARTE I. PROCURAÇÃO PERMANENTE DE CUIDADOS DA SAÚDE

Eu, _____, (_____), nomeio por meio desta _____
(Nome) (Date de Nascimento) (Nome do Representante de Cuidados de Saúde)

de _____
(Endereço e fone # do Representante de Cuidados de Saúde)

(Se você escolher mais de um representante, haverá prioridade de autoridade na ordem em que os nomes estão listados, a menos que você indique de uma outra forma como deve ser feita as decisões.) como meu representante para fazer qualquer e todas as decisões dos cuidados da saúde por mim, com exceção do que eu especificar de outra maneira neste diretivo ou que seja proibido por lei. Em um evento que eu não tenha capacidade de fazer decisões próprias sobre os cuidados da minha saúde esta procuração permanente para os cuidados da saúde terá efeito.

Em um evento que a pessoa que eu nomeei acima esteja incapaz, sem vontade ou indisponível ou não seja elegível para agir como seu o representante dos cuidado de saúde, eu nomeio por meio desta:

_____ de _____
(Nome do Representante de Cuidados da Saúde) (Endereço e fone # do Representante de Cuidados da Saúde)

(Por favor escolha somente uma pessoa. Se você escolher mais de um representante alternativo, eles terão prioridade de autoridade na ordem em que os nomes aparecem na lista.)

Indicação dos desejos, Provisões Especiais e Limitações sobre Decisões dos Cuidado da Saúde

Para a sua conveniência em expresser os seus desejos, algumas instruções gerais a respeito de recusar ou remover o tratamento de ser mantido vivo artificialmente são determinados abaixo. (o tratamento de ser mantido vivo artificialmente é definido como que sem estes procedimentos uma pessoa morreria, de acordo com mas não restrito aos seguintes: respiração mecânica, diálise dos rins ou o uso externo de outros dispositivos mecânicos e tecnologicos, medicamentos para manter a pressão de sangue, transfusões de sangue, e antibióticos.) Há também uma seção que permite que você determine específicas instruções para estes ou outros tópicos. Se você desejar, pode indicar se você está de acordo ou desacordo com qualquer das seguintes indicações e dê ao seu representante o poder agir nestas circunstâncias específicas.

A. TRATAMENTO PARA SER MANTIDO VIVO ARTIFICIALMENTE

1. Se eu estiver próximo da morte e não tiver capacidade de fazer decisões sobre os meus cuidados médicos, Eu autorizo o meu representante a ordenar que:

(Coloque as suas iniciais ao lado da sua opção (a) ou (b).)

_____ (a) Tratamento para ser mantido vivo artificialmente não seja iniciado ou se for iniciado seja interrompido.

-ou -

_____ (b) Continuar o tratamento para ser mantido vivo artificialmente em mim.

2. Se eu estiver próximo ou não da morte, e ficar permanentemente inconsciente, Eu autorizo o meu representante a ordenar que: (Coloque as suas iniciais ao lado da sua opção (a) ou (b).)

_____ (a) Tratamento para ser mantido vivo artificialmente não seja iniciado ou se for iniciado, seja interrompido.

-ou-

_____ (b) Continuar o tratamento para ser mantido vivo artificialmente em mim.

B. NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO MEDICALMENTE ADMINISTRADA

Eu entendo que certas situações poderiam acontecer na qual a única maneira de permitir que eu morra seria não começar ou interromper nutrição e hidratação medicalmente administrada. Em efetuação as instruções que eu dei neste documento, Eu autorizo o meu representante a ordenar que:
(Coloque as suas iniciais ao lado da sua opção (a) ou (b).)

___ (a) nutrição e hidratação medicalmente administrada não seja iniciado ou se for iniciado seja interrompido.

-ou-

___ (b) mesmo que todos, os outros tratamentos para ser mantido artificialmente sejam interrompidos, continue o tratamento nutrição e hidratação medicalmente administrada em mim.

Se você não completar item B, o seu representante não terá o poder para ordenar que seja retirado ou retido o tratamento de nutrição e hidratação medicalmente administrada.

