

Diretivo Pessoal

Formulário curto: instruções e documento

O Diretivo Pessoal (PD) é um documento pessoal, de caráter não vinculativo perante a lei do estado de Massachusetts, no qual você explica o que é importante para você ao seu Agente de Cuidados de Saúde (“Agente”), à sua família e aos médicos e profissionais da saúde. Nesse documento você também dá instruções sobre o tipo de cuidados que deseja ou não deseja receber. O Diretivo Pessoal é a sua voz nos momentos em que você não tem a capacidade de se comunicar ou de tomar decisões sozinho(a).

- Caso você já tenha designado um Agente por meio de uma Procuração de Cuidados de Saúde (HCP), o Diretivo Pessoal funciona como uma diretriz para o Agente tomar, em seu nome, decisões referentes ao seu tratamento, bem como discutir o seu tratamento com outras pessoas.
- Caso você ainda não tenha designado um Agente, o Diretivo Pessoal transmite informações importantes à sua família, médicos e profissionais da saúde para que eles possam fazer o seu atendimento de acordo com os valores e preferências especificados por você.

Instruções: Imprima este documento e ponha os dois documentos um do lado do outro: a folha de instruções e o formulário em branco. Siga as instruções e explique por escrito o que você gostaria que outras pessoas soubessem sobre os seus valores, crenças, objetivos e preferências pessoais. Se precisar de mais espaço, use o verso da folha. Se mudar de ideia depois, você poderá alterar o documento sempre que desejar, desde que demonstre a competência necessária.

Na primeira linha, preencha em letra de imprensa o seu nome completo e o seu endereço nos respectivos campos. Marque a caixa de seleção referente ao seu Agente. Se você tiver uma Procuração de Cuidados de Saúde, anexe-a a este documento.

I. Minhas preferências, pensamentos e crenças pessoais

- Escreva o que é mais importante na sua vida (família, amigos, trabalho, fé, atividades, etc.)
- Escreva tudo o que desejar e que possa ajudar outras pessoas a proporcionar tratamentos e serviços que sejam compatíveis com os seus valores e escolhas pessoais.
- Inclua informações que auxiliem outras pessoas a cuidar dos seus assuntos pessoais durante a sua recuperação ou por períodos mais longos.

II. Pessoas a quem comunicar minhas escolhas e preferências

- Inclua o nome de familiares, amigos e outras pessoas a quem você deseja comunicar suas preferências e de que forma eles podem oferecer ajuda.

III. Tratamento médico: minhas escolhas e preferências de tratamento

- A. Suas condições de saúde atuais: compartilhe informações e suas preferências de tratamento
- B. Tratamentos de manutenção da vida: a reanimação cardiopulmonar (RCP), ventilação e respiração artificiais e hidratação e nutrição artificiais são tratamentos destinados a prolongar a vida do paciente através do estímulo de uma função essencial ao organismo quando o corpo não tem a capacidade de realizá-la sozinho.

Converse com os seus médicos sobre os riscos, benefícios e possíveis resultados desses tratamentos, caso aplicados, dadas as suas condições de saúde. Marque a caixa de seleção ou especifique as suas instruções por escrito.

IV. Outras informações, instruções e mensagens pessoais:

- Forneça informações (adicione páginas, se necessário) sobre os cuidados que você deseja receber, instruções sobre como tratar de seus assuntos pessoais ou cuidar de animais de estimação, ou escreva mensagens pessoais que você gostaria que fossem entregues a determinadas pessoas.

V. ASSINATURA e data

- Assine o seu nome completo e preencha o campo da data. Você poderá revisar ou reafirmar este documento posteriormente.

