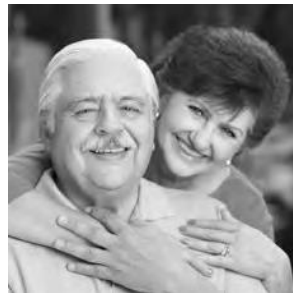


Panduan Perencanaan Perawatan Lanjutan

Bagaimana berpikir, berbicara dan bersiap untuk penyakit serius atau cedera yang dapat mencegah Anda membuat keputusan perawatan kesehatan Anda sendiri.



Wasiat Hidup New Hampshire:

Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan (DPOAH)

Surat Wasiat



Foundation for
Healthy Communities
www.healthynh.com

Mengapa Harus Perencanaan Perawatan Lanjutan?

Anda adalah hak Anda untuk ikut serta dan merencanakan perawatan Anda. Itulah mengapa penting adanya untuk berpikir dan membicarakan tentang perasaan dan kepercayaan Anda dengan orang yang Anda cintai jauh sebelum keputusan medis penting yang dibuat.

Panduan ini memberikan kepada Anda informasi tentang cara membuat "wasiat hidup" - sebuah dokumen hukum yang berisikan pilihan Anda tentang perawatan medis. Mohon bacalah dengan seksama dan diskusikan dengan keluarga, dokter, praktisi perawat, wali pasien, pendeta, atau pengasuh lainnya.

Dengan melengkapi wasiat hidup maka akan memberikan Anda hak pilih dalam membuat keputusan medis jika Anda menjadi tidak dapat memahami atau berbicara demi diri Anda sendiri pada saat pengambilan keputusan tersebut. Hal ini dapat memberikan ketenangan pikiran kepada Anda dan keluarga / pengasuh Anda karena wasiat hidup memungkinkan mereka untuk dapat memahami dan mengikuti keinginan Anda tentang perawatan medis untuk Anda.

- Tidak ada penyedia layanan kesehatan atau perusahaan asuransi yang mewajibkan Anda untuk memiliki dokumen wasiat hidup sebelum memberikan Anda layanan perawatan.
- Wasiat hidup hanya berlaku jika Anda tidak dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan perawatan Anda.
- Setelah menyelesaikan formulir wasiat hidup, merupakan ide bagus apabila Anda berbicara dengan pembuat keputusan dan dokter yang Anda tunjuk untuk menjelaskan keinginan Anda, sehingga mereka akan yakin pada pilihan Anda mengenai perawatan dan pengobatan.

Melengkapi Wasiat hidup juga dapat membantu Anda untuk menghindari dibuatkannya keputusan oleh Balai harta Peninggalan jika anggota keluarga atau penyedia layanan kesehatan Anda tidak setuju tentang apa yang tepat untuk Anda.

Harap diingat bahwa formulir-formulir ini tidaklah sama dengan peraturan NH. Anda dapat memperoleh formulir berdasarkan undang-undang dari Revisi Peraturan NH yang Teranotasi 137-J. Formulir yang terlampir secara substansial serupa dengan Peraturan NH tetapi ditulis dalam bahasa yang lebih sederhana. Panduan ini disusun berdasarkan undang-undang New Hampshire sebagaimana telah hadir di bulan Maret 2017 dan dicetak untuk menginformasikan, bukan untuk memberikan saran. Panduan ini tidak dimaksudkan sebagai pengganti nasihat hukum, saran medis, atau saran profesional lainnya. Konsultasikan dengan ahli interpretasi dan praktisi hukum New Hampshire terkini yang berpengalaman. Anda dapat menyebarkan ulang atau mengutip sebagian dari karya ini, dengan tambahan sebagai berikut: "Dicetak ulang atas izin hak cipta Yayasan untuk Masyarakat Sehat © 2017. Semua hak dilindungi undang-undang." Materi ini tidak dapat diproduksi ulang untuk dijual kembali.

Pendapat atau jawaban Anda atas pertanyaan-pertanyaan ini dapat memberikan ketenangan batin bagi Anda dan perawat Anda.

NILAI

- Apa yang membuat hidup Anda bertujuan dan bermakna?
- Apa yang paling berharga bagi Anda mengenai kesehatan fisik atau kesehatan mental anda? Misalnya, apakah Anda menyukai alam bebas? Membaca atau mendengarkan musik? Menyadari dengan siapa Anda berada?

HUBUNGAN KELUARGA / TEMAN

- Siapa di antara keluarga dan teman Anda yang penting dalam hidup Anda?
- Pernahkah Anda membicarakan pilihan perawatan medis Anda dengan orang-orang yang Anda kasihi saat masalah timbul atau saat kematian datang mendekat?

KEYAKINAN SPIRITUAL / AGAMA

- Bagaimana Anda menggambarkan kehidupan rohani atau religius anda?
- Apakah Anda memiliki komunitas iman, gereja atau sinagoga yang mendukung Anda?
- Apakah Anda memiliki kepercayaan agama tentang perawatan medis?

MEDIS

- Sudahkah Anda bicarakan dengan dokter atau petugas kesehatan Anda tentang masalah kesehatan dan pertanyaan perawatan medis Anda?
- Dalam kondisi apa Anda ingin tujuan perawatan medis berubah dari mencoba untuk melanjutkan hidup menjadi memusatkan perhatian pada kenyamanan Anda?
- Apakah Anda menginginkan tim *perawatan rumah* atau *perawatan paliatif* ditawarkan kepada anda?
- Bagaimana masalah biaya mempengaruhi keputusan Anda tentang perawatan medis?
- Apakah Anda ingin CPR digunakan untuk mencoba mengembalikan kembali Anda jika jantung Anda berhenti atau Anda berhenti bernapas? Seberapa efektifkah CPR menurut Anda?

MEMBUAT RENCANA

- Jika Anda bisa merencanakannya hari ini, seperti apakah hari atau pekan terakhir hidup anda? Dimanakah Anda kira-kira berada? Siapa yang kiranya akan menemani anda?
- Apa yang kiranya penting bagi Anda saat Anda sedang sekarat (rasa nyaman, tidak merasa kesakitan, hadirnya keluarga, musik, doa, disentuh atau dipegang, dll.)?
- Komentar umum apa yang ingin Anda buat mengenai sekarat atau kematian?
- Apakah Anda tertarik untuk *menyumbangkan organ* atau *jaringan*?
- Adakah orang-orang yang ingin Anda tulisi surat, atau seseorang yang Anda ingin buat pesan rekaman, yang mungkin dapat ditandai untuk dibuka di masa depan?
- Apa keinginan Anda untuk upacara pemakaman: lagu atau bacaan yang Anda inginkan, atau ada orang yang Anda harap akan hadir?
- Apakah Anda lebih suka dikuburkan atau dikremasi, atau Anda tidak punya preferensi? Sudahkah Anda menghubungi rumah duka?

CATATAN: Penggunaan istilah pertama yang mungkin tidak Anda mengerti telah ditunjukkan dengan huruf miring dan didefinisikan di bagian "Definisi" di bagian akhir buklet ini.

Pertanyaan tentang wasiat hidup

Apakah itu wasiat hidup?

Wasiat hidup adalah instruksi yang Anda berikan mengenai perawatan masa depan Anda. Wasiat hidup bisa berupa lisan ataupun tulisan, dan bisa diberikan kepada keluarga, teman, atau penyedia layanan medis. Keluarga, teman dan penyedia layanan medis akan berusaha untuk memahami dan memenuhi instruksi Anda, apa pun bentuknya. Namun, untuk memastikan bahwa setiap orang memahami instruksi Anda, Negara Bagian New Hampshire mengkategorikan wasiat hidup tertulis sebagai dokumen hukum yang terdiri dari dua bagian: Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan dan Surat Wasiat.

