



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
ירושלים
Ministry Of Health
Jerusalem

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות
The Central Data Bank of
Advance Medical Directives

כ"ו בתשרי תשס"ח
9 באוקטובר, 2007

הנדון: הנחיות רפואיות מקדימות

בהתאם לבקשתך, רצ"ב מעבירה אליך טופס הנחיות רפואיות מקדימות (תוספת ראשונה לחוק) וכן טופס ייכוי כוח (תוספת שנייה לחוק). **ניתן למלא את שניהם או אחד מהם, בהתאם להחלטתך.**

עליך לצרף להנחיות צילום ת.ז. וספח וכן תמצית מידע רפואי הכולל את המינוחים הרפואיים אותם על הרופא להסביר לך, כאמור בחוק, בסעיפים 32 (א) ו- 33 (א), (ב) (1) ו- (2) – כדלהלן:

32. (א) הנחיות רפואיות מקדימות יינתנו לאחר שהנותן קיבל מרופא או מאחות מוסמכת מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות (בחוק זה – מוסר המידע).

33. (א) הנחיות רפואיות מקדימות יינתנו בכתב, על גבי טופס הנחיות רפואיות מקדימות שנוסחו מובא בתוספת הראשונה, בהתיימט ידו של נותן הנחיות בפני שני עדים שאין להם אינטרס כלכלי או אחר בנותן הנחיות, ושאינם מיופה כוח, אך יכול שאחד העדים יהיה מוסר המידע; העדים יאשרו באותו מעמד בהתיימט ידם על גבי טופס הנחיות הרפואיות המקדימות שנותן הנחיות חתם כאמור.

(ב) הנחיות רפואיות מקדימות יכול שיכללו הגדרה של נותן ההנחיות לסבל משמעותי ויכללו גם הצהרה כי ההנחיות ניתנו מתוך רצון חופשי, על יסוד הבנה ושיקול דעת; תמצית המידע הרפואי שניתן לנותן ההנחיות כאמור בסעיף 32; התמצית תירשם בידי מוסר המידע אשר יאשר בהתיימט ידו כי מסר לנותן ההנחיות מידע וכי הסביר לנותן ההנחיות את כל המונחים הרפואיים בהתאם להוראות סעיף 13 (ב) לחוק זכויות החולה".

רחי שלום יהודה 4, תלפיות ירושלים, מיקוד: 93480; ת.ד. 1176, מיקוד: 91010
פקס: 02-6706922, טל: 02-6706825

4 Shalom Ychuda St. Jerusalem 93480; P.O.B.1176, 91010,
Fax: 02-6706922, Tel: 02-6706825

אתר: www.health.gov.il/term-ill דוא"ל: maagar.meida@moh.health.gov.il



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
ירושלים
Ministry Of Health
Jerusalem

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות
The Central Data Bank of
Advance Medical Directives

- 2 -

את ההנחיות המלאות, יש לשלוח אלינו בדואר רשום (כמתבקש בחוק) לפי הכתובת:

משרד הבריאות
המרכז להנחיות רפואיות מקדימות
רח' בן טבאי 2
ירושלים

לשאלות ובירורים נוספים, ניתן לפנות לטלפון 02-6706825.

מכבוד רב,
אתי בנטון
מנהלת אישום

העתק: דר' מרדכי הלפרין- הממונה על אישום חוק החולה הנוטה למות

רח' שלום יהודה 4, תלפיות ירושלים, מיקוד: 93480; ת.ד. 1176, מיקוד: 91010
פקס: 02-6706922, טל: 02-6706825

4 Shalom Ychuda St. Jerusalem 93480; P.O.B.1176, 91010.
Fax: 02-6706922, Tel: 02-6706825

אתר: www.health.gov.il/term-ill דוא"ל: maagar.meida@moh.health.gov.il e-mail:

תוספת ראשונה

הנחיות רפואיות מקדימות לטיפול רפואי עתידי בחולה הנוטה למות

(סעיף 31)

טופס זה מיועד למילוי בידי אדם הרוצה ליתן הנחיות רפואיות מקדימות* –

- (1) בדבר הימנעות מטיפולים רפואיים הנהוגים בישראל (א');
או (2) בדבר קבלת טיפולים רפואיים להארכת חיים, אף אם אין לכך הצדקה, בנסיבות הענין (ב').

אני החתום מטה _____ ת.ז. _____, שנת לידה _____, _____
מען _____,
בעל כשרות כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (להלן: חוק החולה הנוטה למות), נותן בזה, לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות, הנחיות רפואיות מקדימות:

לצורך מתן ההנחיות הרפואיות המקדימות אני מצהיר כדלקמן:

(א) מצבי הרפואי הנוכחי הוא:

בריא בדרך כלל

נקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות

(2) קיבלתי מידע רפואי * מ - _____.