Importante: Guarde o documento original e forneça uma cópia ao seu Agente, familiares, médicos, ou a quem desejar. Você poderá alterar o documento ou agregar informações sempre que julgar necessário, desde que demonstre a competência necessária. Para obter mais informações sobre o Diretivo Pessoal, acesse o site: www.honoringchoicesmass.com

Diretivo Pessoal

Eu, _____, domiciliado(a) no endereço _____, redijo este diretivo para informar as minhas escolhas e preferências de tratamento ao meu Agente de Cuidados de Saúde (Agente), meus familiares, amigos, médicos e profissionais da saúde.

Eu designei um Agente de Cuidados de Saúde por meio de uma Procuração de Cuidados de Saúde. O nome e as informações de contato do meu Agente são:

Eu não designei um Agente de Cuidados de Saúde por meio de uma Procuração de Cuidados de Saúde.

I. Minhas preferências, pensamentos e crenças pessoais

1. O que existe de mais importante para mim e o que faz a minha vida valer a pena:

2. Caso eu seja acometido(a) por uma doença ou lesão da qual eu possa me recuperar, possivelmente em menor grau, aqui está o que eu considero uma boa qualidade de vida. Quero ser capaz de fazer o seguinte:

3. Aqui estão os meus valores pessoais, crenças religiosas ou espirituais, normas e tradições culturais que devem ser consideradas ao tomar decisões referentes ao meu tratamento (se for o caso):

4. As minhas maiores inquietações em relação a enfermidades ou lesões corporais são as seguintes e aqui estão ideias que ajudariam a diminuir a minha ansiedade:

5. Se eu for acometido(a) por uma doença ou lesão grave sem previsão de recuperação ou reganho de consciência, aqui está a minha opinião sobre o prolongamento da minha vida e quais tratamentos eu considero aceitáveis ou não aceitáveis:

6. O que eu considero ser uma morte tranquila:

II. Pessoas a quem comunicar minhas escolhas e preferências

Aqui está uma lista das pessoas que devem ser comunicadas (por ex., familiares, amigos, pastor ou padre, advogados, cuidadores), as informações de contato de cada uma deles e a função que eu gostaria que cada uma delas desempenhasse (se for o caso):

III. Cuidados médicos: minhas escolhas e preferências de tratamento

A. Minhas condições atuais de saúde:

Aqui estão as informações sobre minhas condições de saúde específicas. Estou incluindo minhas preferências por medicamentos, especialistas clínicos, locais de tratamento ou outros cuidados que eu quero ou não quero receber (quando for o caso):

B. Tratamentos de manutenção da vida

1. A reanimação cardiopulmonar (RCP) é um tratamento médico usado para restaurar os batimentos cardíacos e a respiração quando essas funções cessam. Minhas escolhas são as seguintes:

- Eu não desejo receber RCP e gostaria de ter uma morte natural, com aplicação de medidas que me proporcionem conforto;
 - Eu gostaria de receber RCP sim, exceto em casos em que o meu médico(a) determinar como verdadeira uma das alternativas a seguir: • Eu tenho uma doença incurável ou lesão não reversível e estou perto da morte • Eu não tenho nenhuma chance razoável de sobreviver caso meus batimentos cardíacos e respiração parem • Eu tenho poucas chances de sobreviver a longo prazo caso meus batimentos cardíacos e minha respiração parem, e o processo de reanimação me causaria muito sofrimento;
 - Eu desejo receber RCP se meus batimentos cardíacos e minha respiração pararem;
 - Neste momento eu não tenho opinião formada e aceitarei as decisões tomadas pelo meu Agente de Cuidados de Saúde.
-
-

2. Tratamentos para prolongar a vida

Se eu chegar a um ponto em que não haja previsão de recuperação ou reganho de consciência, essas são as minhas opiniões e preferências em relação a tratamentos para prolongar a vida:

- Eu desejo cessar ou parar todos os tratamentos que estiverem prolongando a minha vida e prefiro ter uma morte natural. Estou consciente de que continuarei a receber medicamentos para controlar a dor e me proporcionar conforto;
- Eu desejo receber todos os tratamentos apropriados para prolongamento da vida por um período curto de tempo, conforme recomendação do meu médico(a), até que o médico(a) e o Agente decidam em conjunto que os tratamentos não são mais eficazes;