Apa itu Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan (DPOAH)?

Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan adalah bagian dari dokumen wasiat hidup yang dengannya Anda memberi nama orang lain untuk bertindak sebagai *petugas perawatan kesehatan Anda (agen)* untuk membuat keputusan medis untuk Anda jika Anda tidak memiliki "*kapasitas*" untuk membuat keputusan perawatan kesehatan. Hal ini dapat diterapkan dalam berbagai situasi perawatan kesehatan. Anda dapat menyertakan petunjuk tentang perawatan yang Anda inginkan atau yang tidak Anda inginkan, atau berapa lama Anda ingin mencoba perawatan yang ada. Kapasitas petugas untuk mengambil keputusan tidak berlaku sampai atau kecuali jika Anda dinilai tidak memiliki kapasitas.

Apa itu Surat Wasiat?

Surat Wasiat adalah dokumen hukum yang menginstruksikan penyedia layanan kesehatan Anda untuk tidak memberikan perawatan yang mendukung kehidupan jika Anda *dekat kematian* atau *tidak sadar secara permanen*, tanpa harapan pemulihan. Surat wasiat tidak mewajibkan untuk mengidentifikasi seseorang untuk mengambil keputusan.

Apakah saya memerlukan Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan (DPOAH) dan Surat Wasiat?

Akan lebih baik untuk melengkapi kedua bagian dokumen wasiat hidup karena keduanya melayani dua tujuan yang berbeda. DPOAH berlaku setiap kali Anda tidak dapat membuat keputusan - misalnya, selama operasi, atau bahkan saat Anda menjadi tidak sadar sementara. Surat Wasiat akan berpengaruh hanya bila tidak ada harapan untuk pemulihan. Di bawah undang-undang New Hampshire, jika terjadi permasalahan dalam persyaratan wasiat hidup Anda, DPOAH akan menolak Surat Wasiat.

Apa perbedaan antara perintah DNR dan wasiat hidup?

Jika jantung Anda berhenti berdetak dan Anda berhenti bernapas, penyedia layanan kesehatan biasanya akan melakukan resusitasi jantung paru (RJP) untuk memulai kembali pernapasan dan detak jantung Anda. Namun, Anda mungkin memutuskan bahwa Anda tidak ingin RJP dilakukan. Dalam kasus ini, Anda dapat meminta Penolakan Resusitasi (DNR) atau sebuah DNR ringkas (untuk penggunaan di luar rumah sakit atau fasilitas panti jompo) agar dapat ditulis. Perbedaan antara DNR dan wasiat hidup adalah: sebuah wasiat hidup bukanlah perintah tatanan medis, meskipun ini adalah dokumen yang diakui secara hukum; sebuah perintah DNR adalah prosedur medis; perintah DNR hanya berlaku jika jantung Anda berhenti berdetak dan Anda berhenti bernapas, sementara wasiat hidup berkaitan dengan banyak masalah medis lainnya dan beberapa keputusan, seperti apakah memberi makan atau memberi minum dengan bantuan medis. Anda mungkin ingin menyertakan keinginan Anda tentang perintah DNR sesuai petunjuk di wasiat hidup Anda.

Mengapa saya menginginkan perintah DNR?

Ada upaya untuk membuat CPR tersedia untuk semua orang kecuali mereka memerintahkan sebaliknya. Upaya di CPR jarang berhasil bila seseorang sangat lemah atau memiliki penyakit serius, dan upaya CPR yang gagal dan sukses mungkin sering menyebabkan penderitaan tambahan. Berbicara dengan dokter atau penyedia layanan kesehatan lainnya dapat membantu Anda memahami potensi manfaat dan kerugian dari CPR dan apakah perintah DNR atau DNR ringkas merupakan pilihan Anda. DNR hanya mengacu pada CPR dan tidak berarti bahwa semua perawatan lainnya (misalnya pereda nyeri, perawatan yang membuat nyaman, dll.) dihentikan.

Apa itu Perintah Bagi Petugas Medis untuk melakukan Perawatan untuk Mempertahankan Hidup (POLST)?

Perintah Bagi Petugas Medis untuk melakukan Perawatan untuk Mempertahankan Hidup adalah sebuah pendekatan, yang dipraktekkan secara nasional, pada perawatan akhir-kehidupan bagi individu yang harapan hidupnya hanya satu tahun atau kurang. Perintah ini menciptakan perintah MD atau APRN yang dibahas dan disepakati bersama pasien dalam bentuk yang tunduk pada undang-undang New Hampshire mengenai DNR, dan ini bersifat ringkas antara sistem dan institusi kesehatan di negara bagian. Formulir yang berwarna kuning, dapat diperoleh dari para penyedia layanan, adalah perintah medis yang mencerminkan diskusi antara pasien dan penyedia layanan medis tentang komponen perawatan yang akan digunakan, dan formulir tersebut berisikan tanda tangan keduanya.

Bagaimana jika saya ingin lebih dari satu orang yang mengambil keputusan perawatan kesehatan saya?

Beberapa orang ingin menunjuk lebih dari satu orang untuk menjadi agen mereka. Misalnya, seseorang mungkin menginginkan ketiga anaknya berbagi tanggung jawab atas keputusan medis. Jika Anda mencantumkan lebih dari satu orang sebagai agen Anda, penting untuk diketahui bahwa orang pertama yang terdaftar akan menjadi pengambil keputusan Anda, diikuti oleh orang berikutnya yang terdaftar, dan seterusnya. Jika Anda menginginkan proses pengambilan keputusan yang berbeda (seperti memastikan semua agen Anda setuju sebelum keputusan dibuat), Anda harus menjelaskannya di wasiat hidup Anda.

Bagaimana ditentukannya apakah saya tidak dapat membuat keputusan mengenai perawatan medis saya?

Jika dokter atau APRN (perawat berpengalaman yang terdaftar) yang bertanggung jawab atas perawatan Anda menentukan bahwa Anda tidak dapat memahami risiko dan manfaat signifikan dari keputusan perawatan kesehatan Anda, mereka dapat mendokumentasikan bahwa Anda tidak memiliki "*kapasitas*", dalam hal ini agen perawatan kesehatan Anda, jika Anda telah menunjuk seseorang, akan mengambil keputusan untuk Anda. Ini bukan penunjukan permanen; Jika dokter Anda atau APRN kemudian menentukan bahwa Anda telah mendapatkan kembali kapasitas Anda untuk mengambil keputusan, Anda akan bisa membuat keputusan perawatan kesehatan bagi Anda lagi. Jika, ketika Anda tidak memiliki kemampuan untuk membuat keputusan medis, Anda ingin keputusan agen Anda dituruti bahkan jika Anda keberatan dengan keputusan medis tersebut, Anda harus menjelaskannya di wasiat hidup Anda.

Bagaimana jika cedera serius atau penyakit mendadak membuat saya berada di bawah sadar, tidak sadar, dan nampaknya tidak sembuh?

Anda pada awalnya akan menerima semua perawatan medis yang diperlukan untuk membuat Anda tetap hidup. Jika dokter percaya ada sedikit kemungkinan Anda akan bisa memulihkan kemampuan untuk mengenali siapa Anda atau untuk bisa merespon orang-orang di sekitar Anda, Apakah Anda ingin melanjutkan prosedur penunjang kehidupan? 'Wasiat Hidup' atau percakapan Anda tentang masalah ini sebelumnya akan menginstruksikan seseorang atau orang-orang yang telah Anda tunjuk sebagai agen Anda untuk melakukan perawatan lanjutan yang menunjang kehidupan Anda dalam situasi tersebut. Anda dapat meminta perawatan Anda untuk difokuskan pada kenyamanan Anda tanpa adanya intervensi medis agar Anda tetap hidup, jika itu pilihan Anda.

