

# راهنمای تدوین یک رهنمود پیشاپیش (Advance Health Directive) سلامت در استرالیای غربی



به خوانندگان هشدار داده می‌شود که این سند ممکن است حاوی تصاویری از افرادی باشد که از زمان انتشار تاکنون فوت کرده‌اند.

© وزارت بهداشت، ایالت استرالیای غربی (۲۰۲۴)

همه اطلاعات و مطالب موجود در این سند توسط حق نشر (کپی‌رایت) محافظت می‌شوند. حق نشر (کپی‌رایت) متعلق به ایالت استرالیای غربی است. به جز استفاده‌های مجاز طبق قانون قانون حق نشر (کپی‌رایت) مصوب ۱۹۶۸ (Cth)، اطلاعات مندرج در این سند بدون اجازه صریح برنامه مراقبت‌های مربوط به پایان زندگی وزارت بهداشت ایالت استرالیای غربی نباید منتشر یا در هیچ‌گونه محتوایی بازتولید شوند.

### استناد (سایتیشن) پیشنهادی

وزارت بهداشت (Department of Health)، ایالت استرالیای غربی راهنمای تدوین یک رهنمود پیشاپیش سلامت (Advance Health Directive) در استرالیای غربی. پرت: برنامه مراقبت در پایان زندگی، وزارت بهداشت، استرالیای غربی؛ ۲۰۲۴.

### سلب مسئولیت مهم

این راهنما با هدف ارائه یک نمای کلی درباره تدوین یک رهنمود پیشاپیش سلامت (Advance Health Directive) در استرالیای غربی تهیه شده است. این راهنما پیوندهایی به اطلاعات و منابع تکمیلی ارائه می‌دهد. به این راهنما نباید به عنوان جایگزینی برای مشاوره حقوقی یا سایر مشاوره‌های حرفه‌ای تکیه کرد. برای موارد خاصی که نیاز به اطلاعات حقوقی یا سایر اطلاعات حرفه‌ای دارند، باید از مشاوره مستقل استفاده شود.

اطلاعات بیشتر در مورد رهنمودهای پیشاپیش سلامت (Advance Health Directive) از روش‌های زیر قابل دسترسی است:

تلفن وزارت بهداشت (Department of Health): 9222 2300

ایمیل: [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au)

وبسایت: [healthy.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning](http://healthy.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning)

### خدمات ترجمه شفاهی

اگر برای برقراری ارتباط با یک مرکز خدمات سلامت به زبان خود به کمک نیاز دارید، لطفاً یک مترجم شفاهی بخواهید.



Interpreter

#### خدمات ملی ترجمه کتبی و شفاهی (TIS National)

تلفن: 131 450

ک مترجم شفاهی بخواهید و از او بخواهید با یکی از آژانس‌های ذکر شده در فهرست «برای کسب اطلاعات بیشتر به کجا مراجعه کنیم؟» از طریق تلفن تماس بگیرد.

#### سازمان ملی اعطای مجوز رسمی به مترجم‌های کتبی و شفاهی

(NAATI)

تلفن: 1300 557 470

وبسایت: [naati.com.au](http://naati.com.au)

#### ترجمه شفاهی برای بومیان استرالیای غربی

تلفن: 0439 943 612

وبسایت: [aiwaac.org.au](http://aiwaac.org.au)

# فهرست مطالب

2 نحوه استفاده از این راهنما

## بخش ۱: درباره رهنمودهای پیشاپیش سلامت (Advance Health Directives)

3 رهنمود پیشاپیش سلامت چیست؟

4 ۳ اگر شما توانایی تصمیم‌گیری یا گفتگو درباره تصمیمات خود را از دست بدهید، چه کسی درباره درمان و مراقبت شما تصمیم خواهد گرفت؟

6 چک لیست برای تدوین یک رهنمود پیشاپیش سلامت

## بخش ۲: راهنمای گام به گام

7 بخش‌هایی از رهنمود پیشاپیش سلامت

7 بخش ۱: اطلاعات فردی من

8 بخش ۲: سلامت من

9 بخش سوم: ارزش‌ها و ترجیحات من

13 بخش ۴: تصمیمات درمانی من در رهنمود پیشاپیش سلامت

19 بخش ۵: افرادی که در تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت به من کمک کردند

21 بخش ۶: امضا و گواهی امضا (Witnessing)

## بخش ۳: اطلاعات مفید

23 پرسش‌های متداول

32 برای اطلاعات بیشتر به کجا مراجعه کنیم؟

34 اصطلاحات رایج

37 نمونه‌ای از یک رهنمود پیشاپیش سلامت



# نحوه استفاده از این راهنما

این راهنما اطلاعاتی را ارائه می‌دهد که به شما در تهیه و تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت کمک می‌کند.

ممکن است متوجه شوید که تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت شما زمان‌بر است. نیازی نیست که شما آن را به یکباره تکمیل کنید. شما می‌توانید آن را به صورت قسمت‌قسمت تکمیل کنید.

تهیه رهنمود پیشاپیش سلامت مستلزم آن است که به طور عمیق به موقعیت‌های احتمالی آینده فکر کنید؛ موقعیت‌هایی که ممکن است بیمار باشید و نتوانید تصمیماتی درباره مراقبت‌های سلامت خود بگیرید. اگر این موضوع اضطراب‌آور است، لطفاً از افرادی مانند اعضای خانواده، دوستان یا متخصصان سلامت کمک بگیرید.

## بخش ۱: درباره رهنمودهای پیشاپیش سلامت (Advance Health Directives)

این بخش توضیح می‌دهد که رهنمود پیشاپیش سلامت چیست. این بخش توضیح می‌دهد که چرا رهنمود پیشاپیش سلامت مفید است، چگونه از آن استفاده خواهد شد، و چه کسی در صورتی که توانایی تصمیم‌گیری یا برقراری ارتباط را از دست بدهید، برای شما تصمیم خواهد گرفت. این بخش یک چک لیست برای تهیه، تکمیل و ذخیره رهنمود پیشاپیش سلامت شما ارائه می‌دهد.

## بخش ۲: راهنمای گام به گام

این بخش یک راهنمای گام به گام برای تدوین رهنمود پیشاپیش سلامت، شامل مثال‌هایی برای کمک به شما، ارائه می‌دهد.

## بخش ۳: اطلاعات مفید

این بخش، واژه‌های به‌کار رفته در رهنمود پیشاپیش سلامت را توضیح می‌دهد و به پرسش‌های متداول پاسخ می‌دهد. همچنین پیوندهایی را برای مراجعه به منابع اطلاعاتی بیشتر ارائه می‌دهد.

## نمونه‌ای از یک رهنمود پیشاپیش سلامت تکمیل شده و یک رهنمود پیشاپیش سلامت تکمیل نشده

در پایان این راهنما، یک نمونه تکمیل شده از رهنمود پیشاپیش سلامت ارائه شده است. یک رهنمود پیشاپیش سلامت تکمیل نشده به‌عنوان پیوست همراه با این راهنما ارائه شده است. می‌توانید هنگام تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت خود، به فرم نمونه تکمیل شده مراجعه کنید.

شما می‌توانید برای تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت خود درخواست کمک کنید. **بخش ۳: اطلاعات مفید** شامل اطلاعاتی در مورد چگونگی و محل مراجعه برای کمک است.





# بخش ۱: درباره رهنمودهای پیشاپیش سلامت

این بخش توضیح می‌دهد که رهنمود پیشاپیش سلامت چیست. این بخش توضیح می‌دهد که چرا رهنمود پیشاپیش سلامت مفید است، چگونه از آن استفاده خواهد شد، و چه کسی در صورتی که توانایی تصمیم‌گیری یا برقراری ارتباط درباره تصمیمات خود را از دست بدهید، برای شما تصمیم خواهد گرفت.

## رهنمود پیشاپیش سلامت چیست؟

رهنمود پیشاپیش سلامت، یک سند قانونی است که به شما این امکان را می‌دهد تا اکنون درباره درمان و مراقبت‌هایی که می‌خواهید یا نمی‌خواهید در آینده دریافت کنید، تصمیم بگیرید.

رهنمود پیشاپیش سلامت تنها در صورتی مورد استفاده قرار می‌گیرد که شما به دلیل بیماری یا آسیب جدی، توانایی تصمیم‌گیری یا برقراری ارتباط برای بیان خواسته‌های خود را از دست بدهید. اگر چنین اتفاقی بیافتد، رهنمود پیشاپیش سلامت شما به عنوان صدای شما عمل خواهد کرد. اگر نیاز دارید رهنمود پیشاپیش سلامت خود را تغییر دهید، باید رهنمود فعلی خود را باطل (یا فسخ) کرده و یک رهنمود پیشاپیش سلامت جدید تهیه کنید.

رهنمود پیشاپیش سلامت یکی از اسنادی است که در ایالت استرالیای غربی (WA) در دسترس می‌باشد و می‌تواند به عنوان بخشی از فرآیند برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده تکمیل شود.

داشتن یک رهنمود پیشاپیش سلامت به عزیزان شما و متخصصان سلامت کمک می‌کند تا بهتر درک کنند چه چیزهایی در زمینه سلامت و مراقبت‌های درمانی شما، برایتان اهمیت دارد.

توصیه می‌شود برای جمع‌آوری افکارتان با خانواده، مراقب، یک دوست نزدیک، پزشک عمومی یا سایر متخصصان سلامت گفتگو کنید.

منابع دیگری که ممکن است مفید باشند عبارتند از:

- وبسایت MyValues – [myvalues.org.au](http://myvalues.org.au)
  - وبسایت برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده وزارت بهداشت استرالیای غربی – [healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning](http://healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning)
- برای اطلاعات بیشتر درباره رهنمودهای پیشاپیش سلامت و برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده، به بخش پرسش‌های متداول در بخش ۳: اطلاعات مفید مراجعه کنید.

رهنمود پیشاپیش سلامت، روشی مهم برای آگاه کردن دیگران از ارزش‌ها و ترجیحات شما در مورد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی‌تان است، در صورتی که به شدت بیمار یا مجروح شوید و قادر به تصمیم‌گیری نباشید.

تنظیم یک رهنمود پیشاپیش سلامت، داوطلبانه است.

فکر کردن و گفتگو درباره سلامت آینده و خواسته‌های پایان زندگی می‌تواند مشکل باشد. اگر در این مورد به پشتیبانی نیاز دارید، درخواست کمک کنید.

## چه کسی می‌تواند یک رهنمود پیشاپیش سلامت را تهیه کند؟

برای تنظیم یک رهنمود پیشاپیش سلامت، باید دست‌کم ۱۸ سال داشته باشید و در زمان تنظیم آن از ظرفیت قانونی کامل برخوردار باشید.

این یعنی شما:

- هرگونه اطلاعات یا توصیه‌ای برای کمک به تصمیم‌گیری در رهنمود پیشاپیش سلامت که به شما داده می‌شود را درک کنید
- درک کردن اثر(های) احتمالی تصمیماتی که در رهنمود پیشاپیش سلامت خود می‌گیرید بر درمان و مراقبت‌های آینده شما
- توانایی سنجیدن مزایا و معایب احتمالی تصمیمات خود درباره‌ی درمان و مراقبت‌های آینده‌تان را داشته باشید.
- قادر باشید تصمیمات خود درباره‌ی درمان و مراقبت‌های سلامت آینده‌تان را به طریقی بیان کنید.

افراد بالغ تا زمانی که خلاف آن ثابت نشود، دارای صلاحیت شناخته می‌شوند. اگر در مورد توانایی فعلی خود برای تنظیم یک رهنمود پیشاپیش سلامت معتبر شک دارید، از پزشک خود بخواهید که آن را ارزیابی کند. همچنین اگر نگران هستید که توانایی تصمیم‌گیری شما در آینده زیر سوال برود، می‌توانید از پزشک خود بپرسید.

به یاد داشته باشید، تصمیمات مندرج در رهنمود پیشاپیش سلامت شما زمانی اعمال خواهند شد که دیگر ظرفیت تصمیم‌گیری نداشته باشید. این می‌تواند در شرایط مختلف رخ دهد (مثلاً هنگام بی‌هوشی برای یک عمل جراحی جزئی یا در نتیجه بیماری یا آسیب جدی). حتماً شرایطی که می‌خواهید تصمیمات شما تحت آن شرایط اعمال شود را مشخص کنید.

## اگر توانایی اتخاذ یا بیان تصمیمات خود را از دست بدهید، چه کسی درباره‌ی درمان و مراقبت شما تصمیم‌گیری خواهد کرد؟

اگر شما قادر به تصمیم‌گیری یا بیان تصمیمات خود درباره‌ی درمان و مراقبت‌تان نباشید، متخصصان سلامت باید هنگام تصمیم‌گیری درمانی برای شما، سلسله‌مراتب تصمیم‌گیرندگان درمان را رعایت کنند.

سلسله‌مراتب تصمیم‌گیرندگان درمان که در صفحه بعد نشان داده شده است، ترتیب تصمیم‌گیرندگانی را که متخصصان سلامت باید هنگام درخواست تصمیم‌گیری برای شما رعایت کنند، توضیح می‌دهد. رهنمود پیشاپیش سلامت نخستین مرجعی است که یک متخصص سلامت برای کمک به تصمیم‌گیری درباره‌ی مراقبت‌های آینده شما به آن رجوع خواهد کرد.

## اگر رهنمود پیشاپیش سلامت را صادر نکنم چه می‌شود؟

اگر شما رهنمود پیشاپیش سلامت تهیه نکنید، یک متخصص سلامت باید به اولین فرد موجود در سلسله‌مراتب رجوع کند؛ فردی که ۱۸ سال یا بیشتر سن داشته باشد، از ظرفیت قانونی کامل برخوردار باشد، و در دسترس و مایل به اتخاذ تصمیم درمانی باشد.

اگر نفر اول در دسترس و مایل به تصمیم‌گیری نباشد، متخصص سلامت می‌تواند به نفر بعدی در سلسله‌مراتب مراجعه کند و به همین ترتیب ادامه دهد.

## سلسله مراتب تصمیم گیرندگان درمان چیست؟

سلسله مراتب تصمیم گیرندگان درمان فقط زمانی توسط متخصصان سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد که شما توانایی تصمیم‌گیری و/یا بیان تصمیمات مربوط به مراقبت‌های سلامت خود را از دست داده باشید.

### سلسله مراتب تصمیم گیرندگان برای درمان



حتی اگر سرپرست دائمی تعیین کرده باشید، همچنان می‌توانید برای اطلاع‌رسانی در مورد ترجیحات خود در مورد درمان‌های خاصی که روی آن‌ها حساس هستید، یک رهنمود پیشاپیش سلامت تنظیم کنید. به سؤالات متداول در بخش ۳ مراجعه کنید: اطلاعات بیشتر درباره سرپرست‌های دائمی.



## چک لیست برای تنظیم یک رهنمود پیشاپیش سلامت

اقداماتی که به صورت پررنگ مشخص شده‌اند برای اطمینان از معتبر بودن رهنمود پیشاپیش سلامت شما الزامی هستند.

رهنمود پیشاپیش سلامت را بخوانید و از این راهنمای رهنمود پیشاپیش سلامت برای آمادگی و درک نکاتی که هنگام تکمیل آن باید در نظر بگیرید، استفاده کنید.

به این فکر کنید که چه چیزی در مورد ارزش‌ها، سلامت و مراقبت‌های سلامت شما بیشترین اهمیت را دارد و اگر در آینده به شدت بیمار یا مجروح شوید، چه چیزی بیشترین اهمیت را خواهد داشت.

با خانواده و دوستان نزدیک خود در مورد آنچه برای شما مهم است و ارزش‌ها و ترجیحات خود در مورد مراقبت‌های سلامت، از جمله مراقبت‌های مربوط به پایان زندگی صحبت کنید.

از پزشک خود بخواهید گزینه‌های درمانی حفظ جان ذکر شده در رهنمود پیشاپیش سلامت را توضیح دهد.

به این فکر کنید که آیا می‌خواهید یک سرپرست دائمی برای خود تعیین کنید تا مسئولیت تصمیمات مربوط به سلامت و مسائل مربوط به سبک زندگی شما را بر عهده بگیرد یا خیر. اگر این کار را می‌کنید، در نظر بگیرید که چه کسی را می‌خواهید منصوب کنید و در مورد خواسته‌هایتان با او صحبت کنید.

در نظر بگیرید که چگونه تنظیم یک رهنمود پیشاپیش سلامت ممکن است بر سایر اسناد برنامه‌ریزی مراقبت‌های پیشرفته‌ای که تکمیل کرده‌اید تأثیر بگذارد.

جزئیات موجود در رهنمود پیشاپیش سلامت خود را به صورت دستی تکمیل کنید یا در فرم PDF الکترونیکی تایپ کنید.

**بخش ۱ - اطلاعات شخصی من را تکمیل کنید.**

**حداقل یک تصمیم درمانی در بخش ۴ - تصمیمات درمانی من در رهنمود پیشاپیش سلامت بگیرید.**

اگر برای تهیه رهنمود پیشاپیش سلامت خود از خدمات یک مترجم شفاهی و/یا مترجم کتبی استفاده کرده‌اید، بخش ۵.۱ را تکمیل کنید و بیانیه مترجم را نیز تکمیل کرده و آن را به بخش ۵.۱ رهنمود پیشاپیش سلامت خود پیوست نمایید.

**بخش ۶ را با امضای رهنمود پیشاپیش سلامت خود در حضور دو شاهد که ۱۸ سال یا بیشتر سن دارند، تکمیل کنید. یکی از این افراد باید شخصی باشد که مجاز به گواهی امضای اظهارنامه‌های قانونی در ایالت استرالیای غربی باشد.**

**اگر به جای امضا از علامتی دیگر برای امضای رهنمود پیشاپیش سلامت خود استفاده کرده‌اید، بند مخصوص علامت‌گذار (marksman clause) را تکمیل کرده و آن را به بخش ۶ دستورالعمل خود پیوست کنید.**

یک کپی از رهنمود پیشاپیش سلامت خود را اسکن کرده و در پرونده سلامت من (My Health Record) آپلود کنید. [myhealthrecord.gov.au](http://myhealthrecord.gov.au) تا اطمینان حاصل شود که در صورت نیاز، دستورالعمل پیشرفته سلامت شما در دسترس متخصصان سلامت معالج شما قرار می‌گیرد.