פירוט המידע (יירשם על ידי הרופא המומחה, הרופא או האחות, לפי הענין):

_____.

* מידע רפואי – (1) לאדם שנקבע לגביו שהוא חולה נוטה למות, יימסר על ידי רופא מומחה מידע בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע רפואי בדבר מצבו שהוא רלוונטי למתן ההנחיות וכן מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות.
(2) לאדם שלא נקבע לגביו שהוא חולה הנוטה למות, יימסר על ידי רופא או אחות מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות.

* הנחיות רפואיות מקדימות ניתנות בידי אדם בעל כשרות, שבהן הוא מפרט את רצונו לגבי טיפול רפואי עתידי בו אם יהיה חולה הנוטה למות, שאינו בעל כשרות, או חולה הנוטה למות במצב סופי שאינו בעל כשרות.

(ב) ידוע לי כי ההנחיות ייכנסו לתוקף, כלומר שהטיפול הרפואי שיינתן לי יהיה בהתאם להנחיות אלה רק אם יקבע לגבי שאני חולה הנוטה למות ולאחר הוצאתי מחזקת היותי כשר, ואני סובל סבל משמעותי, והכל לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות.

(ג) ידוע לי שאם יקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות, אך לא הוצאתי מחזקת כשרותי, יגבר רצוני על האמור בהנחיות אלה.

(ד) ידוע לי כי אני רשאי לשנות או לבטל הנחיות רפואיות מקדימות אלה בכל עת, וכל עוד לא ייקבע לגבי שאיני בעל כשרות כאמור בחוק החולה הנוטה למות; אופן הביטול יהיה בהנחיות רפואיות חדשות, או בטופס ביטול בנוסח שבתוספת הרביעית השלישית.

(ה) ידוע לי כי תוקף הנחיות אלה הוא חמש שנים או עד לתקופה שאינה עולה על חמש שנים, כמצויין להלן: _____ (ניתן למלא תאריך שאינו עולה על חמש שנים מתאריך החתימה על ההנחיות הרפואיות המקדימות).
בתום התקופה האמורה יכול ורופא אחראי יתחשב בהנחיות אלה.

א. הוראות רפואיות מקדימות להימנע מטיפול רפואי מאריך חיים

1א. (1) סבל משמעותי

ידוע לי כי רק אם אהיה במצב של סבל משמעותי, כפי שייקבע על ידי להלן, ואהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, ימנעו מטיפול רפואי בי בהתאם להנחיות הרפואיות המקדימות שבמסמך זה; סבל משמעותי עבורי הוא (סמן ומלא את אחת האפשרויות) -

הזקקות למתן מזון באמצעים מלאכותיים;

מצב בו אני מחוסר הכרה;

מצב בו אני משותק בארבע גפיים;

מצב של שטיון;

הזקקות לכל טיפול רפואי מהבאים - _____

מצב מהבאים - _____

(2) ידוע לי כי אם לא מילאתי מהו סבל משמעותי עבורי בפיסקה (1) לעיל
 אחשב כסובל סבל משמעותי רק אם אסבול כאב או סבל, שאדם סביר היה
 מוכן לעשות מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו, אף אם הדבר כרוך
 בפגיעה משמעותית באיכות חייו או בתוחלת חייו, ורק במצב זה, אם אהיה
 חולה נוטה למות חסר כשרות, יפעלו בהתאם להנחיות רפואיות אלה.

א.2. במצב של חולה הנוטה למות אלו הפעולות שיש להימנע מחק את המיותר
 מלתיתן :

- (א) ביצוע החייאה להימנע/ לא להימנע
- (ב) ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני להימנע/ לא להימנע
- (ג) ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה להימנע/ לא להימנע
- (ד) ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה להימנע/ לא להימנע
- (ה) ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי להימנע/ לא להימנע
- (ו) חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן להימנע/ לא להימנע
 אם סימנת שלא להימנע, יש לציין את משך הזמן _____ ימים/שבועות/ חודשים/ **ללא הגבלה** (מחק את המיותר)
- (ז) חיבור לדיאליזה להימנע/ לא להימנע
 אם סימנת לא להימנע, האם להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול להימנע/ לא להימנע
- (ח) ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי) להימנע/ לא להימנע
- (ט) ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית) להימנע/ לא להימנע
- (י) הקרנות במחלה ממארת להימנע/ לא להימנע

- (יא) כימותרפיה במחלה ממארת להימנע/ לא להימנע
- (יב) אנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפולם להימנע/ לא להימנע
- (יג) בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור) להימנע/ לא להימנע

במצב של חולה הנוטה למות במצב סופי : מחק את המיותר

א.3.