Apa yang dilakukan jika Wasiat hidup tidak tercapai?

Wasiat hidup adalah panduan yang hanya mencakup beberapa keputusan penting tertentu mengenai perawatan kesehatan. Keinginan Anda, yang diungkapkan dalam wasiat hidup, perlu dimasukkan ke dalam perintah medis saat Anda dinyatakan tidak memiliki kemampuan untuk membuat keputusan medis. Sebuah wasiat hidup tidak memberi agen Anda kekuatan atau wewenang kecuali dan sampai Anda dinyatakan tidak memiliki kapasitas untuk membuat keputusan perawatan kesehatan. RSA 137J membatasi beberapa jenis keputusan perawatan kesehatan yang dapat dilakukan oleh agen. Wasiat hidup tidak ditujukan untuk masalah pengelolaan keuangan atau pengelolaan personal yang penting lainnya.

Siapa yang akan membuat keputusan saya jika saya tidak melengkapi dokumen wasiat hidup?

Pada tahun 2015, RSA137J diubah untuk memungkinkan pengganti pengambil keputusan medis untuk mengambil keputusan atas nama pasien tanpa tuntutan pengadilan atau keterlibatan pengadilan, dalam waktu yang terbatas (sampai 90 hari), dalam urutan prioritas berikut:

- (a.) Pasangan pasien, atau pasangan serikat pekerja sipil atau pasangan hukum biasa sebagaimana didefinisikan dalam RSA 457: 39, kecuali jika ada proses perceraian, kesepakatan pemisahan, atau perintah penahanan yang membatasi hubungan orang tersebut dengan pasien.
- (b.) Setiap putra atau putri pasien yang sudah dewasa.
- (c.) Salah satu orang tua pasien.
- (d.) Saudara laki-laki atau perempuan manapun yang sudah dewasa dari pasien.
- (e.) Cucu pasien manapun yang sudah dewasa.
- (f.) Kakek atau nenek dari pasien.
- (g.) Bibi, paman, keponakan, atau keponakan pasien manapun yang telah dewasa.
- (h.) Seorang teman dekat pasien.
- (i.) Agen dengan surat kuasa keuangan atau konservator yang ditunjuk sesuai dengan RSA 464-A.
- (j.) Penjaga harta pasien.



Kewenangan pengganti pengambil keputusan medis ini berlaku hingga 90 hari dan tidak dapat diperpanjang kecuali pasien tersebut meninggal seketika. Di luar waktu ini, wali harus ditunjuk oleh Balai Harta Peninggalan, setelah adanya sebuah petisi dan pemeriksaan formal. Anda harus melengkapi Wasiat hidup jika Anda ingin menunjuk seseorang untuk membuat keputusan tak peduli berapa lama waktu yang dibutuhkan, atau jika Anda tidak mau memilih seseorang selain yang dipilih oleh peraturan tersebut.

Apakah dokumen wasiat hidup lama saya masih berlaku?

Iya. Wasiat hidup sebelumnya tidak perlu diperbaharui. Namun, jika Anda ingin mengubah sesuatu dalam dokumen wasiat hidup Anda, Anda harus melengkapi yang baru. Anda mungkin ingin memeriksa kembali keinginan perawatan kesehatan Anda dari waktu ke waktu. Undang-undang Wasiat Hidup New Hampshire diubah pada tanggal 1 Januari 2015, namun, jika Anda memiliki dokumen wasiat hidup yang dibuat sebelum tanggal ini, tetap akan dipatuhi berdasarkan hukum New Hampshire.

Dapatkah saya mencabut dokumen wasiat hidup saya?

Anda dapat mencabut atau membatalkan dokumen wasiat hidup Anda secara lisan atau tertulis setiap saat. Perpisahan, perceraian, atau tindakan pembatalan pernikahan akan mencabut DPOAH Anda secara otomatis jika partner atau pasangan Anda adalah agen Anda dan Anda belum mencantumkan pengganti dalam dokumen Anda. Selain itu, jika perintah perlindungan diajukan antara Anda dan agen Anda, DPOAH Anda juga akan dicabut secara otomatis jika Anda belum memberitahukan nama agen pengganti.

Bagaimana jika dokumen wasiat hidup saya sebelumnya diajukan di negara bagian lain?

Undang-undang New Hampshire menyatakan "wasiat hidup, surat wasiat, atau dokumen serupa yang ditandatangani di negara bagian yang lain, dan berlaku sesuai dengan hukum negara di mana undang-undang tersebut dilengkapi, akan berlaku sama efektifnya di negara bagian ini seakan-akan telah dilengkapi tunduk pada undang-undang di New Hampshire." Umumnya, disarankan agar Anda melengkapi wasiat hidup NH jika Anda tinggal di NH untuk menghindari keraguan mengenai perbedaan pada Undang-Undang New Hampshire yang mungkin tidak secara jelas ditujukan untuk formulir diluar negara.

Siapa yang harus memiliki salinan dokumen wasiat hidup saya?

Salinan dokumen Anda harus dimiliki oleh dokter Anda, rumah sakit Anda, atau fasilitas perawatan jangka panjang Anda, orang yang Anda pilih sebagai agen Anda, dan anggota keluarga Anda. Idealnya dokumen asli harus disimpan di tempat Anda menyimpan dokumen penting lainnya seperti wasiat, akta kelahiran dan kartu jaminan sosial.

Bagaimana penyedia layanan kesehatan saya tahu bahwa saya memiliki sebuah wasiat hidup?

Anda harus memberitahukan dokter, perawat, atau penyedia layanan kesehatan lainnya bahwa Anda memiliki wasiat hidup dan berilah mereka salinan untuk rekam medis Anda. Kapan pun Anda dirawat di rumah sakit, Anda akan ditanya apakah Anda memiliki sebuah wasiat hidup. Jika Anda tahu bahwa Anda akan dibawa ke rumah sakit, Anda harus membawa salinan dokumen Anda bersama Anda.

Apakah saya memerlukan seorang pengacara?

Anda tidak memerlukan pengacara untuk membuat dokumen wasiat hidup. Anda bisa dengan mudahnya menggunakan formulir di dalam brosur ini, yang bahasanya secara substansi sama dengan undang-undang New Hampshire. Namun, jika Anda memiliki pertanyaan atau masalah khusus, Anda dapat berbicara dengan seorang pengacara, dokter atau staf terlatih dari rumah sakit atau rumah perawatan. Anda bisa mendapatkan formulir perundang-undangan dari Revisi Peraturan NH yang Teranotasi 137-J.

Siapa yang bisa menyaksikan penandatanganan dokumen wasiat hidup saya?

Agar dapat berlaku, dokumen wasiat hidup Anda dapat ditandatangani baik di hadapan dua saksi atau notaris. Saksi Anda tidak boleh orang-orang yang dalam posisi untuk membuat keputusan perawatan kesehatan untuk Anda seperti misalnya agen perawatan kesehatan Anda, penyedia layanan kesehatan, pasangan atau ahli waris Anda. Seorang saksi dapat merupakan pegawai dari penyedia layanan kesehatan atau siapapun penyedia layanan kesehatan di tempat tinggal Anda.

Mengapa saya mungkin mau mengizinkan agen perawatan kesehatan saya mengambil keputusan atas keberatan saya?