- Eu desejo receber todos os tratamentos apropriados para prolongamento da vida que forem recomendados por meu médico(a);
 - Neste momento eu não tenho opinião formada e aceitarei as decisões tomadas pelo meu Agente de Cuidados de Saúde.
-
-

IV. Outras instruções, informações e mensagens pessoais

V. Assinatura e data

Assino este Diretivo Pessoal após pensar cuidadosamente sobre minhas opções e preferências de cuidados. Estou consciente de que posso revisar, alterar e confirmar minhas decisões enquanto estiver vivo(a), desde que eu tenha as competências necessárias para fazê-lo.

ASSINATURA: _____ Data: _____

Revisão e reafirmação _____ Data: _____

Personal Directive

I, _____, residing at _____, write this directive for my Health Care Agent (Agent), family, friends, doctors and care providers to inform you of my choices and preferences for care.

I have chosen a Health Care Agent in a Health Care Proxy. My Agent's Name & Contact Information is:

I have not chosen a Health Care Agent in a Health Care Proxy.

I. My Personal Preferences, Thoughts and Beliefs

1. Here's what is most important to me, and the things that make my life worth living:

2. If I become ill or injured and I am expected to recover, possibly to a lesser degree, here's how I define having a good quality of life. I'd like to be able to:

3. Here are my personal values, my religious or spiritual beliefs, and my cultural norms and traditions to consider when making decisions about my care (list here if any):

4. Here's what worries me most about being ill or injured; here's what would help lessen my worry:

5. If I become seriously ill or injured and I am not expected to recover and regain the ability to know who I am, here are my thoughts about prolonging my life and what treatments are acceptable and not acceptable to me:

6. Here are my thoughts about what a peaceful death looks like to me:

II. People to Inform about My Choices and Preferences

Here's a list of people to inform (i.e. family, friends, clergy, attorneys, care providers) their contact information, and the role or action I'd like each to take (if any):

III. My Medical Care: My Choices and Treatment Preferences

A. My Current Medical Condition

Here's information about my specific medical condition. Here are my preferences for medications, clinicians, treatment facilities or other care I want or do not want (if any):

B. Life-Sustaining Treatments

1. Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) is a medical treatment used to restart the heartbeat and breathing when the heartbeat and breathing have stopped. My choices are:

- I do not want CPR attempted but rather, I want to allow a natural death with comfort measures;
 - I want CPR attempted unless my doctor determines any of the following: • I have an incurable illness or irreversible injury and am dying • I have no reasonable chance of survival if my heartbeat and breathing stop • I have little chance of long-term survival if my heartbeat and breathing stop and the process of resuscitation would cause significant suffering;
 - I want CPR attempted if my heartbeat and breathing stop;
 - I do not know at this time and rely on my Health Care Agent to make care decisions.
-
-

2. Treatments to Prolong My Life

If I reach a point where I am not expected to recover and regain the ability to know who I am, here are my choices and preferences for life-sustaining treatment:

- I want to withhold or stop all life-sustaining treatments that are prolonging my life and permit a natural death. I understand I will continue to receive pain & comfort medicines;
 - I want all appropriate life-sustaining treatments for a short term as recommended by my doctor, until my doctor and Agent agree that such treatments are no longer helpful;
 - I want all appropriate life-sustaining treatments recommended by my doctor;
 - I do not know at this time and rely on my Health Care Agent to make care decisions.
-
-

IV. Other Instructions, Information and Personal Messages

V. Signature and Date

I sign this Personal Directive after giving much thought to my choices and preferences for care. I understand I can revise, review and affirm my decisions all through my life as long as I am competent.

SIGNED: _____ Date: _____

Reviewed and Reaffirmed _____ Date: _____