C. INSTRUÇÕES ADICIONAIS

(colocar a suas iniciais ao lado dos numeros 1, 2 e 3, se você estiver de acordo)

1. ___ Eu autorizo o meu representante a requerer ou aceitar uma ordem de DNR.
2. ___ Eu desejo que fique claro a minha intenção de que o meu representante terá total autoridade para fazer algumas e todas as decisão(ões) dos cuidados médicos em meu nome, como eu a teria se eu tivesse a capacidade de assim o fazer, sem limitação o que inclui não começar, interromper, ou continuar qualquer medida de tratamento para ser mantido vivo artificialmente (incluindo a nutrição e a hidratação), em todas as circunstâncias.
3. ___ Mesmo que eu esteja incapacitado e faça objeção ao tratamento, o tratamento poderá administrado contra a minha objeção. Esta opção tem intenção de conceder o seu representante adicional autoridade, se por exemplo você tiver demência, e você tentar mudar o tratamento que está sendo recomendado pelo seu representante e provedor de cuidados da saúde.
4. Aqui você pode adicionar instruções mais específicas para seu representante ou você pode deixar esta seção em branco.

(coloque em anexo páginas adicionais ser necessário)

(Nome por extenso)

_____,
(Data de Nascimento)

Eu reconheço que por meio deste eu fui fornecido com uma instrução divulgada que explica o efeito deste diretivo orientado. Eu li e compreendi a informação contida nesta instrução divulgada.

O original deste diretivo será mantido em: _____
e as seguintes pessoas e instituições terão cópias:

Assinado neste ____ dia de _____, 20__ .

Assinatura do principal: _____
[Se você estiver fisicamente incapacitado para assinar, este diretivo pode ser assinado por outra pessoa que escreveu o seu nome, na sua presença e sobre o seu pedido expresso.]

**ESTA PROCURAÇÃO PERMANENTE DIRETIVA TEM QUE SER ASSINADA POR DUAS
TESTEMUNHAS OU NOTÁRIO PÚBLICO OU UM JUIZ DE PAZ.**

Nós declaramos que o principal aparenta estar mentalmente sadio e não está sobre ameaça neste momento que a procuração permanente dos cuidados da saúde está sendo assinada e que o principal afirma que está consciente da natureza deste diretivo e que está assinando de vontade própria e voluntariamente.

Testemunha _____ Endereço _____

Testemunha _____ Endereço _____

Se estiver usando um Notário Público ou Juiz de Paz:

ESTADO DE NEW HAMPSHIRE

COMARCA DE _____

A Procuração Permanente dos Cuidados da Saúde precedente foi reconhecida perante me

Neste ____ dia de _____, 20__, pelo _____ (“o Principal”).

Notário Público / Juiz de Paz

Minha comissão expira: _____

(Nome por extenso)

(Data de Nascimento)

PARTE II. TESTAMENTO EM VIDA

Declarações feitas em _____ dia de _____, 20__

Eu, _____ estando mentalmente sadio, vontade própria e voluntariamente deixo saber que o meu desejo que a minha morte não seja prolongada artificialmente ou sob as circunstâncias determinadas abaixo, por este meio declaro:

Se, em qualquer momento eu tenha um ferimento incurável, uma enfermidade, ou uma doença e for certificado que estou próximo da morte ou em uma condição permanentemente inconsciente e que por dois médicos ou um médico e uma APRN, e se dois médicos ou um médico e uma APRN determinarem que minha morte é eminente com ou sem o tratamento para ser mantido vivo artificialmente e que o tratamento para ser mantido vivo através de equipamentos serviria somente prolongar artificialmente o processo de morte, ou que eu permaneceria permanentemente inconsciente, eu ordeno que tais procedimentos sejam retidos ou retirados, e que seja permitido que eu morra naturalmente com somente a administração do medicamentos, natural ingestão de alimentos ou de líquidos através de comer e beber normalmente, ou me oferecer conforto com o desempenho de procedimentos médicos que julgarem necessários para os meus cuidados. Eu entendo que algumas situações poderiam na qual a única maneira poderia permitir que eu morra seria através do interrompimento da nutrição e a hidratação medicalmente administrados.

No cumprimento de todas as instruções, que eu dei nesta parte, eu autorizo que:

(Coloque as suas iniciais ao lado da sua opção (a) ou (b).)

___ (a) Nutrição e hidratação medicalmente administrada não seja iniciada, ou ser for iniciada, que seja interrompida.

-ou-

___ (b) mesmo que todos os outros tratamentos para ser mantido vivo de artificialmente sejam interrompidos, continue o tratamento nutrição e hidratação medicalmente administrada em mim.

Na ausência de minha habilidade de dar os instruções a respeito do uso de tratamentos tais quais para ser mantido vivo, é minha intenção que esta declaração seja honrada pela a minha família e pelo os meus provedores de cuidados da saúde como a expressão final do meu direito de recusar o tratamento médico ou cirúrgico e eu aceito as conseqüências de tal recusa.