DPOAH memungkinkan agen Anda membuat keputusan jika Anda tidak sadar atau tidak dapat mengkomunikasikan keinginan Anda. DPOAH juga dapat digunakan untuk mengizinkan agen Anda membuat keputusan untuk Anda walaupun Anda sadar dan mampu berkomunikasi namun tidak memiliki kapasitas untuk membuat keputusan kesehatan karena kondisi yang mempengaruhi kemampuan Anda untuk memahami risiko dan manfaat yang signifikan dari keputusan perawatan kesehatan Anda, seperti penyakit Alzheimer lanjut atau demensia. *Ini adalah waktu dimana Anda mau mengizinkan agen Anda mengambil keputusan atas keberatan Anda. Agen Anda adalah orang yang dapat Anda percaya untuk membuat keputusan perawatan kesehatan berdasarkan keinginan Anda pada saat Anda memiliki kapasitas dan apa yang mereka ketahui tentang nilai / keinginan Anda sendiri.* Saat Anda menandatangani wasiat hidup Anda, Anda harus memutuskan apakah Anda akan menyerahkan hak Anda atau tidak untuk menolak keputusan perawatan oleh agen Anda, *yaitu, untuk mengizinkan agen Anda membuat keputusan tentang perawatan meskipun Anda keberatan dengan keputusan itu pada saat Anda tidak dapat memahami risiko dan manfaat yang signifikan dari keputusan tersebut.*

Jika Anda tidak melepaskan hak ini, perawatan tidak dapat diberikan atau ditahan karena keberatan Anda. Namun jika Anda memutuskan untuk memenuhi kebutuhan perawatan saat Anda membuat pilihan keberatan, Anda masih dapat mengubah atau membatalkan DPOAH Anda setiap saat dengan memutuskan bahwa Anda ingin mengubah pilihan agen Anda.



***Merupakan hak anda
Untuk berpartisipasi dan
merencanakan perawatan Anda.***

Memilih Surat Kuasa Tak Terhingga Anda untuk Perawatan Kesehatan dan Agen Perawatan Kesehatan

Saat Anda memutuskan untuk memilih seseorang untuk berbicara atas nama Anda saat krisis medis, kalau-kalau Anda tidak dapat berbicara untuk diri Anda sendiri, ada beberapa hal yang perlu dipikirkan. Bagan di bawah ini adalah alat untuk membantu Anda memutuskan siapa orang yang terbaik. Biasanya yang terbaik adalah memberi nama satu orang atau agen untuk berperan sekaligus, sedikitnya dengan satu orang cadangan atau pengganti, jika orang pertama tidak tersedia saat diperlukan.

Bandingkan hingga 3 orang dengan alat ini. Orang yang paling cocok untuk menjadi DPOAH atau Agen Perawatan Kesehatan Anda akan memiliki rasio yang baik pada kualifikasi ini. . .

Nama ke-1:		
Nama ke-2:		
Nama ke-3:		
		1. Memenuhi kriteria hukum di negara Anda untuk bertindak sebagai agen atau wali? (Ini adalah suatu keharusan! Lihat halaman 7 - Pengungkapan.)
		2. Akan bersedia untuk berbicara atas nama Anda.
		3. Akan dapat bertindak atas keinginan Anda dan memisahkan perasaannya dari Anda.
		4. Tinggal dekat dengan Anda atau dapat bepergian untuk berada di sisi Anda jika diperlukan.
		5. Kenal baik dengan Anda dan mengerti apa yang penting bagi Anda.
		6. Bisa menangani tanggung jawabnya.
		7. Akan berbicara dengan Anda sekarang tentang isu-isu sensitif dan akan mendengarkan keinginan Anda.
		8. Sepertinya akan siap sedia di waktu lama di masa depan.
		9. Akan mampu menangani pendapat yang bertentangan antara anggota keluarga, teman, dan tenaga medis.
		10. Bisa menjadi penasehat yang kuat dalam menghadapi dokter atau institusi yang tidak responsif.

Lembar kerja ini diadaptasi oleh Komisi Asosiasi Amerika mengenai Permasalahan Hukum Lansia dari R. Pearlman, dan kawan-kawan. Hidup Anda Pilihan Anda - Perencanaan Keputusan Medis di Masa Depan: Bagaimana Mempersiapkan Surat Wasiat yang Dipersonalisasi, Pusat Medis Administrasi Veteran, Seattle, Washington. Dicitak ulang dengan izin.

Apa yang Harus Dilakukan Setelah Anda Memilih Agen Perawatan Kesehatan?

- Bicaralah dengan agen Anda tentang kualifikasi pada lembar kerja ini.
- Minta izin untuk menjadikannya sebagai agen Anda.
- Diskusikan keinginan dan nilai perawatan kesehatan dan ketakutan Anda dengan agen Anda dan dokter Anda atau penyedia layanan kesehatan Anda.
- Pastikan agen dan dokter Anda atau petugas kesehatan Anda mendapat salinan wasiat hidup milik Anda.

"Membuat Keputusan Medis untuk Orang Lain: Buku Pegangan New Hampshire" adalah sebuah sumber yang dapat diperoleh di www.healthynh.com. Buku ini juga mungkin bisa didapatkan di fasilitas perawatan di mana Anda menerima perawatan kesehatan.

Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan: Pernyataan Pengungkapan

Ini adalah dokumen hukum yang penting. Sebelum menandatangani, Anda harus mengetahui beberapa fakta penting ini:

Kecuali jika Anda mengatakan sebaliknya, dokumen ini memberikan kepada orang yang Anda sebutkan sebagai agen perawatan kesehatan Anda, wewenang untuk membuat beberapa dan semua keputusan perawatan kesehatan untuk Anda di saat Anda tidak berkapasitas untuk membuat keputusan perawatan kesehatan untuk diri Anda sendiri (dengan kata lain, Anda tidak lagi memiliki kemampuan untuk memahami dan menghargai secara umum sifat dan konsekuensi dari keputusan perawatan kesehatan, termasuk manfaat signifikan dan daripadanya dan alternatif yang masuk akal untuk setiap perawatan kesehatan yang diusulkan.) "Perawatan kesehatan" mengandung arti beberapa perawatan, layanan atau prosedur untuk memelihara, mendiagnosis, atau merawat kondisi fisik atau mental Anda.

Oleh karena itu, agen perawatan kesehatan Anda akan memiliki wewenang untuk membuat berbagai keputusan perawatan kesehatan untuk Anda. Agen perawatan kesehatan Anda dapat mengizinkan (dengan kata lain, memberikan izin), menolak untuk menyetujui atau menarik persetujuan untuk perawatan medis, dan dapat membuat keputusan tentang menarik atau memberikan perawatan untuk mempertahankan kehidupan. Tidak dalam keadaan apapun, agen kesehatan Anda berwenang untuk memerintahkan pembatasan makanan dan minuman yang dapat Anda makan dan minum secara normal.

Anda dapat menyatakan dalam dokumen ini perawatan apa pun yang tidak Anda inginkan, atau perawatan yang Anda inginkan untuk benar-benar yakin akan Anda terima. Anda dapat melampirkan halaman tambahan pada wasiat hidup jika Anda membutuhkan lebih banyak ruang untuk melengkapi pernyataan Anda. Wewenang agen perawatan kesehatan Anda akan dimulai saat dokter atau perawat berpengalaman Anda menyatakan bahwa Anda tidak memiliki kemampuan untuk membuat keputusan perawatan kesehatan (dengan kata lain, Anda tidak dapat membuat keputusan perawatan kesehatan).