کپی‌های تأیید شده از رهنمود پیشاپیش سلامت خود را تهیه کنید و با افراد درگیر در مراقبت از خود به اشتراک بگذارید.

نسخه اصلی رهنمود پیشاپیش سلامت را در جای امنی نگه دارید.

نسخه‌های تأیید شده از رهنمود پیشاپیش سلامت خود را به خانواده و دوستان نزدیک و افرادی که در مراقبت از شما نقش دارند، بدهید.

زمانی را (در عرض ۲ تا ۵ سال) برای بررسی رهنمود پیشاپیش سلامت خود برنامه‌ریزی کنید یا در صورت تغییر شرایط سلامتی خود، فوراً این کار را انجام دهید.

## بخش ۲: راهنمای گام به گام

این بخش یک راهنمای گام به گام برای تدوین رهنمود پیشاپیش سلامت، شامل مثال‌هایی برای کمک به شما، ارائه می‌دهد.

### بخش‌هایی از رهنمود پیشاپیش سلامت

برای اینکه رهنمود پیشاپیش سلامت معتبر باشد، باید بخش‌های ۱، ۴ و ۶ را تکمیل کنید.

**بخش ۱** جایی است که اطلاعات شخصی خود را می‌نویسید. شما باید بخش ۱ را تکمیل کنید.

**بخش ۲** جایی است که شما هرگونه مشکل پزشکی جدی که دارید را یادداشت می‌کنید.

**بخش ۳** جایی است که شما آنچه را که برای شما مهم است و ارزش‌ها و خواسته‌هایتان در مورد مراقبت‌های آینده‌تان را می‌نویسید.

**بخش ۴** جایی است که شما می‌نویسید کدام درمان‌ها و مراقبت‌ها (از جمله فعالیت‌های پژوهشی پزشکی) را در آینده می‌خواهید یا نمی‌خواهید. شما باید حداقل یک تصمیم درمانی را در بخش ۴ بگنجانید تا یک رهنمود پیشاپیش سلامت معتبر ایجاد شود.

**قسمت ۵** جایی است که شما جزئیات افرادی را که به شما در تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت کمک کرده‌اند، می‌نویسید.

**قسمت ۶** جایی است که شما رهنمود پیشاپیش سلامت خود را امضا می‌کنید. شما باید بخش ۶ را تکمیل کنید و امضای شما باید به درستی تأیید و گواهی امضا شود (جزئیات مربوط به شرایط تأیید و گواهی امضاها و اسناد (Witnessing) در بخش ۶ ارائه شده است).

### بخش ۱: اطلاعات فردی من

شما باید این بخش از رهنمود پیشاپیش سلامت را تکمیل کنید.

شما باید موارد زیر را تکمیل کنید:

- تاریخ صدور رهنمود پیشاپیش سلامت
- نام کامل، تاریخ تولد و آدرس شما تا بتوانید شناسایی شوید.

ارائه شماره تلفن و آدرس ایمیل شما اختیاری است. توصیه می‌شود حداقل یکی از این موارد را ذکر کنید تا در صورت نیاز بتوان با شما تماس گرفت.

اگر آدرس، شماره تلفن یا ایمیل شما در آینده تغییر کند، رهنمود پیشاپیش سلامت شما همچنان معتبر خواهد بود.

برای اطلاعات بیشتر درباره تغییر جزئیات تماس خود، سؤالات متداول در بخش ۳: اطلاعات مفید را ببینید.



## بخش ۲: سلامت من

شما می‌توانید انتخاب کنید که به برخی، همه یا هیچ یک از سوالات بخش ۲ پاسخ دهید. هر پرسشی را که نمی‌خواهید تکمیل کنید، خط بزنید.

شما می‌توانید از بخش ۲ برای فهرست کردن هرگونه بیماری و نگرانی جدی سلامت که دارید استفاده کنید. همچنین می‌توانید از بخش ۲ برای نوشتن مواردی که هنگام صحبت درباره سلامتتان برای شما مهم هستند استفاده کنید.

### ۲.۱ مشکلات مهم سلامت من

در بخش ۲.۱ می‌توانید جزئیات هرگونه بیماری مهمی که در حال حاضر دارید را بنویسید. شما می‌توانید مشکلات سلامت جسمی و/یا روانی را نیز بنویسید. همچنین می‌توانید هرگونه مشکل قابل توجه سلامت را که در گذشته داشته‌اید، ذکر کنید.

#### مثالها

- من شش سال پیش به سرطان روده بزرگ مبتلا شدم. من عمل جراحی و شیمی درمانی انجام دادم. من اکنون در حال بهبودی هستم، اما به من گفته شده است که احتمال بازگشت سرطان روده در آینده وجود دارد.
- من ۵ سال پیش یک تصادف رانندگی داشتم. من هنوز کمردرد مزمن دارم. به من گفته شده که درد کمرم احتمالاً بهتر نخواهد شد.
- اخیراً به بیماری نوروپاتی مبتلا شده‌ام. به من گفته شده است که وضعیت سلامت من احتمالاً به سرعت رو به وخامت خواهد گذاشت. به زودی برای کارهای روزمره مثل دوش گرفتن و لباس پوشیدن به کمک زیادی نیاز خواهم داشت.

### ۲.۲ وقتی با من درباره سلامت من گفتگو می‌کنند، این موارد برای من مهم هستند

در بخش ۲.۲ می‌توانید مواردی را که هنگام گفتگو با متخصصان سلامت در مورد سلامت شما برایتان مهم است، یادداشت کنید. این شامل میزان اطلاعاتی می‌شود که دوست دارید قبل از تصمیم‌گیری به شما داده شود. این بخش همچنین شامل جزئیات مربوط به اعضای خانواده یا دوستانی است که مایلند هنگام صحبت با متخصصان سلامت در مورد گزینه‌های درمانی و مراقبت‌هایتان، همراه شما باشند.

#### داستان تریش

تریش (۶۵ ساله) به تازگی به سرطان پستان مرحله ۴ مبتلا شده است. تریش در رهنمود پیشاپیش سلامت خود اشاره کرده است که دوست صمیمی‌اش کای (Kay) (یک پرستار) در همه نوبت‌های ویزیت پزشکی او شرکت می‌کند، زیرا او می‌داند چگونه اطلاعات را به بهترین شکل ممکن و به صورت قابل فهم به تریش توضیح دهد.

#### مثالها

- من دوست دارم اطلاعات زیادی درباره مشکلات سلامت و گزینه‌های درمانی‌ام داشته باشم تا بتوانم انتخاب‌هایم و آنچه ممکن است برایم اتفاق بیفتد را کاملاً دریابم.
- انگلیسی زبان دوم من است. من دوست دارم در طول ملاقات با پزشک عمومی و متخصص، پسر یا دخترم همراه من باشند.

توجه: اگر کسی را به خوبی می‌شناسید و به او اعتماد دارید تا برای شما تصمیم بگیرد، می‌توانید یک وکالتنامه دائمی سرپرستی (Enduring Power of Guardianship) نیز تنظیم کنید.

برای اطلاعات بیشتر درباره انتصاب یک سرپرست دائمی، **سوالات متداول** در بخش ۳: اطلاعات مفید را ببینید.



## بخش ۳: ارزش‌ها و ترجیحات من

شما می‌توانید انتخاب کنید که به برخی یا همه سوالات بخش ۳ پاسخ دهید یا به هیچ یک از آن سوالات پاسخ ندهید.

هر پرسشی را که نمی‌خواهید تکمیل کنید، خط بزنید.

شما می‌توانید از بخش ۳ برای نوشتن مواردی که در مورد سلامت و مراقبت‌های سلامت شما برایتان مهم‌تر هستند، استفاده کنید. شما می‌توانید مواردی را که شما را در مورد سلامت آینده‌تان نگران می‌کند، در آن بگنجانید. این به افراد نزدیک شما و متخصصان سلامت که در مراقبت‌های سلامت شما دخیل هستند، اجازه می‌دهد تا بدانند در صورت عدم توانایی در تصمیم‌گیری یا برقراری ارتباط، چه چیزهایی برای شما مهم است.

فکر کردن و صحبت کردن در مورد آنچه برای سلامت آینده شما و خواسته‌هایتان برای پایان زندگی شما مهم است، می‌تواند مشکل باشد. اگر در تکمیل این بخش از فرم به پشتیبانی نیاز دارید، درخواست کمک کنید.

### ۳.۱ این موارد برای من مهم هستند

بخش ۳.۱ از شما می‌خواهد توضیح دهید که «خوب زندگی کردن» برای شما چه مفهومی دارد. برای مثال، اگر بیمار شوید و نتوانید مانند الان زندگی کنید، بیش از همه دلتنگ چه چیزی خواهید شد.

این بخش از فرم شامل فهرستی از مواردی است که ممکن است برای شما مهم باشند. شما می‌توانید همه گزینه‌هایی که در مورد شما صدق می‌کنند را علامت بزنید. همچنین می‌توانید فعالیت‌ها، علایق یا سرگرمی‌هایی را که برای شما مهم هستند، بنویسید.

#### مثال‌ها

- گذراندن وقت با خانواده و دوستان برای من مهم است.
- برای من خیلی مهم است که دخترم مرا به‌طور مکرر ملاقات کند.
- اینکه حیوانات خانگی‌ام نزدیکم باشند یا حداقل بتوانم مرتباً آنها را ببینم، برایم مهم است.
- من تمام عمرم عضوی از جامعه لژیون‌ها بوده‌ام و دوست دارم این ارتباط ادامه پیدا کند.
- من چینی هستم و از گذراندن وقت با افرادی که به زبان کانتونی صحبت می‌کنند لذت می‌برم.

#### داستان ریتا

ریتا (۸۷ ساله) به‌طور منظم به باشگاه کرات‌ها می‌رود تا دوستانش را ببیند، به زبان مادری‌اش یعنی هرواتسکا صحبت کند و بازی‌های سنتی کشور زادگاهش را انجام دهد. ریتا در رهنمود پیشاپیش سلامت خود نوشته است که اگر نتواند به راحتی صحبت یا حرکت کند، نمی‌خواهد به کلاب برود.



## ۳.۲ این‌ها چیزهایی هستند که وقتی به سلامت آینده‌ام فکر می‌کنم، نگرانم می‌کنند

بخش ۳.۲ از شما می‌خواهد که نگرانی‌های خود درباره سلامت و مراقبت‌های سلامت آینده خود را شرح دهید. برای مثال، هرگونه پیامد دائمی بیماری یا آسیب‌دیدگی که برای شما قابل قبول نباشد.

اگر در آینده بیمار یا مجروح شوید، درمان و مراقبت ممکن است به شما کمک کند تا بهتر شوید و سلامت شما به حالت پیش از بیماری بازگردد. اما درمان و مراقبت، بسته به بیماری یا آسیب شما، ممکن است فقط کمی کمک کند و ممکن است نتوانید مانند گذشته زندگی کنید.

### مثال‌ها

- من نگرانم که درد مداوم داشته باشم.
- نگرانم که ممکن است نتوانم با خانواده و دوستانم ارتباط برقرار کنم یا آن‌ها مرا درک نکنند.
- اگر نتوانم مستقل زندگی کنم، ناخوشنود خواهم شد.
- اگر نتوانم خودم غذا بخورم، برایم غیرقابل قبول خواهد بود.
- اگر نتوانم خانواده و دوستانم را تشخیص دهم، برایم خیلی مشکل است.

### داستان نیکول

نیکول (۴۳ ساله) اخیراً به بیماری پارکینسون مبتلا شده است. او در رهنمود پیشاپیش سلامت خود نوشته است که اگر او به‌طور دائمی خودش قادر به غذا خوردن نباشد، این وضعیت برای او غیرقابل قبول خواهد بود. نیکول می‌خواهد خانواده‌اش بدانند چه چیزهایی برایش مهم است، چرا که اگر بیماری باعث شود که او کنترل دست‌ها و سایر اعضای بدنش را از دست بدهد، آن‌ها از او مراقبت خواهند کرد.



### ۳.۳ در نزدیکی مرگم دوست دارم اینجا باشم

بخش ۳.۳ از شما می‌خواهد شرح دهید که وقتی به مرگ نزدیک می‌شوید، آخرین روزها یا هفته‌های خود را مایلید در کجا بگذرانید.

در این قسمت از فرم، ۴ گزینه ارائه شده است. شما فقط می‌توانید یک گزینه را انتخاب کنید. می‌توانید جزئیات بیشتری در مورد گزینه‌ای که انتخاب می‌کنید را در کادر مربوطه وارد کنید.

#### مثال‌ها:

- بودن در طبیعت برای من مهم است. دوست دارم جایی باشم که باغی پر از گل داشته باشد یا نزدیک ساحل باشد.
- خانواده و دوستان، بخش بزرگی از زندگی من هستند. من ترجیح می‌دهم تا جایی که ممکن است نزدیک آن‌ها باشم تا بتوانند به راحتی و مرتباً به من سر بزنند.
- من خود را همجنس‌گرا می‌دانم و برایم مهم است که در جایی باشم که گرایش جنسی‌ام پذیرفته و مورد احترام قرار گیرد.

#### داستان ریموند

ریموند (۹۵ ساله)، در ۵ سال آخر زندگی‌اش در خانه سالمندان زندگی می‌کرد. آن مرکز تبدیل به خانه او شد. ریموند یک رهنمود پیشاپیش سلامت داشت. او نوشت که می‌خواهد در جایی که زندگی می‌کند بمیرد و خانواده‌اش در کنار او باشند. سلامت ریموند به سرعت رو به وخامت گذاشت. متخصصان سلامت او از رهنمود پیشاپیش سلامت او به عنوان راهنما برای مراقبت از او در هفته‌های آخر زندگی‌اش استفاده کردند. او در مرکز مراقبت از سالمندان، در حالی که خانواده‌اش دور او بودند، با آرامش درگذشت.





## ۳.۴ وقتی به مرگ نزدیک می‌شوم، این چیزها برایم مهم هستند

بخش ۳.۴ از شما می‌خواهد بنویسید چه چیزی به شما آرامش می‌دهد و دوست دارید چه کسی در نزدیکی مرگ در کنارتان باشد. فکر کردن به خواسته‌هایی که برای پایان زندگی خود دارید می‌تواند کار دشواری باشد. به این فکر کنید که در این زمان چه چیزی برای شما از همه مهم‌تر خواهد بود. شاید بخواهید درباره اینکه چه سنت‌های معنوی، مذهبی یا فرهنگی برای شما مهم هستند یا در مورد اینکه چه چیزی احتمالاً احساس راحتی یا آرامش را برای شما به ارمغان می‌آورد، فکر کنید.

شما می‌توانید همه گزینه‌هایی که در مورد شما صدق می‌کنند را علامت بزنید. می‌توانید جزئیات بیشتری را در کادرهای ارائه شده بگنجانید.

### مثال‌ها:

- من یکی از بزرگان بومی هستم. مهم است که خانواده و جامعه‌ام بتوانند آیین‌ها و رسوم مقدس و سنتی فرهنگم را پیش از مرگم، هنگام مرگ و پس از مرگم انجام دهند.
- وقتی در حال مرگ هستم، دوست دارم اتاقم نور ملایم داشته باشد و موسیقی آرام بخش پخش شود. این محیطی است که برای من آرام بخش است.
- وقتی در حال مرگ هستم، نمی‌خواهم به بیمارستان بروم، مگر اینکه آسایش و کرامت انسانی من نتواند در خانه حفظ شود.
- من هندو هستم و دوست دارم خانواده بزرگم در کنارم باشند تا بتوانند تعدادی از آیین‌های سنتی را اجرا کنند.

### داستان آنتی

آنتی (۶۴ ساله) سال‌هاست که از مشکلات سلامت مانند دیابت رنج می‌برد. خانواده و بستگان او در ترکی کرک (Turkey Creek) زندگی می‌کنند. اگر او خیلی بیمار شود، دوست دارد دخترش کارول، او را در صورت امکان سفر و اگر فشار زیادی بر خانواده‌اش وارد نمی‌شود، به روستا بازگرداند. نوشتن این موضوع در رهنمود پیشاپیش سلامت (Advance Health Directive) خود، به او آرامش خاطر می‌دهد زیرا خواسته‌هایش به روشنی مشخص شده‌اند.



## بخش ۴: تصمیمات درمانی من در رهنمود پیشاپیش سلامت

برای صدور یک رهنمود پیشاپیش سلامت معتبر، باید حداقل یک تصمیم درمانی در بخش ۴ بگیرید. هر بخشی را که نمی‌خواهید تکمیل کنید، خط بزنید.

شما می‌توانید از بخش ۴ برای تصمیم‌گیری درباره درمان‌های آینده‌ای که می‌خواهید یا نمی‌خواهید، استفاده کنید. این شامل درمان‌ها یا مداخلاتی می‌شود که ممکن است برای زنده نگه داشتن شما استفاده شوند. به این‌ها «درمان‌های حفظ جان» (life-sustaining treatments) می‌گویند. همچنین می‌توانید درباره اینکه آیا مایل به شرکت در پژوهش‌های پزشکی در آینده هستید یا خیر، تصمیم بگیرید. متخصصان سلامت باید از تصمیماتی که در بخش ۴ فهرست کرده‌اید، پیروی کنند.

درمان به هرگونه درمان پزشکی یا جراحی، از جمله مراقبت‌های تسکینی و اقدامات درمانی حفظ جان، درمان دندان‌پزشکی یا سایر مراقبت‌های سلامت اطلاق می‌شود.