(Nome por extenso)

(Data de Nascimento)

Eu entendo a importância total desta declaração, e eu estou emocionalmente e mentalmente competente para fazer esta declaração.

Assinado neste ____ dia de _____, 20____.

Assinatura do principal: _____

[Se você estiver fisicamente incapacitado para assinar, este diretivo pode ser assinado por outra pessoa que escrevera o seu nome, na sua presença e sobre o seu pedido expresso.]

ESTE TESTAMENTO EM VIDA DEVE SER ASSINADO POR DUAS TESTEMUNHAS OU UM NOTÁRIO PÚBLICO OU UM JUIZ DE PAZ.

Nós declaramos que o principal aparenta estar mentalmente sadio e não está sobre ameaça neste momento que a procuração permanente dos cuidados da saúde está sendo assinada e que o principal afirma que está consciente da natureza deste diretivo e que está assinando de vontade própria e voluntariamente.

Testemunha _____ Endereço _____

Testemunha _____ Endereço _____

Se estiver usando um Notário Público ou Juiz de Paz:

ESTADO DE NEW HAMPSHIRE

COMARCA DE _____

O Testamento em Vida precedente foi reconhecida perante me neste ____ dia de _____, 20____, pelo _____ (“O Principal”).

Notário Público / Juiz de Paz

Minha comissão expira: _____

(Nome por extenso)

(Data de Nascimento)

DEFINIÇÕES

Permita morte natural (AND)

Permita morte natural é uma linguagem alternativa usada por algumas pessoas que não querem CPR mais para quem somente o cuidado do conforto.

Médico atendente ou enfermeira licenciada em clínica geral (ARNP) –

Um médico ou uma APRN que tenham a responsabilidade primária dos seus tratamentos e cuidados. Um APRN significa uma enfermeira registrada que é especializada com qualificações em clínica geral pela lei do estado.

Capacidade para fazer decisões de cuidados da saúde – A habilidade de compreender geralmente os riscos e os benefícios de uma decisão do cuidado da saúde, como também algumas opções alternativas de tratamento. Isto é determinado por um médico ou por uma APRN.

CPR ou Ressuscitação Cardiopulmonar –

Procedimento médico de emergência usado para tentar reiniciar a batida do coração e a respiração, que pode envolver respiração boca a boca, compressão do tórax, introduzir um tubo respirador na traquéia, dar medicamentos em sua veia, e choque elétrico.

Cuidado do conforto – para te manter o mais confortável e calmo que for possível, incluindo medicamentos para a dor, te dar pedacinhos de gelo e pomada para os lábios, mudar de posição o seu corpo para impedir feridas causada por estar da cama e te dar banho.

DNR ou ordem de não tentar

ressuscitação– Uma ordem médica é colocada no seu histórico médico descrevendo que você não quer que CPR seja performado se o seu coração parar de bater.

Representante dos cuidados da saúde–

Alguém escolhido na sua procuração permanente dos cuidados da saúde para quando você estiver incapacitado para expressar os seus desejos de cuidados ou tratamentos, faça decisões dos cuidados de saúde por você.

Decisão dos cuidados médicos - isto significa, consentimento informado, recusa para dar informal consentimento ou retirar consentimento informado a qualquer tipo de cuidados médico, tratamento, admissão a uma facilidade de saúde ou procedimento para diagnosticar ou manter condição física ou mental do indivíduo.

Abrigo de cuidados –Uma equipe apresenta-se para oferecer serviços médicos, enfermagem

e serviços sociais, cuidados espirituais e suporte de perda para você e sua família perto de um final de vida.

Intravenoso ou via IV –Um tubo colocado em sua veia que é usado para te fornecer fluidos, sangue ou medicação.

Tratamento para te manter vivo

artificialmente – Qualquer procedimento ou intervenção médica que usam meios mecânicos ou medicalmente administrados para sustentar, para restaurar, ou suplantam uma função vital que, que em julgamento por escrito pelo médico ou por uma APRN serve somente para posponer artificialmente o momento de morte, e onde a pessoa está próxima da morte ou está permanentemente inconsciente. Isto pode incluir: ventilador ou respiração mecânica, manutenção artificial da pressão de sangue, transfusão de sangue, diálise do Rins e outros procedimentos similares. Não inclui redução de dor através de medicamentos ou a ingestão natural de alimentos ou de líquidos.