Agen perawatan kesehatan Anda tidak dapat menyetujui atau mengarahkan manapun dari hal-hal berikut ini:

- komitmen terhadap lembaga negara; Psikosurgeri; perlakuan eksperimental dalam bentuk apapun; atau
- sterilisasi; atau
- penghentian pengobatan jika Anda hamil dan jika penghentian pengobatan tersebut dianggap akan membuat keguguran, kecuali jika perawatan tersebut secara fisik akan membahayakan Anda atau memperpanjang rasa sakit parah yang tidak dapat dikurangi dengan pengobatan.

Jika, untuk alasan moral atau agama, Anda tidak ingin ditangani oleh dokter atau Perawat Terdaftar Berpengalaman (APRN) atau diperiksa oleh dokter atau APRN untuk memastikan bahwa Anda tidak memiliki kapasitas untuk mengambil keputusan, Anda harus mengatakannya di dalam wasiat hidup Anda dan Anda harus mengajukan nama seseorang yang dapat menyatakan bahwa Anda sedang tidak berkapasitas untuk melakukan hal tersebut. Orang tersebut tidak boleh tidak bisa menjadi agen perawatan kesehatan Anda atau agen perawatan alternatif, atau orang yang tidak memenuhi syarat untuk menjadi agen perawatan kesehatan Anda.

Agen kesehatan Anda akan diarahkan oleh instruksi tertulis Anda dalam wasiat hidup ini saat mengambil keputusan atas nama Anda, dan selanjutnya akan dipandu oleh kondisi medis atau prognosis Anda. Kecuali Anda menyatakan sebaliknya dalam wasiat hidup tersebut, agen perawatan kesehatan Anda akan memiliki wewenang yang sama untuk membuat keputusan mengenai perawatan kesehatan Anda seperti yang Anda alami, jika keputusan yang dibuat oleh agen perawatan kesehatan Anda sesuai dengan hukum negara.

Penting agar Anda mendiskusikan dokumen ini dengan dokter atau penyedia layanan kesehatan lainnya sebelum Anda menandatangani, untuk memastikan Anda memahami sifat dan ragam keputusan yang dapat dibuat untuk Anda oleh agen perawatan kesehatan Anda. Jika Anda tidak memiliki penyedia layanan kesehatan, Anda harus berbicara dengan seseorang yang memiliki pengetahuan tentang masalah ini dan dapat menjawab pertanyaan Anda.

Tanyakan pada rumah sakit atau rumah sakit komunitas Anda tentang staf berpengalaman. Anda tidak memerlukan bantuan pengacara untuk menyelesaikan wasiat ini, tapi jika ada sesuatu dalam wasiat ini yang tidak Anda mengerti, Anda harus meminta pengacara untuk menjelaskannya kepada Anda.

Orang yang Anda pilih sebagai agen perawatan kesehatan haruslah seseorang yang Anda kenal dan Anda percayai, dan ia setidaknya berusia minimal 18 tahun. Jika Anda memilih penyedia layanan kesehatan atau penyedia layanan di tempat tinggal Anda (seperti dokter Anda, APRN, atau pegawai rumah sakit, panti jompo, agen kesehatan rumah atau rumah perawatan di tempat tinggal Anda, selain keluarga), orang tersebut harus memilih antara bertindak sebagai agen perawatan kesehatan Anda atau sebagai penyedia perawatan kesehatan atau penyedia perawatan di tempat tinggal Anda, karena undang-undang tersebut tidak mengizinkan seseorang untuk melakukan keduanya pada saat bersamaan.



Anda harus berbicara terlebih dahulu dengan orang yang Anda inginkan untuk menjadi agen perawatan kesehatan Anda (agen) tentang keputusan perawatan kesehatan yang akan Anda buat sendiri jika Anda mampu dan tentang keinginan mereka untuk menindaklanjuti keputusan yang Anda tuliskan pada wasiat hidup Anda. Agen Anda tidak bertanggung jawab atas keputusan perawatan kesehatan yang dibuat dengan itikad baik dengan mengatasnamakan Anda.

Tambahan untuk agen pilihan Anda, Anda juga harus membicarakan tentang wasiat hidup ini dengan dokter atau praktisi perawat Anda (APRN), dan berikan kepada masing-masing salinan yang sudah ditandatangani. Anda harus menulis pada wasiat tersebut mengenai orang-orang dan institusi yang akan mendapat salinan yang bertanda tangan.

Anda harus mempertimbangkan untuk memilih agen perawatan kesehatan cadangan jika agen perawatan kesehatan Anda enggan, tidak mampu, tidak bersedia atau tidak memenuhi syarat untuk bertindak sebagai agen perawatan kesehatan Anda pada saat Anda dinyatakan bahwa Anda tidak dapat membuat keputusan perawatan kesehatan untuk diri Anda sendiri. Setiap agen perawatan kesehatan pengganti yang Anda pilih kemudian akan memiliki wewenang yang sama untuk membuat keputusan perawatan kesehatan untuk Anda, jika agen utama tidak dapat melakukannya.

Bahkan setelah Anda menandatangani wasiat hidup ini, Anda akan membuat keputusan perawatan kesehatan untuk diri Anda selama Anda mampu melakukannya, dan perawatan tidak dapat diberikan kepada Anda atau dihentikan untuk diberikan atas keberatan Anda. Namun, jika Anda telah ditentukan oleh dokter atau APRN Anda bahwa Anda tidak memiliki kapasitas untuk melakukannya, Anda mungkin menginginkan perawatan tidak diberikan atau diberikan sesuai dengan petunjuk agen Anda, bahkan jika Anda secara vokal menolak perawatan tersebut.

Anda berhak mencabut kuasa yang diberikan kepada agen perawatan kesehatan Anda dengan mengatakan kepadanya, atau dengan memberi tahu penyedia layanan kesehatan Anda, secara lisan atau tertulis, bahwa Anda tidak lagi menginginkan orang tersebut menjadi agen perawatan kesehatan Anda.

Setelah wasiat ini dijalankan maka tidak dapat diubah atau dimodifikasi. Jika Anda ingin membuat perubahan, Anda harus membuat wasiat yang seluruhnya baru.

Anda memiliki hak untuk mengecualikan atau menentang rujukan ke perawat praktik berpengalaman yang terdaftar dalam wasiat hidup Anda dan jika Anda melakukannya, wasiat hidup Anda masih berlaku dan dapat dilaksanakan.

Surat kuasa untuk perawatan kesehatan ini tidak akan berlaku kecuali jika ditandatangani di hadapan dua (2) atau lebih saksi yang berkualitas, yang harus hadir saat Anda menandatangani dan siapa yang akan mengenali tanda tangan Anda pada wasiat tersebut, ATAU di hadapan notaris publik atau hakim setempat. Orang-orang berikut mungkin tidak bisa bertindak sebagai saksi:

- Orang yang telah Anda tunjuk sebagai agen perawatan kesehatan anda
- Pasangan atau pewaris hukum Anda, atau penerima manfaat yang disebutkan dalam surat wasiat Anda atau dalam akta
- Dokter atau APRN yang hadir, atau orang yang bertindak di bawah suruhan atau kontrol dokter atau APRN yang hadir

Hanya satu dari dua saksi tersebut yang mungkin merupakan penyedia layanan kesehatan atau penyedia layanan di tempat tinggal Anda atau salah satu karyawan penyedia Anda.

WASIAT HIDUP NEW HAMPSHIRE

CATATAN: Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan dan Surat Wasiat. Anda dapat melengkapi kedua bagian, atau hanya salah satu bagian.