- (א) ביצוע החייאה להימנע/ לא להימנע
- (ב) ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני להימנע/ לא להימנע
- (ג) ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה להימנע/ לא להימנע
- (ד) ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה להימנע/ לא להימנע
- (ה) ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי להימנע/ לא להימנע
- (ו) חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן להימנע/ לא להימנע
- אם סימנת שלא להימנע, יש לציין את משך הזמן _____ ימים/שבועות/ חודשים/ללא הגבלה (מחק את המיותר)
- (ז) חיבור לדיאליזה להימנע/ לא להימנע
- אם סימנת לא להימנע, האם להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול להימנע/ לא להימנע
- (ח) ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי) להימנע/ לא להימנע
- (ט) ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית) להימנע/ לא להימנע
- (י) הקרנות במחלה ממארת להימנע/ לא להימנע

- (יא) כימותרפיה במחלה ממארת להימנע/ לא להימנע
- (יב) אנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפולים להימנע/ לא להימנע
- (יג) בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור) להימנע/ לא להימנע
- (יד) טיפולים שגרתיים, כגון מתן אנטיביוטיקה, דם ומוצריו להימנע/ לא להימנע
- (טו) טיפולים במחלות נלוות, כגון מתן אינסולין להימנע/ לא להימנע
- (טז) מתן מזון ונוזלים בדרך מלאכותית להימנע/ לא להימנע
- (יז) מתן תרופות וטיפולים מקלים להימנע/ לא להימנע

* לענין הטיפולים הנלווים המנויים בסעיפים (יד) עד (יז), קובע חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, כי רק חולה הנוטה למות בשלב סופי, שהוא חסר כשרות, הסובל סבל משמעותי, יכול להורות להימנע מהם.

4א. הוראות למצב חירום *

* מצב חירום – מצב בו נדרש טיפול מיידי שאם לא כן החולה ימות.
(יש למלא סעיף זה רק אם ברצונך ליתן הנחיה לגבי מצב חירום שונה מהאמור לעיל)
5א. הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל: _____

ב. הוראות רפואיות מקדימות למתן טיפול רפואי חריג גם כאשר

לדעת המטפלים אין להם הצדקה בנסיבות הענין

11. יש לנקוט בכל דרך רפואית אפשרית על מנת להאריך את חיי גם אם הפעולות הללו יוסיפו סבל, וגם אם הרופאים המטפלים בי יחשבו שאין הצדקה לנקוט בפעולות כאלו. בכלל בקשתי זו: לבצע החייאה מלאה, לצנרר את הקנה, לחבר למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית), לתת טיפולים בדיאליזה, בכימותרפיה, ברדיותרפיה, באנטיביוטיקה, בדם ובמוצרי, במזון ובנוזלים בכל דרך אפשרית, ובכל טיפול רפואי רלוונטי שמטרתו היא הארכת חיי.

- הוראות אלה יחולו בעת שאהיה חולה הנוטה למות

(כשתוחלת החיים עד 6 חודשים)

- חולה הנוטה למות במצב סופי

(כשתוחלת החיים פחות משבועיים)

ניתן למלא אחת משתי האפשרויות או את שתיהן.

- הוראות אלה כוללות טיפולים ניסויים / לא כוללות טיפולים ניסויים (מחק את המיותר)

22. הוראות למצב חירום _____

(יש למלא סעיף זה רק אם ברצונך ליתן הנחיה לגבי מצב חירום שונה מהאמור לעיל)

33. הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל: _____

- ג. (1) בנוסף להנחיות רפואיות מקדימות אלה נתתי גם ייפוי כוח, ואני מנחה את המטפלים בי לפעול הן בהתאם לייפוי הכוח האמור (סמן והן בהתאם להנחיות רפואיות אלה. אם כן) ידוע לי כי בהעדר הוראה לפי סעיף 2 להלן בקשר לסתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי הכוח, תהיה עדיפה ההנחיה הרפואית המקדימה, ואולם אם יפוי הכוח ניתן תקופה משמעותית לאחר מתן ההנחיה תכריע בדבר וועדה מוסדית.

(2) כן אני מנחה בזה כי במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין

הוראה של מיופה כוח, תגבר הוראה של –

הנחיה רפואית מקדימה הוראה של מיופה כוח

(בחר באחת החלופות)

(3) הוראות נוספות בדבר סתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי כוח –

הצהרה וחתומה

יידוע אנשים נוספים על ההנחיות

(אין חובה ליידע, אולם יש בכך כדי לשפר את הסיכוי ליישום יעיל ונכון של ההנחיות ;
נא לסמן באופן ברור ולהשלים את הפרטים כנדרש).