تصمیم درمانی در رهنمود پیشاپیش سلامت تصمیمی است برای موافقت یا عدم موافقت با شروع یا ادامه هرگونه درمان.

قویاً توصیه می‌شود پیش از تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت (Advance Health Directive) خود، درباره تصمیمات درمانی خود با پزشکتان مشورت کنید.

پزشک و سایر متخصصان سلامت می‌توانند در مورد گزینه‌های درمانی و چگونگی تأثیر آن‌ها بر شما، مشاوره ارائه دهند.

### ۴.۱ تصمیم‌های درمانی حفظ جان

اگر نمی‌خواهید به این سؤال پاسخ دهید، آن را خط بزنید. توجه: برای صدور یک رهنمود

پیشاپیش سلامت، باید حداقل یک تصمیم درمانی در بخش ۴ بگیرید.

بخش ۴.۱ از شما می‌خواهد در مورد درمان‌ها یا مداخلاتی که می‌خواهید یا نمی‌خواهید برای حفظ جان خود در آینده دریافت کنید، تصمیم بگیرید. این اطلاعات فقط در صورتی استفاده خواهند شد که شما قادر به تصمیم‌گیری نباشید یا خودتان نتوانید تصمیم‌های خود را بیان کنید.

هنگام تصمیم‌گیری درباره اینکه کدام درمان‌ها را برای حفظ جان خود می‌خواهید یا نمی‌خواهید، به مواردی که در فهرست خود در بخش ۳: ارزش‌ها و ترجیحات من با عنوان مهم برای من ذکر کرده‌اید، فکر کنید.

برای کمک به شما در تکمیل این بخش از فرم، با پزشک و/یا سایر متخصصان سلامت درباره موارد زیر گفتگو کنید:

- شما به چه درمان‌های متفاوتی برای حفظ جان در آینده ممکن است نیاز داشته باشید؟
- خطرها و عوارض جانبی درمان‌های احتمالی حفظ جان
- چگونه سلامت و کیفیت زندگی شما در درازمدت ممکن است تحت تأثیر درمان‌های مختلف برای حفظ جان شما قرار گیرد.



تصمیمات شما در بخش ۴.۱ فقط به درمان‌های حفظ جان (life-sustaining treatments) مربوط می‌شوند. متخصصان سلامت همچنان مراقبت‌هایی را برای به حداقل رساندن درد و راحتی شما (یعنی مراقبت تسکینی) ارائه می‌دهند، حتی اگر شما تصمیم به امتناع از همه درمان‌های حفظ جان بگیرید. اگر نمی‌خواهید از درمان‌های مراقبت تسکینی استفاده کنید، باید این موضوع را در بخش ۴.۲ مشخص کنید.

به استثنای برخی موارد، متخصصان سلامت باید از رهنمودهای شما برای درمان‌های حفظ جان شما پیروی کنند. با این حال، صرفاً به این دلیل که بخش ۴.۱ را تکمیل می‌کنید، به این معنی نیست که قطعاً به درمان‌هایی که انتخاب کرده‌اید نیاز خواهید داشت یا آن‌ها را دریافت خواهید کرد. اگر درمانی برای شما مفید نباشد، پزشک شما موظف به ارائه آن نیست.

پرسش‌های متداول در بخش ۳ را ببینید: اطلاعات مفید برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درمان‌های حفظ جان

**در بخش ۴.۱، پنج گزینه هست. شما فقط می‌توانید یک گزینه را انتخاب کنید.**

- **گزینه ۱:** من به همه درمان‌هایی که با هدف حفظ جان یا طولانی کردن عمرم انجام می‌شوند، رضایت می‌دهم.
  - **گزینه ۲:** من به همه درمان‌هایی که با هدف حفظ جان یا طولانی کردن عمرم انجام شوند رضایت می‌دهم، مگر اینکه مشخص شود که من از آسیب یا بیماری آنقدر ناخوش هستم که هیچ چشم‌انداز معقولی وجود ندارد که بدون درمان‌های حفظ جان تا حدی بهبود یابم. در چنین شرایطی، من رضایت خود را برای درمان‌های حفظ جان پس می‌گیرم.
  - **گزینه ۳:** من از رضایت دادن به هرگونه درمانی که با هدف حفظ جان یا طولانی کردن عمرم انجام شود، خودداری می‌کنم.
  - **گزینه ۴:** من درباره درمان‌های حفظ جان، تصمیمات زیر را مطابق جدول زیر می‌گیرم.
- اگر گزینه ۴ را انتخاب کنید، باید درباره انواع مختلف درمان‌های زنده نگه داشتن مستمر که مایل به دریافت. یا عدم دریافت آن‌ها هستید، تصمیم بگیرید.** شما می‌توانید این کار را با تکمیل جدول ارائه شده در رهنمود پیشاپیش سلامت انجام دهید. از کادرها برای مشخص کردن اینکه به دریافت کدام درمان‌ها رضایت می‌دهید یا نمی‌دهید، استفاده کنید. همچنین می‌توانید شرایطی را که در آن به درمان رضایت می‌دهید، فهرست کنید. شرایط باید به طور واضح و مختصر نوشته شوند تا به راحتی قابل درک و تفسیر باشند.

برای افزودن درمان‌های حفظ جان که در جدول ذکر نشده‌اند، از **صفحه اضافی برای بخش ۴.۱ - سایر درمان‌های حفظ جان** استفاده و آن را به بخش ۴.۱ رهنمود پیشاپیش سلامت خود پیوست کنید.

صفحات بیشتر را از [healthywa.wa.gov.au](http://healthywa.wa.gov.au)

**AdvanceHealthDirectives** دانلود کنید یا از طریق تلفن اطلاعات برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده وزارت بهداشت به شماره تلفن 9222 2300 یا [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au) یک نسخه چاپی سفارش دهید.

- **گزینه ۵:** من هم‌اکنون نمی‌توانم تصمیم بگیرم.

**اگر گزینه ۵ را انتخاب می‌کنید، برای صدور یک رهنمود پیشاپیش سلامت معتبر باید حداقل یک تصمیم درمانی در بخش ۴.۲ یا ۴.۳ بگیرید.** گزینه ۵ به عنوان یک تصمیم درمانی در نظر گرفته نمی‌شود.





هر فردی درباره اینکه چه درمان‌هایی را می‌خواهد یا نمی‌خواهد، دیدگاه خودش را دارد. مثال‌های زیر می‌توانند در بررسی گزینه‌هایتان به شما کمک کنند. همچنین ممکن است بخواهید اطلاعات بیشتری ارائه دهید. اگر هنوز آماده نیستید که درباره درمان‌های حفظ جان که در آینده می‌خواهید یا نمی‌خواهید، تصمیم بگیرید می‌توانید گزینه ۵ را انتخاب کنید.

## مثال‌ها

### مثال: گزینه ۱ - داستان نیتن

- نیتن ۵ هفته پیش دچار حمله قلبی شد. پزشک عمومی او به او گفته است که به احتمال زیاد او نیاز به عمل جراحی قلب دارد. نیتن خواهان دریافت تمامی درمان‌هایی است که می‌توانند زندگی او را حفظ یا طولانی‌تر کنند.
- نیتن گزینه ۱ را انتخاب می‌کند - من به همه درمان‌هایی که با هدف حفظ جان یا طولانی کردن عمرم انجام شوند رضایت می‌دهم.

### مثال: گزینه ۲ - داستان لیندا

- لیندا به بیماری کلیوی مبتلا است. مادر او بر اثر نارسایی کلیه درگذشت. لیندا به یاد می‌آورد که مادر او در اواخر عمرش حالت تهوع زیادی را تجربه می‌کرد. او به یاد می‌آورد که آن حالت تهوع با درمان‌هایی که برای بیماری زمینه‌ای تجویز می‌شد بدتر شده بود، با وجود اینکه هیچ امید معقولی برای بهبودی او وجود نداشت. لیندا این را برای خودش نمی‌خواهد.
- لیندا گزینه ۲ را انتخاب می‌کند - من به هرگونه درمانی که با هدف زنده نگه داشتن من یا طولانی کردن عمرم انجام شود رضایت می‌دهم، مگر اینکه مشخص شود وضعیت من به دلیل بیماری یا آسیب دیدگی آن قدر وخیم است که هیچ چشم‌انداز معقولی برای بهبود من تا حدی که بدون نیاز به درمان‌های حفظ جان زنده بمانم، وجود ندارد. در چنین شرایطی، من رضایت خود را برای درمان‌های حفظ جان پس می‌گیرم.

### مثال: گزینه ۳ - داستان میا

- میا قبلاً به دلیل سرطان پستان تحت درمان بوده است. به او گفته شده که سرطانش برگشته است و بعید است که درمان بتواند عمر او را بیش از چند ماه افزایش دهد.
- دوست میا به سرطان پستان مبتلا بود و میا احساسات بسیار قوی‌ای نسبت به شیمی‌درمانی دارد که عمر دوستش را طولانی‌تر کرد اما رنج او را نیز افزایش داد. میا تصمیم گرفته است که این بار دیگر هیچ درمانی را که مرگش را به تأخیر بیندازد، نمی‌خواهد و از متخصص‌های سلامت خود می‌خواهد که تا حد امکان بر راحت و بدون درد نگره داشتن او تمرکز کنند.
- میا گزینه ۳ را انتخاب می‌کند - من از رضایت دادن به هرگونه درمانی که با هدف زنده نگه داشتن من یا طولانی کردن عمرم انجام شود، خودداری می‌کنم.

### مثال: گزینه ۴- داستان پیتر

- پیتر به بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD) (یک بیماری مزمن ریه‌ها) مبتلا است. او ۷۰ سال دارد و می‌داند که وضعیتش بدتر خواهد شد. در حالی که او احساس می‌کند هنوز می‌تواند در خانه‌اش زندگی باکیفیتی داشته باشد، حتی اگر این به معنای استفاده از اکسیژن باشد، نمی‌خواهد که به طور دائم روی دستگاه تنفس مصنوعی (وتیلاتور) در یک خانه سالمندان یا بیمارستان باشد.
- پیتر گزینه ۴ را انتخاب می‌کند - من تصمیمات زیر را درباره درمان‌های حفظ جان، همانطور که در جدول زیر آمده‌اند، می‌گیرم.
  - او گزینه (ب) را برای تنفس با کمک ونتیلاتور (تنفس کمکی) (Assisted ventilation) علامت می‌زند و جزئیات زیر را ارائه می‌دهد: فقط اگر موقتی باشد و بتوانم پس از آن به خانه برگردم، حتی با اکسیژن. من نمی‌خواهم برای همیشه در بیمارستان یا خانه سالمندان به دستگاه تنفس مصنوعی وصل باشم.
  - او گزینه (ج) را در مورد همه درمان‌های دیگر علامت می‌زند: من سایر درمان‌های حفظ جان را نمی‌پذیرم.

### مثال: گزینه ۵ - داستان ویلیام

- ویلیام ۲۵ سال دارد و هرگز مرگ یکی از اعضای نزدیک خانواده‌اش را تجربه نکرده و هیچ‌وقت فردی از نزدیکانش به درمان‌های حفظ جان نیاز نداشته است.
- ویلیام انتخاب می‌کند: گزینه ۵ - هم‌اکنون نمی‌توانم تصمیم بگیرم.
  - او برای صدور یک رهنمود پیشاپیش سلامت معتبر، باید حداقل یک تصمیم درمانی در بخش ۴.۲ یا ۴.۳ بگیرد. گزینه ۵ به عنوان یک تصمیم درمانی در نظر گرفته نمی‌شود.

## ۴.۲ سایر تصمیمات درمانی

اگر نمی‌خواهید به این سؤال پاسخ دهید، آن را خط بزنید. توجه: برای صدور یک رهنمود پیشاپیش سلامت معتبر، شما باید حداقل یک تصمیم درمانی در بخش ۴ بگیرید.

بخش ۴.۲ از شما می‌خواهد که در مورد سایر درمان‌هایی (به غیر از درمان‌های حفظ جان در بخش ۴.۱) که می‌خواهید یا نمی‌خواهید در آینده دریافت کنید، تصمیم بگیرید. این اطلاعات فقط در صورتی استفاده خواهند شد که شما قادر به تصمیم‌گیری نباشید یا خودتان نتوانید تصمیم‌های خود را بیان کنید.

سایر درمان‌ها می‌توانند شامل داروهایی باشند که برای پیشگیری از برخی بیماری‌ها استفاده می‌شوند (مثلاً آسپرین، درمان‌های کلسترول) یا انتقال خون.

اگر تصمیمی درباره یک درمان خاص می‌گیرید، باید شرایطی که تحت آن شرایط، درمان مربوطه را می‌خواهید یا نمی‌خواهید، شرح دهید.

برای مثال، اگر نمی‌خواهید آسپرین دریافت کنید، آیا این تحت همه شرایط است یا فقط در شرایط ویژه؟

می‌توانید جزئیات را در کادرهای ارائه شده بنویسید. اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، صفحات بیشتر را برای بخش ۴.۲ - سایر تصمیمات درمانی تکمیل و آن‌ها را به بخش ۴.۲ از رهنمود پیشاپیش سلامت خود پیوست کنید. صفحات بیشتر را از اینجا دانلود کنید [health.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives](https://www.health.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives) یا از خط تلفن اطلاعات برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده وزارت بهداشت به شماره تلفن 9222 2300 یا [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au) یک نسخه چاپی سفارش دهید.

سوالات متداول در بخش ۳: اطلاعات مفید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه اضافه کردن صفحات به رهنمود پیشاپیش سلامت را ببینید.

شرایط سلامت	تصمیمات درمانی من
من کلسترول خیلی بالایی دارم	مهارکننده‌های جذب کلسترول به من ندهید. من نمی‌توانم عوارض جانبی آن را تحمل کنم.
همه شرایط	به من خون یا هیچ فرآورده خونی تزریق نکنید. این خلاف دین من است.
من مرتب می‌گیرم می‌گیرم	به من آسپرین ندهید. این باعث درد معده من می‌شود.

### ۴.۳ پژوهش‌های پزشکی

**اگر نمی‌خواهید به این سؤال پاسخ دهید، آن را خط بزنید. توجه: برای صدور یک رهنمود پیشاپیش سلامت معتبر، شما باید حداقل یک تصمیم درمانی در بخش ۴ بگیرید.**

بخش ۴.۳ از شما می‌خواهد که در مورد شرکت در پژوهش‌های پزشکی تصمیم بگیرید. این اطلاعات فقط در صورتی استفاده خواهند شد که شما قادر به تصمیم‌گیری نباشید یا خودتان نتوانید تصمیم‌های خود را بیان کنید.

شرکت در پژوهش‌های پزشکی می‌تواند به پیشرفت دانش پزشکی و علمی برای پیشگیری، تشخیص و یا درمان بیماری‌ها کمک کند. بخش ۴.۳ انواع مختلف فعالیت‌های پژوهشی پزشکی را فهرست می‌کند. شما می‌توانید شرایطی که تحت آن شرایط رضایت می‌دهید یا نمی‌دهید که در فعالیت‌های پژوهشی پزشکی فهرست شده شرکت کنید، علامت بزنید. جدول زیر نمونه‌هایی از هر فعالیت پژوهشی پزشکی ذکر شده در بخش ۴.۳ را نشان می‌دهد.

پژوهش‌های پزشکی باید تحت رهنمودهای سخت‌گیرانه و با تأیید کمیته‌ای از کارشناسان در زمینه پژوهش‌های انسانی (کمیته اخلاق در پژوهش‌های انسانی که با بیانیه ملی درباره رفتار اخلاقی در پژوهش‌های انسانی مطابقت دارد) انجام شود.

اگر به شرکت در پژوهش‌های پزشکی آینده رضایت می‌دهید، این امر فقط درباره پژوهش‌هایی صدق می‌کند که توسط کمیته پژوهش‌های انسانی تأیید شده و از رهنمودهای ملی پژوهش‌ها پیروی می‌کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های پزشکی، به وبسایت دفتر مدافع عمومی (Office of the Public Advocate) به آدرس زیر مراجعه کنید [publicadvocate.wa.gov.au](http://publicadvocate.wa.gov.au). اصطلاحات رایج در بخش ۳: اطلاعات مفید، اطلاعات بیشتری را نیز ارائه می‌دهد.