BAGIAN I. Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan

I, _____, (_____), dengan ini menunjuk _____
(Nama) (Tanggal Lahir) (Nama dari Agen Perawatan kesehatan)
dari _____
(Alamat dan Telepon Agen Perawatan Kesehatan)

(Jika Anda memilih lebih dari satu agen, mereka akan memiliki otoritas dalam urutan perintah yang namanya tercantum, kecuali Anda menunjukkan bentuk pengambilan keputusan lain.) sebagai agen saya untuk membuat beberapa dan semua keputusan perawatan kesehatan untuk saya, kecuali sejauh yang saya nyatakan sebaliknya dalam petunjuk ini atau yang dilarang oleh undang-undang. Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan ini akan berlaku jika saya kekurangan kemampuan untuk membuat keputusan perawatan kesehatan sendiri.

Jika orang yang saya tunjuk di atas tidak dapat hadir, tidak mau hadir atau tidak hadir, atau tidak memenuhi syarat untuk bertindak sebagai agen perawatan kesehatan saya, dengan ini saya menunjuk _____ di _____
(Nama Agen Perawatan Kesehatan) (Alamat dan Telepon Agen Perawatan Kesehatan)

Pernyataan Keinginan, Ketentuan Khusus, dan Keterbatasan tentang Keputusan Perawatan Kesehatan

Demi kenyamanan Anda dalam mengungkapkan keinginan Anda, beberapa pernyataan umum mengenai penghentian atau penghapusan perawatan untuk mempertahankan kehidupan disajikan di bawah ini. (Perawatan penunjang hidup didefinisikan sebagai prosedur yang dengan tanpa adanya hal tersebut seseorang akan meninggal, seperti namun tidak terbatas pada hal-hal berikut: nutrisi dan hidrasi yang diberikan secara medis, pernapasan mekanis, dialisis ginjal atau penggunaan perangkat mekanis dan teknologi eksternal lainnya, obat-obatan untuk menjaga tekanan darah, transfusi darah, dan antibiotik. Ada juga bagian yang memungkinkan Anda menetapkan petunjuk khusus untuk masalah ini atau hal lainnya. Jika Anda ingin, Anda dapat menunjukkan kesepakatan atau ketidaksepakatan Anda dengan pernyataan berikut dan memberi kuasa agen Anda untuk bertindak dalam keadaan tertentu.

A. PERAWATAN PENUNJANG KEHIDUPAN

1. Jika saya hampir meninggal dan tidak memiliki kapasitas untuk membuat keputusan perawatan kesehatan, saya memberikan wewenang kepada agen saya untuk memerintahkan:

(Beri inisial di samping pilihan Anda antara (a) atau (b).)

_____(a) Perawatan penunjang kehidupan tidak diberikan, atau jika sudah diberikan, hentikan.

-atau-

_____(b) Perawatan penunjang kehidupan terus diberikan kepada saya.

2. Apakah mendekati kematian atau tidak, jika saya menjadi tidak sadarkan diri secara permanen, saya memberikan wewenang kepada agen saya untuk memerintahkan:

_____(a) Perawatan penunjang kehidupan tidak diberikan, atau jika sudah diberikan, hentikan.

-atau-

_____(b) Perawatan penunjang kehidupan terus diberikan kepada saya.

Dengan ini saya mengakui bahwa saya telah diberi sebuah pernyataan pengungkapan yang menjelaskan tentang pemberlakuan Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan (DPOAH) ini. Saya telah membaca dan memahami informasi yang terkandung dalam pernyataan pengungkapan.

Bagian yang asli dari Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan (DPOAH) ini akan disimpan di

_____ dan orang-orang dan institusi di bawah ini akan memiliki salinan:

Ditanda tangani pada tanggal _____, 20____.

Tanda tangan Pemberi Kuasa: _____

[Jika Anda secara fisik tidak dapat menandatangani, DPOAH ini dapat ditanda tangani, oleh seseorang dengan menuliskan nama Anda, di hadapan Anda dan atas perintah langsung dari Anda.]

SURAT KUASA WASIAT INI HARUS DITANDATANGANI OLEH DUA ORANG SAKSI ATAU NOTARIS PUBLIK ATAU HAKIM SETEMPAT.

Kami menyatakan bahwa pemberi kuasa hadir dalam keadaan pikiran yang sehat dan bebas dari paksaan pada saat Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan ditandatangani, dan pemberi kuasa menegaskan bahwa ia mengetahui sifat Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan dan menandatangani dengan bebas dan sukarela.

Saksi _____ Alamat _____

Saksi _____ Alamat _____

Jika menggunakan jasa Notaris publik atau Hakim Setempat:

NEGARA BAGIAN NEW HAMPSHIRE

KOTA _____

Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan telah diikrarkan di hadapan saya _____

pada tanggal _____, 20____, oleh _____ ("Pemberi Kuasa").

Notaris Publik/ Hakim Setempat

Berakhir pada: _____

(Nama Jelas)

(Tanggal Lahir)

BAGIAN II. SURAT WASIAT

Pernyataan ini ditandatangani pada tanggal _____, 20____.

Saya, _____, dengan pikiran yang jernih, secara sadar dan sukarela memberitahukan keinginan saya bahwa keadaan sekarat saya tidak akan diperpanjang secara artifisial dalam keadaan yang dijelaskan di bawah ini, dengan ini menyatakan:

Jika sewaktu-waktu saya menderita luka, penyakit, atau sakit yang tidak dapat disembuhkan dan saya merasa berada di dekat kematian atau dinyatakan dalam kondisi tidak sadar secara permanen oleh dua dokter atau seorang dokter dan seorang APRN telah menyatakan bahwa kematian saya sudah dekat, apakah perawatan penunjang kehidupan digunakan atau tidak dan ketika penerapan perawatan penunjang kehidupan hanya untuk secara artifisial digunakan untuk memperpanjang proses kematian, atau bahwa saya akan tetap berada dalam kondisi tidak sadar secara permanen, Saya memerintahkan agar prosedur semacam itu dihentikan atau ditarik, dan bahwa saya diizinkan untuk meninggal secara alamiah dengan hanya mendapat pemberian obat-obatan, konsumsi makanan atau cairan secara alami dengan makan dan minum, atau dilakukannya prosedur medis yang dianggap perlu untuk memberikan saya kenyamanan. Saya menyadari bahwa situasi bisa muncul di mana satu-satunya cara untuk membiarkan saya meninggal adalah dengan menghentikan nutrisi dan hidrasi yang diberikan secara medis.

(Beri inisial di bawah jika itu adalah pilihan anda)

Dalam melaksanakan instruksi yang saya berikan di bawah bagian ini, saya memberi wewenang bahwa meskipun semua bentuk perawatan penunjang kehidupan lainnya telah dicabut, pemberian nutrisi dan hidrasi secara medis terus diberikan kepada saya. . _____

Dengan tidak adanya kemampuan saya untuk memberikan perintah mengenai penggunaan perawatan penunjang kehidupan semacam itu, merupakan niat saya bahwa pernyataan ini bisa dihormati oleh keluarga dan penyedia layanan kesehatan saya sebagai ungkapan terakhir dari penggunaan hak saya untuk menolak perawatan medis atau bedah dan menerima konsekuensi dari penolakan tersebut.

Saya memahami sepenuhnya pentingnya pernyataan ini, dan saya secara emosional dan mental kompeten untuk membuat pernyataan ini.

Ditandatangani pada tanggal _____, 20____.

Tanda tangan pemberi kuasa: _____

[Jika Anda secara fisik tidak dapat menandatangani, Surat Wasiat ini dapat ditanda tangani, oleh seseorang dengan menuliskan nama Anda, di hadapan Anda dan atas perintah langsung dari Anda.]