Nutrição medicalmente administrada

(alimentação) – IVs ou tubos para fornecer alimento quando você estiver incapacitado para comer. Um tubo de alimentação é um tubo médico que através de alimento ou água são colocados em seu corpo. Não inclui o processo natural de comer alimentos.

Hidratação medicalmente administrada –

IVs ou tubos para fornecer água quando você estiver incapacitado para beber. Não inclui o processo natural de beber líquidos.

Perto da morte – Uma condição incurável causada por um ferimento, enfermidade ou doença que por um julgamento médico razoável causará a morte em qualquer momento, de modo que o tratamento para manter vivo artificialmente servirá somente para pospor a morte. Isto é determinado por um médico ou por uma ARNP que trabalhando com um médico adicional.

Doação de órgãos ou tecido– Doando os seus órgãos que pode ser utilizado para o transplante em outros, pode salvar ou melhorar a qualidade de vida destas pessoas. Órgãos que você pode doar: coração, Rins, pâncreas, pulmões, fígado, intestino. Tecido que você pode doar: córnea, pele, medula óssea, válvulas do coração, tecido conectivo. Para ser transplantado, os órgãos devem receber sangue até que sejam removidos de seu corpo. Conseqüentemente, pode ser necessário te colocar em uma máquina de respiração temporariamente ou te fornecer outro tratamento

para manter o órgão vivo. Médicos avaliarão se você tem órgãos ou tecido apropriados para transplante quando você estiver morto ou quando você estiver perto de morrer. Seu corpo pode ainda ser velado e enterrado após sua morte.

Cuidados paliativo – Cuidando da pessoa por inteiro - corpo, mente e espírito. Este método considera morte como uma coisa natural e pessoal; o seu objetivo é te proporcionar alívio dos sintomas (veja abrigo de cuidados).

Permanente e inconsciente – Uma condição durável, indefinitivamente sem melhoria, em que você não está consciente do seu pensamento, de você mesmo e do que passa ao seu redor e outros indicadores de falta de consciência são determinados por uma avaliação feita por um neurologista em acordo com seu médico ou APRN.

Estado vegetativo permanente – uma condição irreversível onde o julgamento médico razoável encontra a perda completa do funcionamento principal do cérebro. Resulta no fim de todos os pensamentos e consciência, embora o batimento do coração e a respiração continuem. Períodos de estar dormindo e de estar acordado continuarão a ocorrer.

Tratamento experimental – experimentar um tratamento (s) por um período de tempo (tal como 1 ou 2 semanas) até estiver decidido que o tratamento não sucederá.



FOUNDATION FOR
HEALTHY COMMUNITIES

De informação contida neste folheto foi preparado por

New Hampshire Sociedade Cuidados de Final De Vida

... um grupo de organizações que ajuda pessoas planejar os seus cuidados da saúde, conversa sobre as suas escolhas e fazem com elas sejam respeitadas.

Foi endossado pelas seguintes organizações:

New Hampshire Associação Hospitalar
New Hampshire Sociedade Médica
Associação de Cuidados em sua Casa de New Hampshire
New Hampshire Associação de Cuidados da Saúde
New Hampshire Organização Abrigo de Cuidados e Cuidados Paliativo Sociedade
Americana de Câncer

Notificação para os Provedores de Cuidados da saúde

Cartão Diretivo Antecipado

Eu tenho:

_____ uma Procuração Permanente para os Cuidados de Saúde

_____ um Testamento em Vida

Os documentos originais e assinados estão localizados no:

Em caso de emergência, contactar:

Nome

Endereço

Cidade, Estado, Cep

Fone

Nome

Endereço

Cidade, Estado, Cep

Assinatura

Por favor veja o outro lado para informações importantes

Notificação para os Provedores de Cuidados da saúde

Cartão Diretivo Antecipado

Eu tenho:

_____ uma Procuração Permanente para os Cuidados de Saúde

_____ um Testamento em Vida

Os documentos originais e assinados estão localizados no:

Em caso de emergência, contactar:

Nome

Endereço

Cidade, Estado, Cep

Fone

Nome

Endereço

Cidade, Estado, Cep

Assinatura

Por favor veja o outro lado para informações importantes

Corte estes cartões Diretivo Antecipado nas linhas pontilhadas, dobre no meio e mantenha em sua carteira.



FOUNDATION FOR
HEALTHY COMMUNITIES

Fundação Para Comunidades Saúdaveis, 125 Airport Road Concord, NH 03301
fone (603) 225-0900 • fax (603) 225-4346 • web: www.healthynh.com

Direitos Autorais © 2010 Fundação Para Comunidades Saúdaveis