نمونه‌ای از این نوع پژوهش	فعالیت‌های پژوهشی
آزمایش کارایی نوع جدیدی از ماسک اکسیژن یا ضربان‌ساز قلب	استفاده از تجهیزات یا دستگاه
آزمایش یک دارو یا نوع جدیدی از تجهیزات که تاکنون موثر بودن آن تنها در یک مطالعه با تعداد کمی بیمار نشان شده است.	ارائه مراقبت‌های سلامت که هنوز حمایت تعداد قابل توجهی از متخصصان در آن حوزه مراقبت‌های سلامت را به دست نیاورده است
مطالعه‌ای که اثرات دو دارو یا درمان مختلف روی یک بیماری را با هم مقایسه می‌کند. در این نوع پژوهش، یک گروه از بیماران یک درمان و گروه دوم بیماران درمان متفاوتی دریافت می‌کنند.	ارائه مراقبت‌های سلامت برای انجام یک ارزیابی مقایسه‌ای
پژوهشی که شامل گرفتن نمونه خون است تا در آزمایشگاه مورد بررسی قرار گیرد و تغییرات، مانند تغییر در تعداد یا نوع سلول‌های خونی، شناسایی شود.	گرفتن نمونه خون
انجام بیوپسی از یک خال یا کک و مک (که در آن بخشی از خال یا کک و مک را تحت بی‌حسی موضعی بیرون می‌آورند) تا علائم سرطان پوست را جستجو کنند. گرفتن نمونه از داخل بینی برای بررسی وجود ویروس یا باکتری	گرفتن نمونه یا نمونه‌هایی از بافت یا مایع بدن، از جمله دهان، گلو، حفره بینی، چشم‌ها یا گوش‌ها
تاباندن نور در گوش‌ها، چشم‌ها یا دهان برای بررسی هرگونه تغییر یا علائم بیماری	هرگونه معاینه غیرتهاجمی دهان، گلو، حفره بینی، چشم‌ها یا گوش‌ها
استفاده از ترازو برای وزن کردن یک فرد انجام آزمایش چشم برای بررسی بینایی فرد	معاینه غیرتهاجمی قد، وزن یا بینایی
آزمایش‌هایی که در آن‌ها نرخ تنفس یا سهولت حرکت فرد هنگام انجام انواع مختلف فعالیت ارزیابی می‌شود.	پایش
پاسخ به یک نظرسنجی روی کاغذ یا به صورت اینترنتی با سوالاتی در مورد درمان یا مراقبت شرکت در مصاحبه یا جلسه گروهی کوچک برای به اشتراک گذاشتن ایده‌هایی در مورد اینکه چه چیزی می‌تواند تجربه مراقبت را بهتر کند	انجام نظرسنجی، مصاحبه یا گروه متمرکز (Focus group)
پژوهش‌هایی که در آن اطلاعاتی از پرونده پزشکی بیمار (با اجازه بیمار) به همراه اطلاعاتی از پرونده سایر بیمارها با پژوهشگرها به اشتراک گذاشته می‌شود تا تفاوت‌ها و شباهت‌های بین گروه‌های بیماران را دریابند. برای مثال، اینکه افراد مبتلا به یک مشکل پزشکی خاص در یک دوره ۱۰ ساله چند بار در بیمارستان بستری می‌شوند.	جمع‌آوری، استفاده یا افشای اطلاعات، شامل اطلاعات شخصی
مقایسه نتایج آزمایش خون بیماران مختلف برای یافتن شباهت‌ها و تفاوت‌ها به عنوان بخشی از پژوهش، برای درک یک بیماری و درمان آن	بررسی یا ارزیابی نمونه‌ها یا اطلاعات گرفته شده تحت یکی از فعالیت‌های ذکر شده در بالا



## بخش ۵: افرادی که در تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت به من کمک کردند

شما می‌توانید انتخاب کنید که به برخی یا همه پرسش‌های بخش ۵ پاسخ دهید یا به هیچ‌یک پاسخ ندهید. هر پرسشی را که نمی‌خواهید تکمیل کنید، خط بزنید.

ممکن است لازم باشد برای برخی پرسش‌ها، اطلاعات بیشتری را در رهنمود پیشاپیش سلامت خود بگنجانید (مثلاً بیانیه مترجم شفاهی یا کتبی).

شما می‌توانید از بخش ۵ برای فهرست کردن افرادی که در تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت به شما کمک کرده‌اند، استفاده کنید.

### ۵.۱ آیا هنگام تکمیل این فرم از خدمات مترجم شفاهی و/یا مترجم کتبی استفاده کردید؟

بخش ۵.۱ از شما می‌پرسد که آیا هنگام تهیه رهنمود پیشاپیش سلامت از مترجم شفاهی و/یا مترجم کتبی استفاده کرده‌اید یا خیر. برای این سوال ۳ گزینه وجود دارد:

اگر گزینه ۲ را انتخاب می‌کنید، مترجم شفاهی / کتبی شما باید بیانیه مترجم شفاهی / کتبی را تکمیل کرده و آن را به رهنمود پیشاپیش سلامت شما پیوست کند.

• **گزینه ۱: انگلیسی، زبان اول من است - نیازی به استفاده از مترجم شفاهی و/یا مترجم کتبی نداشتم.**

اگر به زبان انگلیسی مسلط هستید و هنگام تکمیل فرم از خدمات مترجم شفاهی و/یا مترجم کتبی استفاده نکرده‌اید، این گزینه را انتخاب کنید.

• **گزینه ۲: انگلیسی زبان اول من نیست - من هنگام تدوین این رهنمود پیشاپیش سلامت، از خدمات یک مترجم شفاهی و/یا مترجم کتبی استفاده کردم و بیانیه مترجم شفاهی و/یا مترجم کتبی را پیوست کرده‌ام.**

اگر هنگام بحث و تکمیل این فرم به مترجم شفاهی / کتبی دسترسی داشتید، این گزینه را انتخاب کنید. شما باید بخش بیانیه مترجم شفاهی / مترجم کتبی را تکمیل کرده و آن را به بخش ۵.۱ رهنمود پیشاپیش سلامت خود پیوست کنید.

بیانیه را از [healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives](http://healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives) دانلود کنید یا از خط اطلاعات برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده وزارت بهداشت (9222 2300 یا [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au)) یک نسخه چاپی سفارش دهید.

• **گزینه ۳: انگلیسی زبان اول من نیست - من هنگام تدوین این رهنمود پیشاپیش سلامت، از خدمات یک مترجم شفاهی و/یا مترجم کتبی استفاده نکردم.**

اگر انگلیسی زبان اول شما نیست اما فرم را بدون کمک مترجم شفاهی و/یا مترجم کتبی تکمیل کرده‌اید، این گزینه را انتخاب کنید.

می‌توانید فقط یک گزینه را علامت بزنید یا اگر نمی‌خواهید این سوال را تکمیل کنید، می‌توانید آن را خط بزنید.

اگر گزینه ۲ را انتخاب می‌کنید، توصیه می‌شود که شما و مترجم شفاهی / کتبی شما برای اطلاعات بیشتر درباره دسترسی به مترجم به پرسش‌های متداول در بخش ۳: اطلاعات مفید مراجعه کنید. توجه: توصیه می‌شود که مترجم شفاهی / کتبی شما واجد شرایط و/یا دارای گواهینامه معتبر در این زمینه باشد.





## ۵.۲ آیا شما یک وکالتنامه دائمی سرپرستی (EPG) تنظیم کرده‌اید؟

بخش ۵.۲ از شما می‌خواهد اطلاعاتی در مورد اینکه آیا وکالتنامه دائمی سرپرستی تنظیم کرده‌اید یا خیر، ارائه دهید.

وکالتنامه دائمی سرپرستی یک سند قانونی است که به شما اجازه می‌دهد در صورتی که دیگر قادر به تصمیم‌گیری یا بیان تصمیم‌های خود نباشید، یک یا چند نفر را برای تصمیم‌گیری در مورد سبک زندگی و مراقبت‌های سلامت شما تعیین و به طور قانونی منصوب کنید. اگر شما یک وکالتنامه دائمی سرپرستی تنظیم می‌کنید، اکیداً توصیه می‌شود که جزئیات آن را در رهنمود پیشاپیش سلامت (Enduring Power of Guardianship) خود ذکر کنید.

فردی که شما برای تصمیم‌گیری از طرف خود تعیین می‌کنید، سرپرست دائمی (Enduring guardian) نامیده می‌شود. سرپرست دائمی نمی‌تواند تصمیمات اتخاذ شده در رهنمود پیشاپیش سلامت را لغو کند، مگر در شرایط خاص (مثلاً اگر گزینه‌های درمانی جدیدی در دسترس قرار گیرند که هنگام تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت شما وجود نداشتند).

می‌توانید فقط یک گزینه را علامت بزنید یا اگر نمی‌خواهید این سوال را تکمیل کنید، می‌توانید آن را خط بزنید. اگر گزینه ۲ را انتخاب کنید، باید جزئیات مربوط به وکالتنامه دائمی سرپرستی و سرپرست دائمی خود را ذکر کنید.

**سؤالات متداول** را در بخش ۳: اطلاعات مفید ببینید تا اطلاعات بیشتری درباره وکالتنامه دائمی سرپرستی و نحوه تعیین یک سرپرست دائمی به دست آورید.

## ۵.۳ آیا برای تدوین این رهنمود پیشاپیش سلامت، مشاوره پزشکی و یا حقوقی دریافت کردید؟

بخش ۵.۳ از شما می‌خواهد که جزئیات هرگونه مشاوره پزشکی و/یا حقوقی که هنگام تنظیم رهنمود پیشاپیش سلامت خود دریافت کردید را ارائه دهید.

ممکن است مفید باشد که از مشاوره پزشکی و/یا حقوقی استفاده کنید تا به خود و نزدیکانتان اطمینان دهید که تصمیماتی که در رهنمود پیشاپیش سلامت خود می‌گیرید به نفع شما و مناسب برای وضعیت سلامت شما هستند.

شما فقط می‌توانید یک گزینه را در رابطه با مشاوره پزشکی علامت بزنید، و فقط می‌توانید یک گزینه را در رابطه با مشاوره حقوقی علامت بزنید. اگر نمی‌خواهید این سؤال را تکمیل کنید، آن را خط بزنید.

شما تشویق می‌شوید  
(اما الزامی نیست) که برای  
تدوین یک رهنمود  
پیشاپیش سلامت،  
مشاوره پزشکی و/یا  
حقوقی دریافت کنید.

## بخش ۶: امضا و گواهی امضا (Witnessing)

شما باید این بخش از رهنمود پیشاپیش سلامت را تکمیل کنید و الزامات خاص گواهی امضا (Witnessing) را برآورده کنید.

برای اطمینان از معتبر بودن رهنمود پیشاپیش سلامت شما، باید شرایط زیر را برای امضا و گواهی امضای این سند رعایت کنید.

- شما باید رهنمود پیشاپیش سلامت را در حضور ۲ شاهد امضا کنید.
- هر دو شاهد باید شاهد امضا کردن رهنمود پیشاپیش سلامت توسط شما باشند.
- شاهدان نیز باید رهنمود پیشاپیش سلامت را امضا کنند. شما باید شاهد امضا کردن هر دو شاهد در رهنمود پیشاپیش سلامت باشید. هر شاهد باید شاهد امضای رهنمود پیشاپیش سلامت توسط شاهد دیگر باشد.
- هر دو شاهد باید حداقل ۱۸ سال سن داشته باشند و از ظرفیت قانونی کامل برخوردار باشند.
- یکی از شهود باید فردی باشد که مجاز به گواهی امضای اظهارنامه‌های قانونی باشد.

برای مشاهده فهرست کاملی از افرادی که مجاز به گواهی امضای اظهارنامه‌های قانونی در استرالیا غربی هستند، می‌توانید به پیوست ۲ قانون سوگندنامه‌ها، افیویدیت‌ها (Affidavit) و اظهارنامه‌های قانونی مصوب ۲۰۰۵ در [wa.gov.au/government/publications/authorised-witnesses-statutory-declarations](http://wa.gov.au/government/publications/authorised-witnesses-statutory-declarations) مراجعه کنید.

فهرست ساده‌شده‌ای از افراد مجاز شامل موارد زیر است:

- دانشگاهی (موسسه آموزش عالی)
- حسابدار
- معمار
- کارمند کنسولی استرالیا
- افسر دیپلمات استرالیایی
- مامور اجرای احکام (Bailiff)
- مدیر بانک
- دبیر رسمی
- داروساز
- متخصص کایروپراکتیک
- بازرس شرکت (Company Auditor)
- و تصفیه‌کننده (Liquidator)
- افسر دادگاه
- افسر نیروی دفاعی
- دندان‌پزشک
- دکتر
- کارشناس حوزه انتخابیه یکی از نمایندگان مجلس ایالتی
- مهندس
- دبیر سازمان صنایع
- کارگزار بیمه
- قاضی صلح (Justice of the Peace)
- افسر اداره ثبت اراضی (Landgate Officer)
- وکیل
- مدیرعامل یا معاون مدیرعامل دولت محلی
- عضو شورای دولت محلی
- کارشناس ارزیابی خسارت
- مامور ثبت ازدواج
- نماینده مجلس
- ماما
- وزیر امور دینی
- پرستار
- بینایی‌سنج
- کارشناس فوریت‌های پزشکی (Paramedic)
- وکیل دائمی
- فیزیوتراپیست
- پزشک متخصص پاپزشکی
- افسر پلیس
- مدیر اداره پست
- روان‌شناس
- دفتر اسناد رسمی / سردفتر اسناد رسمی (Public Notary)
- کارمند دولت (فدرال یا ایالتی)
- مشاور املاک
- نماینده تسویه حساب (املاک و مستغلات) (Settlement Agent)
- کلانتر یا معاون کلانتر
- کارشناس نقشه‌برداری
- معلم
- مسئول دادگاه شبه‌قضایی (Tribunal Officer)
- جراح دامپزشک.



هنگام ارائه جزئیات نشانی شاهدان خود، از نشانی خیابان استفاده کنید، نه صندوق پستی. نشانی خیابان می‌تواند آدرس محل کار، محل اشتغال یا آدرس خانه شاهد باشد.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نقش و مسئولیت‌های شاهدان، به بخش ۳: اطلاعات مفید، پرسش‌های متداول مراجعه کنید.

## اگر بتوانم رهنمود پیشاپیش سلامت خود را امضا کنم، چه باید بکنم؟

اگر نمی‌توانید رهنمود پیشاپیش سلامت خود را امضا کنید، می‌توانید هر نوع علامتی از جمله حرف اول نام و نام خانوادگی، ضربدر یا اثر انگشت روی آن بگذارید.

اگر از علامتی غیر از امضا استفاده می‌کنید، باید بند مارکسمن (Marksman clause) را تکمیل کرده و آن را به بخش ۶ رهنمود پیشاپیش سلامت خود پیوست کنید. شما می‌توانید بند مارکسمن را از اینجا دانلود کنید [healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives](https://www.health.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives) یا از خط اطلاعات برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده وزارت بهداشت (9222 2300 یا [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au)) یک نسخه چاپی سفارش دهید. اگر بند مارکسمن را می‌گنجانید، توصیه می‌شود از مشاوره حقوقی (وکیل یا خدمات حقوقی جامعه) استفاده کنید.

اگر دچار اختلال بینایی هستید یا قادر به خواندن و/یا نوشتن نیستید، برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت به بخش ۳: اطلاعات مفید، پرسش‌های متداول مراجعه کنید.



## بخش ۳: اطلاعات مفید

این بخش شامل پرسش‌های متداول، اصطلاحات رایج و محل مراجعه برای اطلاعات بیشتر است.

### پرسش‌های متداول

این بخش به برخی سوالات رایج در مورد تنظیم رهنمود پیشاپیش سلامت پاسخ می‌دهد. پرسش‌های متداول بیشتری در [healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning](https://healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning) موجودند.

#### عمومی

#### چه زمانی از رهنمود پیشاپیش سلامت من استفاده خواهد شد؟

رهنمود پیشاپیش سلامت شما فقط در مواقعی استفاده خواهد شد که شما قادر به تصمیم‌گیری و/یا بیان تصمیمات مربوط به درمان و مراقبت‌های سلامت خود نباشید و در صورتی که این رهنمود با نوع درمان مورد نیازتان مرتبط باشد.

#### رهنمود پیشاپیش سلامت من تا چه مدت اعتبار دارد؟

تصمیماتی که در رهنمود پیشاپیش سلامت خود می‌گیرید، تا زمانی معتبرند که:

- از دنیا بروید یا
- رهنمود پیشاپیش سلامت خود را لغو (فسخ) کنید یا
- مادامی که گزینه‌های درمانی ذکر شده در رهنمود پیشاپیش سلامت شما همچنان مرتبط و معتبر باقی می‌مانند. رهنمود پیشاپیش سلامت شما در مورد گزینه‌های درمانی جدیدی که ممکن است پس از تکمیل این رهنمود توسط شما در دسترس قرار گیرند، اعمال نخواهد شد.

#### اگر از نسخه قدیمی فرم برای رهنمود پیشاپیش سلامت خود استفاده کرده باشم، آیا هنوز معتبر است؟

بله. اگر قبل از ۴ فوریه ۲۰۲۳ با استفاده از نسخه قدیمی فرم، فرم رهنمود پیشاپیش سلامت را تکمیل کرده باشید و همه الزامات قانونی را برای تکمیل فرم رعایت کرده باشید، فرم همچنان معتبر خواهد بود.

اگر در حال تدوین یک رهنمود پیشاپیش سلامت هستید، باید از فرم فعلی مطابق با الزامات قانون سرپرستی و مدیریت مصوب ۱۹۹۰ استفاده کنید. نمونه‌ای از فرم جدید رهنمود پیشاپیش سلامت به همراه این راهنما ارائه شده و در [healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning](https://healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning) موجود است.

اگر از فرم قدیمی پس از ۴ فوریه ۲۰۲۳ استفاده کنید، ممکن است مطابق با الزامات قانون سرپرستی و مدیریت مصوب ۱۹۹۰، به عنوان یک رهنمود پیشاپیش سلامت معتبر در نظر گرفته نشود.

## آیا باید رهنمود پیشاپیش سلامت خود را ثبت کنم؟

خیر. شما از نظر قانونی ملزم به ثبت رهنمود پیشاپیش سلامت خود نیستید. توصیه می‌شود به افراد نزدیک به خود و کسانی که در مراقبت از شما نقش دارند، اطلاع دهید که یک رهنمود پیشاپیش سلامت تهیه کرده‌اید و یک نسخه از آن را با آن‌ها به اشتراک بگذارید. برای اطلاعات بیشتر این بخش را ببینید: **با رهنمود پیشاپیش سلامت تکمیل شده‌ام چه باید بکنم؟**

## فرم جدید رهنمود پیشاپیش سلامت (AHD) طولانی‌تر است – آیا تکمیل آن دشوارتر است؟

این فرم اگرچه صفحات بیشتری دارد، اما تغییرات ایجاد شده در AHD جدید به تکمیل و درک آسان‌تر سند کمک کرده است. رهنمود پیشاپیش سلامت جدید اکنون شامل موارد زیر است:

- راهنمایی و مثال‌های بیشتر برای کمک به شما در تکمیل هر سوال و تا حد امکان دقیق و مشخص بودن هر پاسخ.
- پرسش‌های دارای کادر انتخاب و پرسش‌های شامل متن آزاد به شما اجازه می‌دهند که تصمیمات درمانی خود را به روش‌های مختلف ثبت کنید و تا حد امکان بیشترین جزئیات را برای اطلاع‌رسانی به افرادی که ممکن است در آینده از طرف شما تصمیم بگیرند، ارائه دهید.
- بخشی در مورد رضایت برای پژوهش‌های پزشکی
- بخشی برای ثبت ارزش‌ها و ترجیحات شما.