(Nama Jelas)

(Tanggal Lahir)

PEDOMAN SURAT WASIAT INI HARUS DITANDATANGANI DUA SAKSI ATAU NOTARIS PUBLIK ATAU HAKIM SETEMPAT.

Kami menyatakan bahwa yang pemberi kuasa hadir dalam pikiran yang sehat dan bebas dari paksaan pada saat Surat Wasiat ditandatangani, dan pemberi kuasa sendiri menegaskan bahwa ia mengetahui sifat Surat Wasiat dan menandatanganinya secara bebas dan sukarela.

Saksi _____ Alamat _____

Saksi _____ Alamat _____

Jika menggunakan jasa Notaris publik atau Hakim Setempat:

NEGARA BAGIAN NEW HAMPSHIRE

KOTA _____

Surat Wasiat telah diikrarkan di hadapan saya _____ Pada tanggal _____, 20____, oleh _____ ("Pemberi Kuasa").

Notaris Publik/ Hakim Setempat

Berakhir pada: _____

(Nama Jelas) (Tanggal Lahir)

BEBERAPA DEFINISI

Membiarkan Kematian Alami (AND)

Membiarkan Kematian Alami adalah bahasa pengganti yang digunakan oleh beberapa orang yang tidak menginginkan CPR namun hanya menginginkan kenyamanan.

Mengikuti dokter atau mengikuti praktik lanjutan perawat terdaftar (APRN)–

Seorang dokter atau APRN yang memiliki tanggung jawab utama atas pengobatan dan perawatan Anda. APRN berarti perawat terdaftar yang memiliki kualifikasi klinis khusus berdasarkan hukum negara.

Kapasitas untuk membuat keputusan perawatan kesehatan–

Kemampuan secara umum memahami risiko dan manfaat dari keputusan perawatan kesehatan, serta pilihan alternatif untuk perawatan. Hal ini ditentukan oleh dokter atau APRN.

CPR atau resusitasi kardiopulmoner– Prosedur medis darurat digunakan untuk mencoba me-restart detak jantung dan pernapasan, yang bisa melibatkan meniup pada mulut, mendorong dada, memasukkan tabung pernapasan ke dalam tenggorokan, memberi obat ke pembuluh darah Anda, dan sengatan listrik.

Kenyamanan perawatan– Menjaga agar Anda nyaman dan seaman mungkin, termasuk obat penghilang rasa sakit, memberi Anda es keripik dan salep bibir, mengubah posisi tubuh Anda untuk mencegah luka tidur dan memandikan Anda.

DNR atau Jangan Melakukan Resusitasi– Perintah medis yang ditempatkan di bagan medis Anda di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya yang mengatakan bahwa Anda tidak ingin CPR dilakukan jika jantung atau pernapasan Anda berhenti. Anda dapat memperpanjang DNR di luar rumah sakit atau fasilitas kesehatan dengan mengisi pesanan Portable-DNR. Itu adalah benda dengan bentuk berwarna merah muda cerah yang tetap bersama orang yang memintanya.

Perwalian– Perwalian dari orang yang tidak kompeten ditentukan oleh Pengadilan Probate ketika menentukan bahwa keterbatasan fungsional seseorang telah menolak ke titik di mana kemampuan orang tersebut untuk berpartisipasi dan melakukan aktivitas minimal dalam kehidupan sehari-hari tidak ada. Ketidakmampuan orang tersebut harus dibuktikan "tanpa keraguan" dan tidak harus ada solusi lain yang tersedia yang akan memberlakukan pembatasan lebih sedikit pada orang tersebut. Orang tersebut kehilangan hak untuk membuat keputusannya. Wali yang ditunjuk adalah wali harus mampu mengambil keputusan.

Agen perawatan kesehatan – Seseorang yang dipilih sebagai Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan Anda untuk membuat keputusan perawatan kesehatan saat Anda tidak dapat mengungkapkan keinginan Anda sendiri untuk perawatan atau pengobatan.

Keputusan perawatan kesehatan– Ini berarti pemberitahuan persetujuan, penolakan untuk memberikan pemberitahuan persetujuan atau penarikan pemberitahuan persetujuan ke semua jenis perawatan kesehatan, perawatan, masuk ke fasilitas atau prosedur kesehatan untuk mendiagnosis atau merawat kondisi fisik atau mental seseorang.

Perawatan di rumah sakit– Pendekatan tim untuk menyediakan layanan medis, keperawatan dan sosial komprehensif, perawatan spiritual dan dukungan duka cita untuk Anda dan keluarga Anda menjelang akhir hayat.

Garis intravena atau IV– Sebuah tabung ditempatkan di pembuluh darah Anda yang digunakan untuk memberi Anda cairan, darah atau obat-obatan.

Perawatan penunjang kehidupan – "Perawatan penunjang kehidupan mencakup, namun tidak terbatas pada, berikut ini: nutrisi dan hidrasi yang diberikan secara medis, pernapasan mekanis, dialisis ginjal, atau penggunaan perangkat mekanis atau teknologi eksternal lainnya. "Pengobatan yang mendukung kehidupan" mungkin termasuk obat untuk mempertahankan tekanan darah, transfusi darah, dan antibiotik. "Perawatan penunjang hidup" tidak termasuk administrasi pengobatan, konsumsi makanan atau cairan secara alami dengan makan dan minum, atau kinerja prosedur medis yang dianggap perlu untuk memberikan kenyamanan atau untuk mengurangi rasa sakit.

Nutrisi yang diberikan secara medis (feeding)– Menggunakan tabung atau tabung untuk memasok makanan saat Anda tidak dapat makan. Tabung makanan adalah tabung medis dimana makanan atau air dimasukkan ke dalam tubuh Anda. Ini tidak termasuk proses alami memakan makanan.

Hidrasi yang diatur secara medis Menggunakan tabung IV atau tabung untuk memasok air saat Anda tidak dapat minum. Itu tidak termasuk proses alami meminum cairan.

Hampir Mati– Kondisi yang tidak dapat disembuhkan yang disebabkan oleh cedera, penyakit atau penyakit yang menurut pertimbangan medis yang masuk akal akan menyebabkan kematian setiap saat, sehingga perawatan yang menopang kehidupan hanya akan menunda kematian. Hal ini ditentukan oleh dokter atau APRN yang bekerja dengan dokter tambahan.

Sumbangan organ dan jaringan– Memberikan organ Anda yang berguna untuk transplantasi kepada orang lain, yang dapat menyelamatkan atau memperbaiki kehidupan mereka. Organ yang bisa Anda sumbangkan: jantung, ginjal, pankreas, paru-paru, hati, dan usus. Jaringan yang bisa Anda sumbangkan: kornea, kulit, sumsum tulang, katup jantung, dan jaringan ikat. Untuk dipindahkan, organ harus menerima darah sampai dikeluarkan dari tubuh Anda. Oleh karena itu, mungkin perlu menempatkan Anda pada mesin pernapasan sementara atau memberikan perawatan organ penunjang lainnya. Dokter mengevaluasi apakah Anda memiliki organ atau jaringan yang sesuai untuk transplantasi pada atau di dekat waktu kematian. Tubuh Anda masih bisa ditunjukkan dan dikuburkan setelah kematian Anda.

Perawatan paliatif – Perawatan paliatif adalah perawatan medis khusus untuk orang yang hidup dengan penyakit serius. Ini berfokus pada memberikan bantuan dari gejala dan tekanan penyakit serius. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kualitas hidup baik untuk pasien maupun keluarga.