فکر کردن به همه درمان‌های ویژه‌ای که ممکن است در آینده به آن‌ها نیاز داشته باشید، می‌تواند دشوار باشد. شما با ثبت ارزش‌ها و ترجیحات خود، به نزدیکان خود و متخصصان سلامت، درک بهتری از آنچه برای شما مهم است، می‌دهید. این به آن‌ها کمک می‌کند تا در صورت نیاز به درمانی در آینده که شما نتوانسته بودید در بخش تصمیمات درمانی رهنمود پیشاپیش سلامت مشخص کنید، تصمیماتی را که ممکن است لازم باشد از طرف شما بگیرند، آگاهانه بگیرند.

نکاتی که باید به خاطر داشت:

- هر صفحه، فضای خالی بزرگی را در اختیار شما قرار می‌دهد تا بتوانید پاسخ‌های خود را ثبت کنید که این امر به طول فرم نیز می‌افزاید.
- بخش‌هایی هستند که اگر نمی‌خواهید آنها را تکمیل کنید، می‌توانید آن‌ها را خط بزنید – این بخش‌ها به وضوح روی رهنمود پیشاپیش سلامت مشخص شده‌اند.

## آیا هنگام تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت باید با یک پزشک گفتگو کنم؟

لازم نیست هنگام تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت با یک پزشک گفتگو کنید، اما قویا توصیه می‌شود.

هرچه خواسته‌های شما در رهنمود پیشاپیش سلامت (AHD) پیچیده‌تر و خاص‌تر باشد، جستجوی کمک حرفه‌ای برای تهیه رهنمود پیشاپیش سلامت شما با ارزش‌تر می‌شود. گفتگو با یک پزشک به شما این امکان را می‌دهد که بررسی کنید عواقب تصمیماتی که ثبت کرده‌اید یا قصد ثبت آن‌ها را دارید را چقدر دریافته‌اید.

به ویژه اگر قصد دارید در رهنمود پیشاپیش سلامت (AHD) خود، همه درمان‌های حفظ جان را رد کنید، توصیه می‌شود با پزشک عمومی یا متخصص خود صحبت کنید تا پیامدهای این تصمیم را به خوبی درک کنید، به خصوص اگرهم‌اکنون یک بیماری محدودکننده زندگی در شما تشخیص داده نشده است.

## چرا یک بخش پژوهش‌های پزشکی به رهنمود پیشاپیش سلامت بازنگری شده اضافه شده است؟

در سال ۲۰۲۰، قانون سرپرستی و مدیریت مصوب ۱۹۹۰ اصلاح شد تا مسیری را برای مشارکت بزرگسالانی که ظرفیت رضایت دادن به پژوهش‌های سلامت و پزشکی را طبق بخش 9E این قانون ندارند، فراهم کند. مشارکت فرد در پژوهش‌های پزشکی و هرگونه درمان دریافتی به عنوان بخشی از پژوهش‌های پزشکی، باید با تصمیماتی که در رهنمود پیشاپیش سلامت گرفته است، سازگار باشد. رهنمود پیشاپیش سلامت بازنگری شده شامل فعالیت‌های پژوهشی و شرایطی هستند که مطابق قانون فهرست شده‌اند و تحت آن شرایط، فرد به آن‌ها رضایت می‌دهد یا نمی‌دهد.



## آیا متخصص سلامت من همیشه باید از تصمیمات من در رهنمود پیشاپیش سلامت پیروی کند؟

بله. در بیشتر وضعیت‌ها، اگر شما قادر به تصمیم‌گیری یا بیان تصمیم‌های خود درباره درمان و مراقبت خود نباشید، متخصصان سلامت باید از تصمیم‌های مندرج در رهنمود پیشاپیش سلامت شما پیروی کنند، مگر در موارد استثنای محدود. یک استثنای محدود ممکن است رخ دهد اگر:

- شرایط مربوط به تصمیم درمانی شما از زمان تصمیم‌گیری شما تغییر کرده باشد، و
- شما نمی‌توانستید هنگام تنظیم رهنمود پیشاپیش سلامت، این تغییرات را به طور منطقی پیش‌بینی کنید، و
- این احتمال وجود دارد که یک فرد معقول با آگاهی از تغییر شرایط، نظر خود را در مورد تصمیم درمانی تغییر دهد.

## چند وقت یکبار و چه زمانی باید رهنمود پیشاپیش سلامت خود را مرور کنم؟

توصیه می‌شود هر ۲ تا ۵ سال یا در صورت تغییر شرایط، رهنمود پیشاپیش سلامت خود را بازنگری کنید. برای مثال، اگر شما به یک بیماری جدید مزمن و/یا محدودکننده زندگی مبتلا شده‌اید، ممکن است لازم باشد زودتر از بازه ۲ تا ۵ سال رهنمود پیشاپیش سلامت خود را بازنگری کنید.

## تفاوت بین برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده، فرم ارزش‌ها و ترجیحات، برنامه مراقبت‌های آینده و رهنمود پیشاپیش سلامت چیست؟

برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده، فرایندی داوطلبانه برای برنامه‌ریزی مراقبت‌های سلامت و مراقبت‌های شخصی در آینده است که در آن ارزش‌ها، باورها و ترجیحات شما مشخص می‌شود تا در زمانی در آینده که قادر به تصمیم‌گیری یا بیان تصمیم‌های خود نیستید، راهنمایی برای تصمیم‌گیری باشد.

به عنوان بخشی از این فرآیند، می‌توانید یک سند برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده را تکمیل کنید تا ارزش‌ها، باورها، ترجیحات و تصمیمات درمانی خود را ثبت کنید. در استرالیای غربی، اسناد برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده، موارد زیر را شامل می‌شوند:

- الف- فرم ارزش‌ها و ترجیحات: برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های آینده من، سندی است که در آن می‌توانید آنچه که برایتان ارزشمند است و آنچه که برای مراقبت از خود در آینده می‌خواهید، از جمله محل زندگی مورد نظرتان و سایر مواردی که برای شما مهم هستند را ثبت کنید. این فرم ممکن است به عنوان یک رهنمود حقوق عرفی در نظر گرفته شود (برای اطلاعات بیشتر، به تفاوت بین رهنمودهای حقوق عرفی و رهنمود پیشاپیش سلامت چیست؟ مراجعه کنید).
- برنامه پیشاپیش مراقبت برای فردی که ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری ندارد سندی است که از طرف او توسط تصمیم‌گیرنده یا تصمیم‌گیرندگان مورد تأیید نوشته می‌شود؛ افرادی که رابطه‌ای نزدیک و مستمر با فرد دارند (یعنی بالاترین فرد در سلسله‌مراتب تصمیم‌گیرندگان درمانی که در دسترس بوده و مایل به تصمیم‌گیری هستند). اگر شما یک رهنمود پیشاپیش سلامت یا فرم ارزش‌ها و ترجیحات معتبر نداشته باشید، این سند می‌تواند برای راهنمایی تصمیم‌گیرندگان و متخصصان سلامت هنگام اتخاذ تصمیمات درمانی پزشکی از طرف شما استفاده شود. فقط زمانی باید از آن استفاده شود که فرد دیگر ظرفیت تصمیم‌گیری برای تکمیل فرم ارزش‌ها و ترجیحات یا رهنمود پیشاپیش سلامت را نداشته باشد. این مدرک، یک سند غیررسمی است و سندی نیست که فرد در آن بتواند رضایت قانونی خود را برای درمان اعلام کند یا از آن امتناع ورزد. اسناد غیر رسمی طبق قانون خاص به رسمیت شناخته نمی‌شوند.
- رهنمود پیشاپیش سلامت سابقه‌ای قانونی از تصمیمات شما درباره درمان‌هایی است که در صورت ناخوشی یا آسیب‌دیدگی شما در آینده، شما می‌خواهید یا نمی‌خواهید دریافت کنید. این فقط توسط فردی بالای ۱۸ سال که قادر به تصمیم‌گیری و بیان تصمیمات خود است، می‌تواند انجام شود. رهنمود پیشاپیش سلامت یک سند قانونی است، زیرا طبق قانون به رسمیت شناخته شده است. اسناد قانونی، قوی‌ترین و رسمی‌ترین روش برای ثبت خواسته‌های شما هستند.

## تفاوت بین رهنمود قانون عرفی و رهنمود پیشاپیش سلامت چیست؟

رهنمودهای قانون عرفی، ارتباطات نوشتاری یا شفاهی هستند که خواسته‌های فرد را درباره مراقبت‌های سلامت و شخصی آینده که باید در شرایط خاصی ارائه یا متوقف شوند، بیان می‌کنند. هیچ الزام رسمی در رابطه با رهنمودهای قانون عرفی وجود ندارد. ممکن است دشواری‌های قابل‌توجهی در اثبات اعتبار قانونی یک رهنمود قانون عرفی (Common Law Directive) خاص وجود داشته باشد و اینکه آیا می‌توان از آن پیروی کرد یا خیر. به همین دلیل، آنها برای تصمیم‌گیری در مورد درمان توصیه نمی‌شوند.

رهنمود پیشاپیش سلامت، سابقه‌ای قانونی از تصمیمات شما در مورد درمان‌هایی است که شما در صورت بیماری یا آسیب‌دیدگی در آینده، می‌خواهید یا نمی‌خواهید دریافت کنید. این فقط توسط فردی بالای ۱۸ سال که قادر به تصمیم‌گیری و بیان تصمیمات خود است، می‌تواند انجام شود. رهنمود پیشاپیش سلامت یک سند قانونی است، زیرا طبق قانون به رسمیت شناخته شده است. اسناد قانونی، قوی‌ترین و رسمی‌ترین روش برای ثبت خواسته‌های شما هستند.

## تأیید و گواهی امضاها و اسناد (Witnessing)، امضا و به اشتراک‌گذاری

### آیا ممکن است مجبور شوم برخلاف میل خودم یک رهنمود پیشاپیش سلامت را امضا کنم؟

خیر. همه تصمیمات درمانی که در رهنمود پیشاپیش سلامت گرفته می‌شوند باید داوطلبانه گرفته شوند. تصمیم درمانی که برخلاف میل شما و تحت فشار یا اجبار گرفته شده باشد، معتبر نیست.

اگر یک عضو خانواده یا متخصص سلامت شک کند که رهنمود پیشاپیش سلامت به‌صورت داوطلبانه تهیه نشده یا تحت تأثیر تطمیع یا اجبار تهیه شده است، باید بر اساس قانون سرپرستی و مدیریت مصوب سال ۱۹۹۰ درخواست بررسی اعتبار آن را به دادگاه اداری ایالتی ارائه دهد.

### آیا می‌توانم از پزشکم بخواهم که شاهد رهنمود پیشاپیش سلامت من باشد؟

بله. می‌توانید از پزشک خود بخواهید که شاهد رهنمود پیشاپیش سلامت شما باشد. پزشک شما باید به عنوان شاهد، در حضور یک شاهد دیگر (که او نیز باید بالای ۱۸ سال سن داشته باشد) امضا کند.

### آیا می‌توانم از یکی از اعضای خانواده‌ام بخواهم که شاهد رهنمود پیشاپیش سلامت من باشد؟

بله. با این حال، توصیه می‌شود که شاهدان مستقل به جای اعضای خانواده انتخاب شوند.

### آیا می‌توانم از مترجم شفاهی یا مترجم کتبی خود بخواهم که شاهد رهنمود پیشاپیش سلامت من باشد؟

خیر. اگر هنگام تهیه رهنمود پیشاپیش سلامت از خدمات یک مترجم شفاهی و/یا کتبی استفاده کرده‌اید، مترجم شفاهی/کتبی شما نمی‌تواند شاهد امضای شما در رهنمود پیشاپیش سلامت باشد.

### آیا لازم است به دیگران بگویم که یک رهنمود پیشاپیش سلامت تهیه کرده‌ام؟

قویا توصیه می‌شود که به افراد نزدیک خود و افرادی که در مراقبت از شما نقش دارند، اطلاع دهید که یک رهنمود پیشاپیش سلامت تهیه کرده‌اید و یک نسخه از آن را با آنها به اشتراک بگذارید. به آنها بگویید که رهنمود پیشاپیش سلامت خود را کجا نگه می‌دارید تا در صورت نیاز در آینده بتوانند به راحتی به آن دسترسی داشته باشند.

## اضافات، تغییرات، الحاقات و ابطال (فسخ)

### آیا می‌توانم صفحات بیشتری به رهنمود پیشاپیش سلامت خود اضافه کنم؟

بله. شما می‌توانید اطلاعات بیشتری را به رهنمود پیشاپیش سلامت خود اضافه کنید، به شرطی که این کار را پیش از امضا و گواهی امضا توسط شاهدان انجام دهید. پس از اینکه رهنمود پیشاپیش سلامت شما گواهی امضا شد، شما نمی‌توانید صفحات بیشتری اضافه کنید.

### چگونه می‌توانم صفحاتی را به رهنمود پیشاپیش سلامت خود اضافه کنم؟

برای افزودن صفحات به رهنمود پیشاپیش سلامت خود، مطمئن شوید که:

- از قالبی استفاده کنید که با بخش مربوطه رهنمود پیشاپیش سلامت که صفحات را به آن اضافه می‌کنید، هماهنگ باشد
  - اگر صفحاتی را به بخش ۴.۱ اضافه می‌کنید، می‌توانید از صفحات اضافی برای بخش ۴.۱ - سایر تصمیمات درمان‌های حفظ جان (Life-sustaining treatments)
  - اگر صفحاتی را به بخش ۴.۲ اضافه می‌کنید، می‌توانید از صفحات بیشتر برای بخش ۴.۲ - سایر تصمیمات درمانی استفاده کنید.
  - اگر در حال افزودن یک بیانیه مترجم شفاهی یا کتبی هستید، از بیانیه مترجم شفاهی یا کتبی استفاده کنید و آن را به بخش ۵.۱ پیوست کنید.
  - اگر بند مارکسمن را اضافه می‌کنید، از بند مارکسمن استفاده و آن را پیوست بخش ۶ کنید.
  - صفحات اضافی را به صورت فیزیکی به بخش مربوطه در رهنمود پیشاپیش سلامت بچسبانید (مثلاً منگنه کنید).
  - هنگام امضای رهنمود پیشاپیش سلامت (بخش ۶) در حضور شاهدان، پایین صفحات اضافی را امضا کنید و تاریخ بزنید. مطمئن شوید که شاهدان شما:
  - همزمان با امضای بخش ۶، پایین هر صفحه اضافی پیوست شده به رهنمود پیشاپیش سلامت را امضا می‌کنند.
- شما می‌توانید صفحات بیشتر، بیانیه‌ها و بندها را از اینجا دانلود کنید. [healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives](http://healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives) یا نسخه‌های چاپی را از خط اطلاعات وزارت بهداشت (9222 2300 یا [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au)) سفارش دهید.



## آیا می‌توانم پس از امضا و گواهی امضای تصمیمات مربوط به رهنمود پیشاپیش سلامت، موارد اضافی و/یا تغییراتی در آن ایجاد کنم؟

خیر. شما نمی‌توانید پس از امضا و گواهی امضای تصمیمات مندرج در رهنمود پیشاپیش سلامت، به آن چیزی اضافه کنید و/یا آن را تغییر دهید.

اگر نیاز به تغییر رهنمود پیشاپیش سلامت خود دارید، باید رهنمود پیشاپیش سلامت فعلی خود را باطل (فسخ) کرده و یک رهنمود جدید تنظیم کنید.

## اگر آدرس یا اطلاعات تماس خود را پس از امضا و گواهی امضای رهنمود پیشاپیش سلامت تغییر دهم، چه اتفاقی می‌افتد؟

در صورت تغییر آدرس و/یا اطلاعات تماس، رهنمود پیشاپیش سلامت شما همچنان معتبر است. اگر فقط اطلاعات شخصی شما تغییر کند، نیازی به لغو (فسخ) رهنمود پیشاپیش سلامت خود ندارید. در فرم تکمیل شده رهنمود پیشاپیش سلامت، آدرس قبلی خود را خط نزنید و/یا آدرس جدید خود را اضافه نکنید. شما می‌توانید به سادگی اطلاعات شخصی به‌روز شده خود را به افرادی که نسخه‌ای از رهنمود پیشاپیش سلامت شما را دارند، اطلاع دهید.

## چگونه می‌توانم رهنمود پیشاپیش سلامت خود را باطل (فسخ) کنم؟

برای لغو رهنمود پیشاپیش سلامت، باید ظرفیت قانونی کامل داشته باشید. این قانون ضمانت‌هایی را فراهم می‌کند تا اطمینان حاصل شود که در صورت عدم توانایی فرد، رهنمود پیشاپیش سلامت را نتوان تدوین، اصلاح یا لغو کرد.

در رهنمود پیشاپیش سلامت بیانیه‌ای وجود دارد که به شما اجازه می‌دهد اعلام کنید که نسخه قبلی را فسخ می‌کنید.

وزارت بهداشت استرالیای غربی توصیه می‌کند که به همه (افراد و سازمان‌ها) نامه بنویسید و به آنها اطلاع دهید که رهنمود پیشاپیش سلامت خود را باطل (فسخ) کرده‌اید. این ممکن است شامل پزشک عمومی شما، سایر متخصصان سلامت، ارائه دهنده‌گان مراقبت‌های سلامت، اعضای خانواده و/یا دوستانی باشد که هم‌اکنون نسخه‌ای از رهنمود پیشاپیش سلامت شما را در اختیار دارند.

هر فردی که نسخه قدیمی رهنمود پیشاپیش سلامت شما را دارد، باید آن را به شما بازگرداند و شما باید نسخه‌های قدیمی را از بین ببرید.

## آیا یک رهنمود پیشاپیش سلامت می‌تواند شامل مجوز اهدای عضو و بافت باشد؟

خیر. نمی‌توان از رهنمود پیشاپیش سلامت برای ثبت رسمی علاقه شما به اهدای عضو و بافت استفاده کرد. اهدای عضو و بافت باید به صورت رسمی در وبسایت [donatelife.gov.au](http://donatelife.gov.au) ثبت شود. همچنین مهم است که درباره تصمیم‌های خود درباره اهدای عضو و بافت با اعضای خانواده گفتگو کنید، زیرا در صورت فوت شما از بستگان خواسته می‌شود که با این امر موافقت کنند.

## آیا می‌توانم در رهنمود پیشاپیش سلامت خود به مرگ خودخواسته با کمک، رضایت دهم؟

خیر. مرگ خودخواسته با کمک ([health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying](http://health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying)) یک گزینه قانونی برای ساکنان استرالیای غربی واجد شرایط است. امکان گنجاندن مرگ خودخواسته با کمک در رهنمود پیشاپیش سلامت وجود ندارد، اما اگر این گزینه‌ای است که می‌توانید در نظر بگیرید، می‌توانید با ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت خود گفتگو کنید یا با خدمات راهنمای مراقبت در زمینه مرگ خودخواسته با کمک در استرالیای غربی تماس بگیرید. راهنماهای مراقبتی که در این خدمات فعالیت می‌کنند، متخصصان سلامت واجد شرایطی هستند که درباره مرگ خودخواسته با کمک، به عنوان گزینه‌ای در پایان زندگی، دانش زیادی دارند. آن‌ها تجربه گسترده‌ای در حمایت از بیماران، خانواده‌ها و متخصصان سلامت دارند.



### آیا رهنمود پیشاپیش سلامت به زبانی غیر از انگلیسی موجود است؟

خیر. رهنمود پیشاپیش سلامت فقط به زبان انگلیسی موجود است و پاسخ‌های شما باید به انگلیسی نوشته شود تا معتبر باشند. این راهنما و سایر اطلاعات مربوط به برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده به چند زبان موجود است. برای اطلاعات بیشتر [healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives](http://healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives) را ببینید.

### مترجم شفاهی یا کتبی (Translator or Interpreter) چیست؟

مترجم‌های کتبی با متن مکتوب سروکار دارند. آنها اسناد کتبی را از یک زبان به زبان دیگر ترجمه می‌کنند. مترجم‌های شفاهی با زبان‌های گفتاری یا زبان‌های اشاره (مانند زبان Auslan) سروکار دارند. آنها آنچه را که هر گوینده می‌گوید یا اشاره می‌کند، به زبان شخص دیگر ترجمه شفاهی می‌کنند.

### آیا می‌توانم به یک مترجم شفاهی یا کتبی برای کمک به من در مورد رهنمود پیشاپیش سلامت دسترس داشته باشم؟

بله، شما می‌توانید هنگام تنظیم رهنمود پیشاپیش سلامت، از خدمات مترجم شفاهی یا کتبی استفاده کنید. توصیه می‌شود که مترجم شفاهی یا مترجم کتبی شما واجد شرایط و/یا دارای گواهی‌نامه در ترجمه شفاهی یا کتبی باشد. **بخش ۵.۱ در بخش ۲: راهنمایگام به گام را ببینید.** بخش برای اطلاعات بیشتر به کجا مراجعه کنم؟ در این راهنما شامل جزئیاتی درباره این که خدمات مترجم شفاهی و کتبی را از کجا بیابید، می‌باشد.

### آیا می‌توانم از پزشکم درخواست کنم که یک مترجم شفاهی بیاورد تا بتوانیم در مورد رهنمود پیشاپیش سلامت من صحبت کنیم؟

بله. اگر مایلید در مورد رهنمود پیشاپیش سلامت خود با پزشک خود (یا هر متخصص سلامت دیگری که در مراقبت از شما نقش دارد) گفتگو کنید، می‌توانید یک مترجم شفاهی بخواهید. مترجم شفاهی ممکن است در اتاق با شما باشد یا ممکن است گفتگوی شما را از طریق تلفن ترجمه شفاهی کند.

### من و مترجم شفاهی یا کتبی‌ام برای تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت چه کاری باید انجام دهیم؟

شما و مترجم شفاهی یا کتبی شما باید بخش بیانیه مترجم شفاهی یا مترجم کتبی را تکمیل کرده و آن را به بخش ۵.۱ رهنمود پیشاپیش سلامت تکمیل شده خود پیوست کنید. بیانیه را از اینجا دانلود کنید [healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives](http://healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives) یا یک نسخه چاپی از خط اطلاعات وزارت بهداشت (9222 2300) یا [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au) سفارش دهید.

### اگر دچار اختلال بینایی هستم یا قادر به خواندن و/یا نوشتن نیستم، چگونه می‌توانم یک رهنمود پیشاپیش سلامت تهیه کنم؟

عدم توانایی در خواندن و/یا نوشتن، و/یا امضا کردن نام، مانع از تدوین یک رهنمود پیشاپیش سلامت توسط شما نمی‌شود. می‌توانید از فردی بخواهید که رهنمود پیشاپیش سلامت (این رهنمود) را برای شما بخواند، و می‌توانید برای تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت، درخواست کمک کنید.

اگر نمی‌توانید رهنمود پیشاپیش سلامت تکمیل شده خود را امضا کنید، می‌توانید از فرد دیگری بخواهید که آن را از طرف شما امضا کند. فرد که از طرف شما امضا می‌کند، باید گزینه دوم در صفحه امضا در بخش ۶ را تکمیل کند.

اگر می‌خواهید خودتان با ایجاد هر نوع علامتی غیر از امضا، رهنمود پیشاپیش سلامت را «امضا» کنید، باید فرم مربوط به بند «مارکس من» (Marksman Clause) را تکمیل و آن را به بخش ۶ رهنمود پیشاپیش سلامت خود پیوست کنید. حتی اگر از بند «مارکس من» (Marksman Clause) استفاده کنید، همان الزامات گواهی امضا (Witnessing) اعمال می‌شوند. می‌توانید بند مارکس من را از وبسایت [healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives](http://healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives) دانلود کنید یا نسخه چاپی آن را از طریق خط اطلاعات برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده وزارت بهداشت (9222 2300) یا [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au) سفارش دهید.

اگر بند مارکس من را در قرارداد خود لحاظ می‌کنید، توصیه می‌شود از یک وکیل یا خدمات حقوقی محلی (Community legal service) مشاوره حقوقی بگیرید. بخش «محل مراجعه برای اطلاعات بیشتر» در این راهنما، جزئیاتی درباره مکان‌های دریافت مشاوره حقوقی ارائه می‌دهد.

## درمان‌های حفظ جان (Life-sustaining treatments)

### درمان‌های حفظ جان چیست؟

درمان‌های حفظ جان، مراقبت‌های سلامتی هستند که هدفشان زنده نگه داشتن فرد و/یا زنده ماندن او در صورت خطر مرگ است. نمونه‌هایی از درمان‌های حفظ جان عبارتند از:

- احیای قلبی ریوی (CPR) (مثلاً درمانی برای حفظ پمپاژ قلب در زمانی که ضربان آن متوقف شده است)
- تنفس با کمک ونتیلاتور (تنفس کمکی) (Assisted ventilation) (مثلاً دستگاهی که از طریق ماسک صورت یا لوله تنفسی، به تنفس کمک می‌کند)
- تأمین آب بدن به صورت مصنوعی (مثلاً مایعاتی که از طریق لوله به داخل ورید، بافت‌ها یا معده داده می‌شوند)
- تغذیه مصنوعی (مثلاً لوله تغذیه از طریق بینی یا معده)
- دریافت فرآورده‌های خونی (مثلاً انتقال خون)
- آنتی‌بیوتیک‌ها (مثلاً داروهایی که برای کمک به مبارزه با عفونت تجویز می‌شوند، از طریق تزریق دهانی یا از طریق لوله سرم).

## وکالت‌نامه دائمی سرپرستی (Enduring Power of Guardianship)

### وکالت‌نامه دائمی سرپرستی چیست؟

وکالت‌نامه دائمی سرپرستی (EPG) یک سند قانونی است که به فرد مورد نظر شما اجازه می‌دهد در صورت عدم توانایی شما در تصمیم‌گیری یا بیان تصمیمات، از طرف شما تصمیمات مهم شخصی، سبک زندگی و درمانی را اتخاذ کند.

این فرد (یا افراد) با عنوان سرپرست دائمی (Enduring Guardian) شناخته می‌شوند. شما می‌توانید به یک سرپرست دائمی اجازه دهید تا در مورد محل زندگی شما، خدمات حمایتی که به آنها دسترسی دارید و درمانی که دریافت می‌کنید، تصمیم‌گیری کند. شما نمی‌توانید به یک سرپرست دائمی اجازه دهید تا در مورد اموال یا امور مالی شما تصمیم بگیرد. شما می‌توانید بیش از یک سرپرست دائمی داشته باشید اما آنها باید به طور مشترک عمل کنند، یعنی آنها باید درباره هر تصمیمی که به نمایندگی از شخص می‌گیرند به توافق برسند.

برای اطلاعات بیشتر در مورد وکالت‌نامه دائمی سرپرستی و سرپرست‌های دائمی، به وب‌سایت دفتر مدافع عمومی (Office of the Public Advocate) به آدرس زیر مراجعه کنید [justice.wa.gov.au/epg](http://justice.wa.gov.au/epg).

### اگر من یک رهنمود پیشاپیش سلامت تنظیم کنم، آیا لازم است که یک وکالت‌نامه دائمی سرپرستی نیز تنظیم کنم؟

خیر. شما صرفاً به دلیل اینکه یک رهنمود پیشاپیش سلامت تهیه کرده‌اید، هیچ الزامی برای اعطای وکالت‌نامه دائمی سرپرستی ندارید.

با این حال، با تعیین یک سرپرست دائمی، اگر خودتان دیگر قادر به گرفتن یا بیان این تصمیم‌ها نباشید، احتمال این که تصمیماتی که به نمایندگی از شما گرفته می‌شوند بازتاب‌دهنده ارزش‌ها، باورها و ترجیحات شما باشند را افزایش می‌دهید.



## کپی برابر اصل (Certified copies) و نگهداری

### چگونه می‌توانم یک کپی برابر اصل (Certified copy) از رهنمود پیشاپیش سلامت خود تهیه کنم؟

کپی برابر اصل (Certified copy)، یک فتوکپی از سندی است که توسط یک شاهد مجاز به عنوان رونوشت مستقیم سند اصلی به عنوان برابر اصل، تأیید شده است. هیچ قانونی در استرالیا یی غربی وجود ندارد که نحوه انجام کپی برابر اصل یک سند و/یا اینکه چه کسی می‌تواند این کار را انجام دهد را بیان کند.

اما اسناد معمولاً توسط فردی که مجاز به گواهی امضای اظهارنامه‌های قانونی طبق پیوست ۲ قانون سوگندنامه‌ها، افی‌دویت‌ها (Affidavit) و اظهارنامه‌های قانونی مصوب ۲۰۰۵ است، گواهی امضا و کپی برابر اصل می‌شوند. برای اطلاعات بیشتر درباره کپی برابر اصل کردن نسخه‌های رهنمود پیشاپیش سلامت خود، به وب‌سایت دفتر مدافع عمومی (Office of the Public Advocate) به [publicadvocate.wa.gov.au](http://publicadvocate.wa.gov.au) یا برگه اطلاعات وزارت دادگستری - کپی برابر اصل کردن اسناد - [justice.wa.gov.au](http://justice.wa.gov.au) مراجعه کنید.

### با رهنمود پیشاپیش سلامت تکمیل شده‌ام چه باید بکنم؟

شما باید اصل رهنمود پیشاپیش سلامت خود را در جای امنی نگه دارید.

شما می‌توانید یک نسخه از رهنمود پیشاپیش سلامت خود را به صورت آنلاین در پرونده سلامت من (My Health Record) ذخیره کنید. برای آپلود کردن رهنمود پیشاپیش سلامت خود در پرونده سلامت من (My Health Record) به [digitalhealth.gov.au](http://digitalhealth.gov.au) بروید. نکته - ممکن است لازم باشد برای کاهش حجم فایل پی دی اف، فرم رهنمود پیشاپیش سلامت خود را به صورت سیاه و سفید اسکن و ذخیره کنید. اسناد بزرگتر از ۲۰ مگابایت را نمی‌توان در My Health Record آپلود کرد.

توصیه می‌شود به نزدیکان خود و افرادی که در مراقبت از شما نقش دارند اطلاع دهید که شما یک رهنمود پیشاپیش سلامت تهیه کرده‌اید. شما می‌توانید یک نسخه از رهنمود پیشاپیش سلامت تکمیل شده خود را با هر تعداد از افرادی که به شما نزدیک هستند و مایلید، به اشتراک بگذارید. این ممکن است شامل افراد زیر باشد:

- خانواده، دوستان و مراقبان شما
- سرپرست(های) دائمی
- پزشک عمومی/پزشک محلی
- سایر پزشک‌های متخصص و/یا متخصصان سلامت
- مرکز مسکونی مراقبت از سالمندان
- بیمارستان محلی
- متخصصان حقوقی.

شما همچنین می‌توانید از موارد زیر استفاده کنید تا به دیگران اطلاع دهید که یک رهنمود پیشاپیش سلامت دارید:

- یک کارت هشدار رهنمود پیشاپیش سلامت را در کیف یا کیف پول خود داشته باشید - می‌توانید با تماس با خط اطلاعات برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده وزارت بهداشت به شماره تلفن 9222 2300 یا ارسال ایمیل به این آدرس، یک کارت هشدار سفارش دهید: [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au).
- یک دستبند MedicAlert ([medicalert.org.au](http://medicalert.org.au)) بپوشید.

یک فهرست از افرادی که نسخه‌ای از رهنمود پیشاپیش سلامت و سایر اسناد برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده شما را دارند، تهیه کنید. این یادآوری خوبی خواهد بود درباره اینکه در صورت تصمیم به لغو (فسخ) کردن سند(های) خود در آینده، با چه کسی تماس بگیرید.

## برای اطلاعات بیشتر به کجا مراجعه کنیم؟

این بخش فهرستی از سازمان‌هایی را ارائه می‌دهد که می‌توانند به شما در درک و تهیه یک رهنمود پیشاپیش سلامت کمک کنند.

### رهنمودهای پیشاپیش سلامت

#### وزارت بهداشت استرالیای غربی - خط اطلاعات برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده

پرسش‌های کلی و سفارش منابع رایگان برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده (مانند رهنمودهای پیشاپیش سلامت)

تلفن: 9222 2300

ایمیل: [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au)

وبسایت: [healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning](http://healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning)

#### خدمات مراقبت‌های تسکینی استرالیای غربی (Palliative Care WA)

پرسش‌های کلی، منابع و اطلاعات درباره کارگاه‌های رایگان جامعه درباره برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده

تلفن: 1300 551 704 (دوشنبه تا پنجشنبه)

وبسایت: [palliativecarewa.asn.au](http://palliativecarewa.asn.au)

#### خدمات ملی پشتیبانی رایگان برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده

پرسش‌های کلی از متخصصان سلامت و مصرف‌کنندگان و پشتیبانی در تکمیل اسناد برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده

تلفن: 1300 208 582 (دوشنبه تا جمعه ۹ صبح تا ۵ بعد از ظهر به وقت استاندارد شرقی استرالیا)

وبسایت: [advancecareplanning.org.au](http://advancecareplanning.org.au)

### وکالت‌نامه دائمی سرپرستی (Enduring Power of Guardianship)

#### دفتر مدافع عمومی (Office of the Public Advocate)

اطلاعات مربوط به وکالت‌نامه دائمی سرپرستی، سرپرست‌های دائمی و ارزیابی صلاحیت

تلفن: 1300 858 455

ایمیل: [opa@justice.wa.gov.au](mailto:opa@justice.wa.gov.au)

وبسایت: [publicadvocate.wa.gov.au](http://publicadvocate.wa.gov.au)



## توصیه‌های پزشکی

برای مشاوره به پزشک عمومی، متخصص یا پزشک محلی خود مراجعه کنید.

### هلت دایرکت استرالیا (healthdirect Australia)

خدمات تلفنی محرمانه برای مشاوره سلامت می‌تواند شما را به یک پزشک عمومی محلی هدایت کند یا می‌توانید با یک پرستار دارای پروانه صحبت کنید.

تلفن: 1800 022 222 (در هر زمان و هر روز سال در دسترس است) وبسایت: [healthdirect.gov.au](http://healthdirect.gov.au)

## مشاوره حقوقی

برای مشاوره حقوقی به وکیل یا مشاور حقوقی خود مراجعه کنید.

### انجمن حقوقی استرالیای غربی (Law Society of Western Australia)

تلفن: 9324 8600

بخش درخواست معرفی وکیل را در این وبسایت پیدا کنید: [lawsocietywa.asn.au/find-a-lawyer](http://lawsocietywa.asn.au/find-a-lawyer)

### دفتر راهنمایی و مشاوره شهروندان (Citizens Advice Bureau)

تلفن: 9221 5711

وبسایت: [cabwa.com.au](http://cabwa.com.au)

### مراکز حقوقی جامعه (Community Legal Centres)

تلفن: 9221 9322

وبسایت: [communitylegalwa.org.au](http://communitylegalwa.org.au)

### کمک‌های حقوقی استرالیای غربی (Legal Aid WA)

تلفن: 1300 650 579

وبسایت: [legalaid.wa.gov.au](http://legalaid.wa.gov.au)

## درخواست‌ها در مورد اجرای وکالت‌نامه دائمی سرپرستی و رهنمود پیشاپیش سلامت

### دادگاه اداری ایالتی (SAT)

تلفن: 1300 306 017

وبسایت: [sat.justice.wa.gov.au](http://sat.justice.wa.gov.au)

## اگر به مترجم شفاهی یا کتبی نیاز دارید

اگر در درک این راهنما مشکل دارید، به زبان‌های مختلف در آدرس زیر موجود است.

[healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning](http://healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning). اگر به کمک در زبان نیاز دارید:

- با خدمات ملی ترجمه کتبی و شفاهی (TIS National) با شماره تلفن 131 450 تماس بگیرید، یک مترجم شفاهی درخواست کنید و از او بخواهید با یکی از سازمان‌های فهرست «برای کسب اطلاعات بیشتر به کجا مراجعه کنیم؟» تماس بگیرد.
- فهرست آنلاین سازمان ملی اعطای مجوز رسمی به مترجم‌های کتبی و شفاهی (ناتی) (NAATI) که مترجم‌های رسمی کتبی و شفاهی را فهرست می‌کند، مشاهده کنید [naati.com.au](http://naati.com.au)
- با خدمات ترجمه برای بومیان استرالیای غربی به شماره تلفن 0439943612 تماس بگیرید یا به وبسایت [aiwaac.org.au](http://aiwaac.org.au) مراجعه کنید.

## اگر ناشنوا هستید یا اختلال شنوایی یا گفتاری دارید

برای تماس با هر یک از سازمان‌های این بخش، از خدمات ملی رله استفاده کنید.

برای اطلاعات بیشتر مراجعه کنید به: [communications.gov.au/accesshub](http://communications.gov.au/accesshub)



این بخش تعاریفی برای اصطلاحات رایج مورد استفاده در رهنمود پیشاپیش سلامت ارائه می‌دهد.

### برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده (Advance care planning)

فرآیندی داوطلبانه برای برنامه‌ریزی مراقبت‌های سلامت و مراقبت‌های شخصی آینده که در آن ارزش‌ها، باورها و ترجیحات فرد مشخص می‌شوند تا در زمان آینده که آن فرد قادر به تصمیم‌گیری یا بیان تصمیم‌های خود نیست، راهنمای تصمیم‌گیری باشند.

### اسناد برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده

یک اصطلاح جامع برای شمول همه مدارک (شامل مدارک رسمی و غیر رسمی) که حاصل برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده هستند. در استرالیا، غربی این شامل رهنمود پیشاپیش سلامت، فرم ارزش‌ها و ترجیحات: برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های آینده من، وکالت‌نامه‌های دائمی سرپرستی و برنامه پیشاپیش سلامت برای افرادی با ظرفیت تصمیم‌گیری ناکافی می‌شود.

### برنامه پیشاپیش مراقبت (Advance Care Plan)

اسنادی که باورها، ارزش‌ها و ترجیحات فرد را در رابطه با تصمیمات مراقبتی آینده در بر می‌گیرند، اما به دلیل عدم صلاحیت فرد، ظرفیت ناکافی برای تصمیم‌گیری یا فقدان تشریفات (مانند مشخصات هویتی، امضا و تاریخ ناکافی) الزامات لازم برای به رسمیت شناختن قانونی یا عرفی را برآورده نمی‌کنند. یک برنامه پیشاپیش مراقبت می‌تواند شفاهی یا کتبی باشد، که البته کتبی بودن آن ترجیح داده می‌شود.

### رهنمود پیشاپیش سلامت (Advance Health Directive)

یک سند قانونی داوطلبانه و شخصی که توسط یک بزرگسال دارای ظرفیت قانونی کامل تکمیل می‌شود و بر ارزش‌ها و ترجیحات فرد برای تصمیمات مراقبتی آینده، از جمله نتایج و مراقبت‌های ترجیحی او، تمرکز دارد.

این قانون، درمان(هایی) را که تحت شرایط خاص برای آنها رضایت داده می‌شود یا رد می‌شود، مشخص می‌کند و تنها در صورتی لازم‌الاجرا می‌شود که فرد قادر به بیان خواسته‌های خود نباشد.

### ظرفیت

یک فرد زمانی ظرفیت دارد که:

- هرگونه اطلاعات یا توصیه‌ای که برای تصمیم‌گیری درباره رهنمود پیشاپیش سلامت به او داده می‌شود را دریابد.
- پیامد(های) احتمالی تصمیماتی که در رهنمود پیشاپیش سلامت خود می‌گیرد را بر درمان و مراقبت‌های آینده خود دریابد.
- بتواند جوانب مثبت و منفی احتمالی تصمیمات خود درباره درمان و مراقبت‌های آینده خود را بسنجد.
- بتواند تصمیمات خود را درباره درمان و مراقبت‌های سلامت آینده خود به گونه‌ای بیان کند.

### کپی برابر اصل (Certified copy)

یک کپی از یک رهنمود پیشاپیش سلامت که به درستی گواهی امضا شده و توسط یک شاهد مجاز به عنوان کپی مستقیم سند اصلی، برابر اصل شده باشد.

### پایان زندگی (End-of-life)

دوره زمانی که طی آن، فرد با یک بیماری محدودکننده زندگی یا بالقوه کشنده زندگی می‌کند اگر احتمال مرگ افراد در طول ۱۲ ماه آینده وجود داشته باشد، آنها به پایان زندگی خود نزدیک می‌شوند.

### وکالت‌نامه دائمی

### (Enduring Power of Attorney)

سندی که در آن فرد، یک نفر (که به عنوان وکیل شناخته می‌شود) را برای مدیریت امور مالی خود معرفی می‌کند.

### وکالت‌نامه دائمی سرپرستی

### (Enduring Power of Guardianship – EPG)

وکالت‌نامه دائمی سرپرستی، سندی قانونی است که در آن فرد، یک سرپرست دائمی را برای تصمیم‌گیری‌های شخصی، سبک زندگی و درمان خود، در صورتی که در آینده قادر به تصمیم‌گیری منطقی در مورد این مسائل نباشد، معرفی می‌کند.

## سرپرست دائمی (Enduring guardian)

شخصی که تحت وکالت‌نامه دائمی سرپرستی منصوب می‌شود تا به نمایندگی از موکل درباره امور شخصی، سبک زندگی، درمان و تصمیمات مربوط به پژوهش‌های پزشکی او تصمیم‌گیری کند.

## مراقبت‌های سلامت (Health care)

مراقبت‌های سلامت می‌توانند شامل درمان پزشکی، درمان‌های حفظ جان (Life-sustaining treatment)، جراحی، درمان سلامت روان، داروها، درمان دندان‌پزشکی، مراقبت‌های دوران بارداری، مراقبت‌های اورژانسی، مراقبت‌های پرستاری، پاپزشکی، فیزیوتراپی، بینایی‌سنجی، روان‌درمانی، مراقبت‌های سلامت بومیان، کاردرمانی و سایر خدمات ارائه شده توسط پزشکان متخصص سلامت مانند طب سنتی چینی باشند.

## متخصص سلامت (Health professional)

هر متخصص دارای پروانه که در حوزه سلامت، رشته یا حرفه‌ای را که شامل به‌کارگیری مجموعه‌ای از آموخته‌ها است انجام می‌دهد، از جمله شخصی که به حرفه‌ای تعلق دارد که به‌طور خاص توسط قانون تعریف شده است.

## +LGBTQIA

افرادی که خود را لزبین، گی، دوجنس‌گرا، ترنس‌جندر، بیناجنسیتی، کوئیر/پرسشگر، بی‌جنس‌گرا و/یا سایر گرایش‌های جنسی و هویت‌های جنسیتی متنوع معرفی می‌کنند.

## اقدامات یا درمان‌های حفظ جان

اقدامات پزشکی، جراحی یا پرستاری که جایگزین یک عملکرد حیاتی بدن می‌شوند که به‌طور مستقل قادر به انجام آن نیست. شامل تنفس با کمک ونتیلاتور (تنفس کمکی) (Assisted ventilation) و احیای قلبی-ریوی است.

## پژوهش‌های پزشکی (Medical research)

پژوهش‌های انجام شده با یا درباره افراد، داده‌ها یا بافت‌های آن‌ها در حوزه پزشکی یا سلامت، و شامل هر فعالیتی است که به منظور انجام آن پژوهش صورت می‌گیرد.

## مراقبت تسکینی (Palliative care)

مراقبت‌های سلامت متمرکز بر بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری یا مشکلات پزشکی کشنده، شامل خانواده‌ها و مراقبان آن‌ها.

مراقبت تسکینی، فرد و اهمیت و منحصر به فرد بودن خانواده/مراقب او را به رسمیت می‌شناسد. این روش، رنج‌های جسمی، اجتماعی، مالی، عاطفی و معنوی است که همه می‌توانند بر تجربه فرد و نتایج درمان او تأثیر بگذارند.

## مدافع عمومی (Public Advocate)

یک مقام رسمی که طبق قانون سرپرستی و مدیریت مصوب ۱۹۹۰ برای محافظت و ترویج حقوق بزرگسالان دارای معلولیت در تصمیم‌گیری می‌پردازد.

## دادگاه اداری ایالتی (SAT)

مرجع قضایی که تحت قانون سرپرستی و مدیریت مصوب ۱۹۹۰ به رسیدگی به موضوعات مربوط به عملکرد وکالت‌نامه دائمی سرپرستی و رهنمود پیشاپیش سلامت می‌پردازد.

## تصمیم‌گیری در مورد درمان

تصمیم به رضایت یا رد رضایت برای شروع یا ادامه هرگونه درمان

## درمان فوری (Urgent treatment)

درمانی که به‌صورت فوری برای بیمار مورد نیاز است تا جان فرد حفظ شود، از آسیب جدی به سلامت فرد جلوگیری شود یا برای جلوگیری از رنج بردن یا ادامه رنج کشیدن فرد از درد یا رنج مورد نیاز است.

## در زیر، اصطلاحات پزشکی مورد استفاده در رهنمود پیشاپیش سلامت آمده است.

### آنتی‌بیوتیک‌ها (Antibiotics)

نوعی دارو که برای درمان عفونت‌ها استفاده می‌شود.

### آبرسانی مصنوعی (Artificial hydration)

مایعاتی که از طریق لوله به داخل ورید، بافت یا معده داده می‌شوند.

### تغذیه مصنوعی (Artificial nutrition)

غذایی که از طریق لوله تغذیه از طریق بینی یا معده داده می‌شود.

### فرآورده‌های خونی (Blood products)

خون حاوی گلبول‌های قرمز، گلبول‌های سفید، پلاکت‌ها، آنتی‌بادی‌ها و پروتئین‌های حیاتی است، مانند پروتئین‌هایی که به توقف خون‌ریزی ما کمک می‌کنند. اصطلاح «فرآورده‌های خونی» شامل هر محصولی است که از یکی از اجزای خون مشتق شده باشد.

### انتقال خون (Blood transfusion)

خون یا فرآورده‌های خونی که از طریق لوله به رگ خونی بیمار داده می‌شود.

### احیای قلبی-ریوی (CPR)

اقدامات اضطراری برای حفظ ضربان قلب (با فشردن قفسه سینه و/یا استفاده از دفیبریلاتور) و تنفس با کمک ونتیلاتور (تنفس کمکی) (Assisted ventilation) در زمانی که قلب و/یا تنفس متوقف شده است.

### شیمی درمانی (Chemotherapy)

داروهایی که برای درمان سرطان استفاده می‌شوند. شیمی‌درمانی شامل استفاده از داروها برای از بین بردن یا متوقف کردن گسترش سلول‌های سرطانی در بدن است.

### دیالیز (Dialysis)

روشی که معمولاً در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه برای حذف مواد زائد از خون و اصلاح عدم تعادل مایعات و الکترولیت‌ها انجام می‌شود.

### بیماری (Disease)

بیماری یا ناخوشی با علائم مشخص و به‌خوبی تعریف‌شده.

### مراقبت‌های ویژه (Intensive care)

شاخه‌ای از پزشکی که به ارائه حمایت حیاتی یا حمایت از اعضای بدن برای افراد بسیار بیمار و نیازمند مراقبت‌های ویژه و پایش مداوم می‌پردازد. همچنین به عنوان پزشکی مراقبت‌های ویژه شناخته می‌شود.

### لوله گذاری (Intubation)

### و تهویه (Ventilation)

فرآیندهای پزشکی که زمانی استفاده می‌شوند که فرد قادر به تنفس مستقل نیست. لوله گذاری به معنای عبور یک لوله (معمولاً از طریق دهان فرد) به داخل ریه‌های او است. تهویه (Ventilation) به معنای عبور هوا از طریق لوله است.

### داخل وریدی (Intravenous)

کلمه‌ای به معنی «داخل وریدی» برای مثال، مایعات داخل وریدی مایعاتی هستند که از طریق تزریق یا سرم به رگ‌های فرد داده می‌شوند.

### بیماری یا مشکل پزشکی محدودکننده طول عمر

بیماری، مشکل پزشکی یا آسیبی که احتمالاً منجر به مرگ می‌شود، اما محدود به مرحله‌هایی که مرگ قریب‌الوقوع است، نمی‌شود.

### داروی تسکین درد

هر دارویی که با هدف کاهش درد تجویز می‌شود. داروهای مسکن ممکن است از طریق روش‌های مختلفی از جمله خوراکی، تزریقی یا از طریق چسب پوستی داده شوند.

### بیمار (Patient)

هر فردی که نیاز به درمان دارد.

### فلج شدن (Paralysis)

از دست دادن توانایی استفاده یا کنترل عضلات خاصی در بدن. فلج شدن اغلب در اثر آسیب عصبی ایجاد می‌شود.

### سپسیس (عفونت شدید خون) (Sepsis)

یک وضعیت تهدیدکننده جان است که زمانی رخ می‌دهد که بدن در پاسخ به یک عفونت، به بافت‌ها و اندام‌های خود آسیب می‌رساند. سپسیس می‌تواند منجر به شوک سپتیک، نارسایی اندام و حتی مرگ شود اگر سپسیس به موقع تشخیص داده نشود و درمان نگردد.

### سکته مغزی (Stroke)

از دست دادن ناگهانی عملکرد مغز ناشی از انسداد یا پارگی رگ خونی مغز که با از دست دادن کنترل عضلانی، کاهش یا از دست دادن حس یا هوشیاری، گیجی، لکنت زبان یا سایر علائمی که با میزان و شدت آسیب به مغز متفاوت است، مشخص می‌شود.



## نمونه‌ای از یک رهنمود پیشاپیش سلامت

صفحات بعدی نمونه‌ای از یک رهنمود پیشاپیش سلامت تکمیل شده را ارائه می‌دهند. شما می‌توانید برای تهیه و تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت خود به این صفحات مراجعه کنید.

به یاد داشته باشید، تکمیل رهنمود پیشاپیش سلامت شما زمان می‌برد. نیازی نیست که شما آن را به یکباره تکمیل کنید. شما می‌توانید آن را به صورت قسمت‌قسمت تکمیل کنید.

### فرم‌های اضافی که ممکن است هنگام تنظیم رهنمود پیشاپیش سلامت مورد نیاز باشند

یک رهنمود پیشاپیش سلامت تکمیل نشده به عنوان پیوست همراه با این راهنما ارائه شده است.

صفحات بیشتر برای استفاده در دسترس هستند اگر:

- برای تکمیل بخش ۴.۱ – سایر تصمیمات درمانی حفظ جان، به فضای بیشتری نیاز دارید
- برای تکمیل بخش ۴.۲ – سایر تصمیمات درمانی، به فضای بیشتری نیاز دارید
- شما از خدمات یک مترجم شفاهی و یا مترجم کتبی برای تنظیم رهنمود پیشاپیش سلامت خود استفاده کرده‌اید – بیانیه مترجم شفاهی / کتبی.
- شما از هر نوع علامتی غیر از امضا برای امضای بند مارکسمن (Marksman clause) رهنمود پیشاپیش سلامت خود استفاده کنید.

این اسناد را می‌توان از آدرس زیر دانلود کرد [healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives](https://healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives) یا نسخه‌های چاپی آن را می‌توانید از طریق خط اطلاعات برنامه‌ریزی مراقبت‌های آینده وزارت بهداشت به شماره تلفن 9222 2300 یا از طریق ایمیل [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au) سفارش دهید.



## Advance Health Directive

This form is for people who want to make an Advance Health Directive in Western Australia.

To make an Advance Health Directive, you **must** be 18 years or older and have full legal capacity. Your Advance Health Directive is about your future treatment. It will only come into effect if you are unable to make reasonable judgements or decisions at a time when you require treatment.



Part 4 marked with this symbol, contains your treatment decisions. If you choose not to make any treatment decisions in Part 4, then the document is not considered a valid Advance Health Directive under the *Guardianship and Administration Act 1990*.

Please tick the box below to indicate that by making this Advance Health Directive you revoke all prior Advance Health Directives completed by you.

In making this Advance Health Directive, I revoke all prior Advance Health Directives made by me.

This form includes instructions to help you complete your Advance Health Directive. For more information on how to complete the form and to see examples, please read the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia*.

Before you make your Advance Health Directive, you are encouraged to seek medical and/or legal advice, and to discuss your decisions with family and close friends. It is important that people close to you know that you have made an Advance Health Directive and where to find it. Once you complete your Advance Health Directive, it is recommended that you:

- store the original in a safe and accessible place
- tell your close family and friends that you have made an Advance Health Directive and where to find it
- upload a copy of your Advance Health Directive to My Health Record – this will ensure that your Advance Health Directive is available to your treating doctors if it is needed. You may need to scan your document in black and white rather than colour to reduce the PDF file size
- give a copy of your Advance Health Directive to health professionals regularly involved in your health care (for example, your General Practitioner (GP), a hospital you attend regularly, and/or other health professionals involved in your care).