Tidak sadar secara permanen– Kondisi abadi, tanpa batas waktu tanpa perbaikan, di mana Anda tidak menyadari pemikiran, diri dan lingkungan Anda dan indikator kesadaran lainnya tidak ada sebagaimana ditentukan oleh penilaian neurologis oleh dokter saat berkonsultasi dengan dokter atau APRN Anda.

Keadaan persisten vegetatif – Kondisi ireversibel dimana penilaian medis yang masuk akal menemukan hilangnya fungsi otak utama secara total. Ini menghasilkan akhir dari semua pemikiran dan kesadaran, meskipun detak jantung dan pernapasan berlanjut. Masa tidur dan terjaga masih akan terjadi.

Percobaan pengobatan – Untuk mencoba pengobatan selama periode waktu tertentu (seperti 1 atau 2 minggu) sampai diputuskan bahwa perawatan akan berhasil atau tidak.

Penyedia – "Penyedia" atau "Penyedia Perawatan Kesehatan" digunakan dalam dokumen ini untuk merujuk ke profesional berlisensi yang menyediakan perawatan medis, rehabilitatif, atau tempat tinggal atau kustodian berdasarkan perintah medis. Penting untuk dicatat bahwa satu-satunya penyedia yang diberi wewenang oleh undang-undang untuk menentukan kapasitas pasien untuk mengambil keputusan medis, untuk mengenali pengganti, memberi wewenang kepada perintah POLST atau DNR dan Dokter Medis dan Perawat Terdaftar Praktek Lanjutan.

POLST – Perintah Penyedia Perawatan Penunjang Kehidupan untuk Mempertahankan Perawatan. Perintah medis untuk pasien yang kemungkinan berada di tahun terakhir kehidupan, mengandung pesanan (persyaratan formulir pertemuan untuk pesanan DNR Portable) yang memandu keputusan perawatan medis. Formulir POLST dimaksudkan untuk bergerak dengan pasien antara fasilitas perawatan kesehatan dan tempat tinggal dan ditandatangani oleh pasien dan Penyedia.

Surrogacy Medis– Surrogacy Medis adalah ketentuan dalam undang-undang New Hampshire yang untuk sementara mengakui wewenang seorang kerabat atau teman untuk membuat keputusan perawatan kesehatan pasien tanpa adanya perintah lanjutan sampai kematian pasien, atau wali ditunjuk atau setelah sembilan hari berlalu, mana yang lebih dulu . Otoritas mungkin tidak diperpanjang kecuali pasien "mendekati kematian" dan, seperti agen yang ditunjuk oleh direktif awal, tidak dapat memberikan pasien ke fasilitas kejiwaan, atau menyetujui sterilisasi, psikosurgery, perawatan kejut-kejang, atau perawatan eksperimental terhadap berbagai jenis. Persetujuan terbatas berkaitan dengan pasien hamil. Undang-undang menetapkan urutan prioritas untuk siapa yang dapat diketahui sebagai berikut:

- (a) Pasangan pasien, atau pasangan serikat pekerja sipil atau pasangan hukum biasa sebagaimana didefinisikan oleh RSA 457: 39, kecuali jika ada proses perceraian, kesepakatan pemisahan, atau perintah penahanan yang membatasi hubungan orang tersebut dengan pasien. Any adult son or daughter of the patient.
- (b) Orang tua pasien.
- (c) Saudara laki-laki atau perempuan dewasa dari pasien. Any adult grandchild of the patient.
- (d) kakek dari pasien.
- (e) Bibi, paman, keponakan, atau keponakan dewasa dari pasien.
- (f) Teman dekat dari pasien.
- (g) Agen dengan kuasa keuangan atau konservator yang ditunjuk sesuai dengan RSA 464-A.
- (h) Penjaga harta pasien.

Individu dapat disebut sebagai pengganti oleh penyedia atau APRN, dan wewenang diberikan saat individu tersebut disebutkan dalam rekam medis. Urutan prioritas harus dipatuhi dan pembuat keputusan pengganti harus bersedia dan mampu. Pengganti dengan prioritas lebih tinggi harus diganti dengan prioritas yang lebih rendah jika terbukti bersedia dan mampu.



Foundation for
Healthy Communities

Informasi yang terkandung dalam booklet ini disusun oleh

Koalisi Pengambilan Keputusan Perawatan Kesehatan New Hampshire

Sebuah organisasi dan individu yang membantu orang merencanakan perawatan kesehatan mereka, membicarakan pilihan mereka dan menghormatinya.

Telah disahkan oleh organisasi berikut:

New Hampshire Hospital Association
New Hampshire Medical Society
Home Care Association of New Hampshire
New Hampshire Health Care Association
New Hampshire Hospice and Palliative Care Organization

Perhatikan Penyedia Perawatan Kesehatan

Saya memiliki:

____ Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan
____ Surat Wasiat

Dokumen asli yang ditandatangani terletak di:

Jika terjadi keadaan darurat, hubungi

Nama

Alamat

Kota, Negara, Zip

Telepon

FoldHere

Kartu Petunjuk Lanjutan

Nama

Alamat

Kota, Negara, Zip

Tanda Tangan

Silakan lihat sisi sebaliknya untuk informasi penting

Perhatikan Penyedia Perawatan Kesehatan

Saya memiliki:

____ Surat Kuasa Tak Terhingga untuk Perawatan Kesehatan
____ Surat Wasiat

Dokumen asli yang ditandatangani terletak di:

Jika terjadi keadaan darurat, hubungi

Nama

Alamat

Kota, Negara, Zip

Telepon

FoldHere

Kartu Petunjuk Lanjutan

Nama

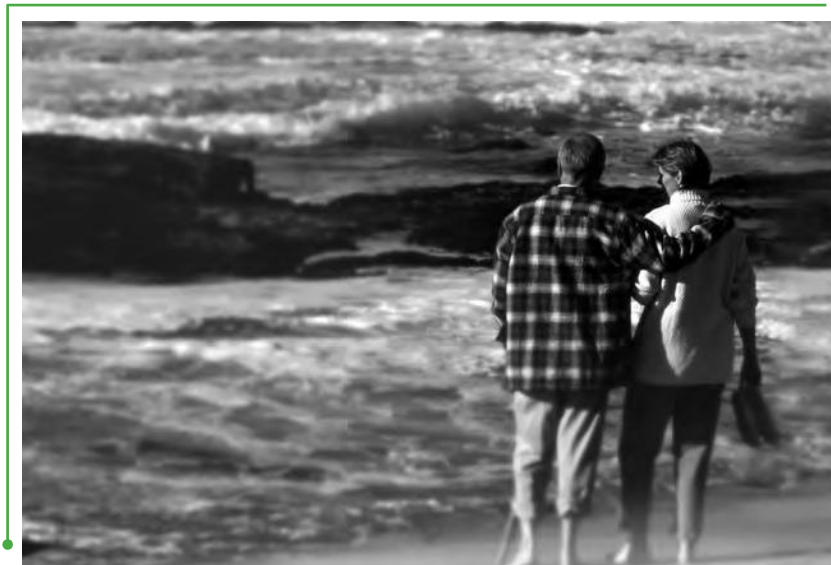
Alamat

Kota, Negara, Zip

Tanda

Silakan lihat sisi sebaliknya untuk informasi penting

Potong kartu Wasiat hidup ini di sepanjang garis putus-putus, lipat menjadi dua dan simpan di dompet Anda.





Foundation *for*
Healthy Communities

Yayasan untuk Masyarakat Sehat, 125 Airport Road Concord, NH 03301
phone (603)225-0900 • fax (603)225-4346 • web: www.healthynh.com

Hak Cipta © 2017 Foundation for Healthy Communities