This form must be completed in English. If English is not your first language, you may choose to engage an interpreter and/or translator. The National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) have an online directory which lists qualified and credentialed interpreters and translators able to assist you.

## Advance Health Directive

### Part 1: My personal details

#### You must complete this section

You **must** complete this section.

You **must** include the date, your full name, date of birth and address.

This Advance Health Directive is made under the **Guardianship and Administration Act 1990 Part 9B** on the:

of:	15th	(day)
	October	(month)
	2021	(year)
by:	Marie Catherine Richards	(name)

Full name	Marie Catherine Richards		
Date of birth	3rd October 1951		
Address	5 Richmond Street		
	Canning Vale	WA	6155
	Suburb	State	Postcode
Phone number	9000 0000		
Email	marierichards@gmail.com.au		

## Part 2: My health

### 2.1 My major health conditions

Use Part 2.1 to list details about your major health conditions (physical and/or mental).

Cross out Part 2.1 if you do not want to complete it.

Please list any major health conditions below:

*I was diagnosed with bowel cancer 7 years ago. I had surgery and chemotherapy.*

*I am in remission but have been told there is a chance the cancer may come back.*

*I also have high blood pressure and cholesterol. I am on medication for the blood pressure.*

### 2.2 When talking with me about my health, these things are important to me

Use Part 2.2 to provide information about what is important to you when talking about your treatment.

This might include:

- How much do you like to know about your health conditions?
- What do you need to help you make decisions about treatment?
- Would you like to have certain family members with you when receiving information from your health professionals?

Cross out Part 2.2. if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you when talking to health professionals about your treatment:

*I like to know as much as I can about all my health conditions.*

*It takes me a long time to understand what my GP and health professionals tell me in appointments. I like to take my son with me to appointments – he knows how best to explain everything to me.*



## Advance Health Directive

### Part 3: My values and preferences

This part encourages you to think about your values and preferences relating to your health and care now and into the future. This may help you to decide what future treatment decisions you want to make in Part 4: My Advance Health Directive Treatment Decisions.

In this part, you are not making decisions about your future treatment. Use Part 4 to make decisions about your future treatments.

**Cross out any parts that you do not want to complete.**

#### 3.1 These things are important to me

**Use Part 3.1 to provide information about what 'living well' means to you now and into the future.**

This might include:

- What are the most important things in your life?
- What does 'living well' mean to you?

**Cross out Part 3.1 if you do not want to complete it.**

Please describe what 'living well' means to you now and into the future. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe:

*My family and friends are the most important thing in my life. I also like to go to my local lawn bowls at the community centre where I have a regular group of friends that I bowl with every week. I would like to keep visiting them and bowling for as long as I can.*

- Spending time with family and friends
- Living independently
- Being able to visit my home town, country of origin, or spending time on country
- Being able to care for myself (e.g. showering, going to the toilet, feeding myself)
- Keeping active (e.g. playing sport, walking, swimming, gardening)
- Enjoying recreational activities, hobbies and interests (e.g. music, travel, volunteering)
- Practising religious, cultural, spiritual and/or community activities (e.g. prayer, attending religious services)
- Living according to my cultural and religious values (e.g. eating halal, kosher foods only)
- Working in a paid or unpaid job

**Part 3: My values and preferences**

**3.2 These are things that worry me when I think about my future health**

**Use Part 3.2 to provide information about things that worry you about your future health.**

This might include:

- Being in constant pain.
- Not being able to make your own decisions.
- Not being able to care for yourself.

**Cross out Part 3.2 if you do not want to complete it.**

Please describe any worries you have about the outcomes of future illness or injury:

*I have occasional aches and pains that come with being 70 years old but I really worry about constant pain. I don't think I could cope if I was always in pain.*

*I also worry about my family and friends not being able to understand me and about not being able to communicate as I have always done.*

**3.3 When I am nearing death, this is where I would like to be**

**Use Part 3.3 to indicate where you would like to be when you are nearing death.**

When you are nearing death, do you have a preference of where you would like to spend your last days or weeks?

**Cross out Part 3.3. if you do not want to complete it.**

Please indicate where you would like to be when you are nearing death. Tick the option that applies you. You can provide more detail about the option you choose in the space below.

- I want to be at home – where I am living at the time
- I do not want to be at home – provide more details below
- I do not have a preference – I would like to be wherever I can receive the best care for my needs at the time
- Other – please specify:

Please provide more detail about your choice:

*I would really like to stay at home for as long as possible. If my family find it too hard to look after me at home, then I understand it will be best if I move into a nursing home. I trust them to choose a home that is right for me.*

Part 3: My values and preferences

3.4 When I am nearing death, these things are important to me

Use Part 3.4 to provide information about what is important to you when you are nearing death.

This might include:

- What would comfort you when you are dying?
- Who would you like around you?

Cross out Part 3.4 if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you and what would comfort you when you are nearing death. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe: *I grew up on a farm in the country so I would really like to visit the countryside and be near open spaces as I am nearing death.*

- I do not want to be in pain, I want my symptoms managed, and I want to be as comfortable as possible. (Please provide details of what being comfortable means to you)

- I want to have my loved ones and/or pets around me (Please provide details of who you would like with you)

*I would like my sister, my children, grandchildren and my dog, Abbey, to be with me.*

- It is important to me that cultural or religious traditions are followed (Please provide details of any specific traditions that are important for you)

- I want to have access to pastoral/spiritual care (Please provide details of what is important for you)

- My surroundings are important to me (e.g. quiet, music, photographs) (Please provide details of what is important for you.)

**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**

This part of your Advance Health Directive contains treatment decisions in respect of your future treatment. A **treatment** is any medical or surgical treatment (including palliative care and life-sustaining measures such as assisted ventilation and cardiopulmonary resuscitation), dental treatment, or other health care.

A **treatment decision** in an Advance Health Directive is a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of any treatment and includes a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of the person's participation in medical research. This decision applies at any time you are unable to make reasonable judgements in respect of that treatment.

Treatment to which you consent in this Advance Health Directive can be provided to you. Treatment to which you refuse consent to in this Advance Health Directive cannot be provided to you. Your enduring guardian or guardian or another person cannot consent or refuse consent on your behalf to any treatment to which this Advance Health Directive applies.

It is recommended that you discuss your treatment decisions with your doctor before completing this part.

**Cross out any parts if you do not want to complete them.**

**Note: You MUST make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.**



**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.1 Life-sustaining treatment decisions**

**Use Part 4.1 to indicate your instructions for future life-sustaining treatments.**

You can give an overall instruction or list individual treatments that you consent or refuse consent to receiving in future. You can also list circumstances in which you consent or refuse consent to a particular treatment.

Life-sustaining treatments are treatments used to keep you alive or to delay your death.

If you refuse all life-sustaining treatments, health professionals will still provide care to minimise pain and make you comfortable. If you do not want palliative care treatments, specify this in Part 4.2.

Read all options before making a decision. The options are over 2 pages.

**Cross out Part 4.1 if you do not want to complete it.**

**Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.**

If you select Option 5, it is not considered a treatment decision and you will need to make at least one treatment decision in Part 4.2 or Part 4.3.

If I do not have the capacity to make or communicate treatment decisions about my health care in the future, I make the following decisions about life-sustaining treatment:

**Tick only one of the following options. If you choose Option 4, complete the table overleaf.**

<b>Option 1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>I consent to all</b> treatments aimed at sustaining or prolonging my life.
Or		
<b>Option 2</b>	<input type="checkbox"/>	<b>I consent to all</b> treatments aimed at sustaining or prolonging my life unless it is apparent that I am so unwell from injury or illness that there is no reasonable prospect that I will recover to the extent that I can survive without continuous life-sustaining treatments. In such a situation, I withdraw consent to life-sustaining treatments.
Or		
<b>Option 3</b>	<input type="checkbox"/>	<b>I refuse consent to all</b> treatments aimed at sustaining or prolonging my life.
Or		
<b>Option 4</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>I make the following decisions about specific life-sustaining treatments as listed in the table below.</b> (Tick a box in each row of the table).
Or		
<b>Option 5</b>	<input type="checkbox"/>	<b>I cannot decide at this time.</b>

**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued***

**Please complete this table if you have ticked Option 4 above.  
If you have ticked Option 1, 2, 3 or 5, do not complete this table.**

This table lists some common life-sustaining treatments. Use the boxes to indicate which treatments you consent to or refuse consent to receiving. You can also list circumstances in which you consent to treatment. There is also space for you to add any life-sustaining treatments not listed here. To add any other life-sustaining treatments you do/do not consent to receiving, use the additional pages for Part 4.1 Other life-sustaining treatment decisions.

Please see the *Guide to Making an Advance Health Directive in WA* for how to access and complete the additional pages for Part 4.1.

Tick one box per row in the table below.

If you choose Option B for any treatments, please specify the circumstances in which you consent to the treatment.

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
<b>CPR</b> Cardiopulmonary resuscitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
<b>Assisted ventilation</b> A machine that helps you breathe using a face mask or tube	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment? <i>Only if this treatment was temporary and if I could then return home, even with oxygen. I do not want to be permanently on a breathing machine in hospital or in a nursing home.</i>			
<b>Artificial hydration</b> Fluids given via a tube into a vein, tissues or the stomach	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.1 Life-sustaining treatment decisions** *continued*

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
<b>Artificial nutrition</b> A feeding tube through the nose or stomach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?				
Receiving blood products such as a blood transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?				
<b>Antibiotics</b> Drugs given to help fight infection, given by mouth, injection or by drip tube	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?				
Other life-sustaining treatment (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment:	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
<input type="checkbox"/> I have made other life-sustaining treatment decisions using the template and attached <input type="text"/> (specify number of pages) additional pages.				

**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.2 Other treatment decisions**

**Use Part 4.2 to indicate your decisions for other (non-life-sustaining) treatments.**

There are a range of other treatments that may be options for you in future. Examples include treatments for mental health (e.g. electroconvulsive therapy) and drugs used to prevent certain health conditions (e.g. aspirin, cholesterol treatments).

When making the treatment decision, list the circumstances in which you want your decision to apply (e.g. in all circumstances, or specify particular circumstances).

A treatment decision only applies in the circumstances you specify.

Please ensure you indicate in the 'My treatment decisions' column whether you consent or refuse consent to any treatment you refer to.

If you need more space, use the additional pages for Part 4.2 Other treatment decisions, see the *Guide to Making an Advance Health Directive in WA* for how to access and complete the additional pages for Part 4.2.

**Cross out Part 4.2 if you do not want to complete it.**

**Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.**

Health circumstances	My treatment decisions
<p><i>Do not give me cholesterol absorption inhibitors.</i></p> <p><i>I cannot tolerate the side effects.</i></p>	<p><i>I have very high cholesterol</i></p>
<p><input type="checkbox"/> I have made more treatment decisions using the template and attached <input type="text"/> (specify number of pages) additional pages.</p>	



Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research

**Use Part 4.3 to provide treatment decisions about the types of medical research you consent or refuse consent to take part in, and any circumstances in which these decisions apply.**

Taking part in medical research may be an option for you even if you are unable to make or communicate decisions.

A treatment decision may include deciding whether to start or continue to take part in medical research. Your involvement in medical research, and any treatments you receive as part of the medical research, must be consistent with what you have agreed in your Advance Health Directive. The decisions you make in your Advance Health Directive about participating in medical research only operate while you are alive.

If you do not make a decision about participation in medical research, Part 9E of the *Guardianship and Administration Act 1990* will operate as to how decisions will be made about participation in medical research.

**Cross out Part 4.3 if you do not want to complete it.**

**Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.**

Please tick a box showing whether you consent to taking part in the listed medical research activities and the circumstances in which you would consent. You may tick more than one circumstance for each research activity.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
The administration of pharmaceuticals or placebos (inactive drug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
The use of equipment or a device	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Providing health care that has not yet gained the support of a substantial number of practitioners in that field of health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Providing health care to carry out a comparative assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Taking blood samples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taking samples of tissue or fluid from the body, including the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any non-intrusive examination of the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A non-intrusive examination of height, weight or vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Being observed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Undertaking a survey, interview or focus group	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Collecting, using or disclosing information, including personal information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considering or evaluating samples or information taken under an activity listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Any other medical research not listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Part 5: People who helped me complete this form

5.1 Did you use the services of an interpreter and/or a translator when completing this form?

Use Part 5.1 to show whether you engaged an interpreter and/or translator in completing this form.

If English is not your first language, you can engage an interpreter and/or translator when completing this form.

If you engaged an interpreter and/or translator when making this Advance Health Directive, your interpreter/translator should complete the interpreter/translator statement and attach it to your Advance Health Directive. Please see the *Guide to Making an Advance Health Directive in WA* for how to access and complete the interpreter/translator statement.

Cross out Part 5.1 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	<input checked="" type="checkbox"/>	English is my first language – I did not need to engage an interpreter and/or translator.
Option 2	<input type="checkbox"/>	English is <b>not</b> my first language – I engaged an interpreter and/or translator when making this Advance Health Directive and I have attached an interpreter/translator statement.
Option 3	<input type="checkbox"/>	English is <b>not</b> my first language – I did <b>not</b> engage an interpreter and/or translator when making this Advance Health Directive.

**Part 5: People who helped me complete this form**

**5.2 Have you made an Enduring Power of Guardianship (EPG)?**

**Use Part 5.2 to indicate whether you have made an Enduring Power of Guardianship (EPG) and provide details if relevant.**

An Enduring Power of Guardianship (EPG) allows you to name and legally appoint one or more people to make decisions about your lifestyle and health care if you lose capacity.

A person you appoint to make decisions on your behalf is called an enduring guardian.

An enduring guardian cannot override decisions made in your Advance Health Directive.

**Cross out Part 5.2 if you do not want to complete it.**

Tick the option that applies to you:

<b>Option 1</b>	<input type="checkbox"/>	I have <b>not</b> made an Enduring Power of Guardianship.
<b>Option 2</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	I <b>have</b> made an Enduring Power of Guardianship.

My EPG was made on:

	<input type="text" value="10th"/>	(day)
of:	<input type="text" value="March"/>	(month)
	<input type="text" value="2015"/>	(year)

My EPG is kept in the following place (be as specific as possible):

*The top drawer of my office drawers with my birth certificate.*

**I appointed the following person/s as my enduring guardian:**

Name:  Phone:

Joint Enduring Guardian (if appointed):

Name:  Phone:

**Substitute enduring guardian/s (if any):**

Name:  Phone:

Other substitute enduring guardian (if more than one):

Name:  Phone:

## Advance Health Directive

### Part 5: People who helped me complete this form

#### 5.3 Did you seek medical and/or legal advice about making this Advance Health Directive?

Use Part 5.3 to indicate whether you obtained medical and/or legal advice before making this Advance Health Directive and provide details if relevant.

You are encouraged (but not required) to seek medical and/or legal advice to make an Advance Health Directive.

Cross out Part 5.3 if you do not want to complete it.

##### Medical advice

Option 1

I did **not** obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.

Option 2

I **did** obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained medical advice from:

Name:

*Dr Alan Ng*

Phone:

*9000 0000*

Practice:

*Shepperton Road Family Practice*

##### Legal advice

Option 1

I did **not** obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.

Option 2

I **did** obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained legal advice from:

Name:

Phone:

Practice:

**Part 6: Signature and witnessing**

**You must complete this part**

- You **must** sign this Advance Health Directive in the presence of 2 witnesses. If you are physically incapable of signing this Advance Health Directive, you can ask another person to sign for you. You must be present when the person signs for you.
- 2 witnesses must be present when you sign this Advance Health Directive or when another person signs for you.
- Each of the witnesses must be 18 years of age or older and cannot be you or the person signing for you (if applicable).

At least one of the witnesses must be authorised by law to take statutory declarations.

The witnesses must also sign this Advance Health Directive. Both witnesses must be present when each of them signs. You and the person signing for you (if applicable) must also be present when the witnesses sign.

- If you need to use a marksman clause to sign this Advance Health Directive, you should complete the marksman clause template and attach it to your Advance Health Directive. Please see the *Guide to Making an Advance Health Directive in WA* for how to access and complete the marksman clause.

**You must sign this form in the presence of 2 witnesses. Both witnesses must be present when you sign this form. The witnesses must sign in each other's presence.**

Signed by: (signature of person making this Advance Health Directive)

	Date: (dd/mm/year)	04/08/2022
---	--------------------	------------

Or


Signed by: (name of person who the maker of Advance Health Directive has directed to sign)

	Date: (dd/mm/year)	
--	--------------------	--


In the presence of, and at the direction of: (insert name of maker of Advance Health Directive)

	Date: (dd/mm/year)	
--	--------------------	--

Witnessed by a person authorised by law to take statutory declarations:

Authorised witness's signature:	
Authorised witness's full name:	Georgina Tulloch
Address:	16 Wallock Street, West Leederville, WA 6007
Occupation of authorised witness:	Teacher
Date: (dd/mm/year)	04/08/2022

And witnessed by another person:

Witness's signature:	
Witness's full name:	Robert Williams
Address:	45 Fort Avenue, Wembley, WA 6014
Date: (dd/mm/year)	04/08/2022





این سند می‌تواند در قالب‌های دیگری نیز ارائه شود  
(با شماره تلفن 9222 2300 تماس بگیرید یا به  
[acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au) ایمیل بزنید).

Department of Health 2025 ©

حق نشر (کپی‌رایت) این متن در اختیار ایالت استرالیای غربی است مگر اینکه خلاف آن مشخص شده باشد. به جز استفاده‌های منصفانه برای مقاصد مطالعه خصوصی، پژوهش، نقد یا بررسی که طبق مفاد قانون حق نشر (کپی‌رایت) مصوب ۱۹۶۸ مجاز است، هیچ بخشی از این اثر را نمی‌توان بدون کسب اجازه کتبی از دولت ایالت استرالیای غربی بازتولید یا استفاده مجدد نمود.