אני מצהיר/ה בזה כי שוחחתי עם האנשים הרשומים מטה אודות מסמך זה,

וכי נתתי להם עותק מהמסמך הזה / לא נתתי להם עותק מהמסמך הזה (מחק את
המיותר).

בן זוג פרטיו :

(יש למלא שם, כתובת, טל')

בן משפחה פרטיו :

רופא פרטיו :

עו"ד פרטיו :

רב/כומר/קאדי פרטיו :

אחר פרטיו :

(* ימולא רק אם נותן ההנחיה שוחח עם מי מהאנשים המנויים לעיל ו/או נתן לאנשים
אלה עותק)

חתימת נותן ההנחיות הרפואיות המקדימות*

(יש לחתום בפני שני עדים)

אני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי, ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר..

חתימה _____ טלפון _____ טל. נייד _____
תאריך _____

(במידה ונותן ההנחיות אינו דובר או קורא עברית, יש לצרף אישור של מי שתרגם את ההסברים וההוראות שבטופס עבורו)

חתימת עדים

(שני העדים צריכים לחתום באותו מעמד)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל

מוכר/ת לנו אישית

הזדהה/תה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה

(יש לסמן אחת משתי האפשרויות)

עשה/תה כן בנוכחותי, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא עירני/ת מדבר/ת לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו/ה.

[בצ"ע: אני מצהיר שאינני מיופה כוחו/ה של החתום/ה ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם/ת המסמך.

(גם לבני משפחה, רופאים, עו"ד וכו' יכולים להיות אינטרסים כלכליים)

עד : שם _____ ת.ז. _____ מען _____

טלפון _____ טל. נייד _____

חתימה _____ תאריך _____

עד : שם _____ ת.ז. _____ מען _____

טלפון _____ טל. נייד _____

חתימה _____ תאריך _____

חתימת מוסר המידע הרפואי

אני _____ , רופא מומחה * , מאשר בזאת כי רשמתי את תמצית המידע הרפואי ומסרתי למר /גב' _____ בתאריך _____ הסבר בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע רפואי בדבר מצבו שהוא רלוונטי למתן ההנחיות וכן מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות. עוד אני מאשר כי הסברתי לו את המונחים הרפואיים שבטופס זה, וכי התרשמתי כי הוא הבין את המידע שמסרתי לו.

* ימולא כאשר נקבע לגבי נותן ההנחיות כי הוא חולה הנוטה למות.

אני _____ רופא/ אחות מוסמכת * (מחק את המיותר) מאשר בזאת כי רשמתי את תמצית המידע הרפואי ומסרתי למר /גב' _____ בתאריך _____ מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות. עוד אני מאשר כי הסברתי לו את המונחים הרפואיים שבטופס זה, וכי התרשמתי כי הוא הבין את המידע שמסרתי לו.

* ימולא כאשר נותן ההנחיות אינו מי שנקבע לגביו כי הוא חולה הנוטה למות.

שם _____ ת.ז. _____ מען _____
טלפון _____ טל. נייד _____
חתימה _____ תאריך _____

תוספת שניה

ייפוי כוח

למתן הנחיות רפואיות לטיפול בחולה הנוטה למות

(סעיפים 37 ו 42)

טופס זה מיועד למילוי בידי אדם המעוניין למנות מיופה כוח, כדי שיהיה מוסמך להחליט במקומו על הטיפול הרפואי שיינתן או שלא יינתן לו, אם יהיה חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, או חולה הנוטה למות במצב סופי שאינו בעל כשרות.

אני החתום מטה _____ ת.ז. _____, שנת לידה _____, _____
מען _____,
בעל כשרות כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (להלן: חוק החולה הנוטה למות), נותן בזה, לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות, ייפוי כוח:

לצורך מתן ייפוי הכוח אני מצהיר כדלקמן*:

(א) מצבי הרפואי הנוכחי הוא:

בריא בדרך כלל

נקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות

(2) קיבלתי מידע רפואי ** מד"ר _____ או מאחות מוסמכת

גב'/מר _____.

פירוט המידע (יירשם על ידי הרופא או האחות): _____

* יש למלא בידי רופא מומחה/רופא/אחות מוסמכת, רק כאשר נותן ייפוי הכוח ממלא את סעיף ג'.

** מידע רפואי - (1) לאדם שנקבע לגביו שהוא חולה נוטה למות, יימסר על ידי רופא

מומחה מידע בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע רפואי בדבר מצבו

שהוא רלוונטי למתן ההנחיות וכן מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר

לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות.

(2) לאדם שלא נקבע לגביו שהוא חולה הנוטה למות, יימסר על ידי רופא

או אחות מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות

רפואיות מקדימות.

(ב) ידוע לי כי ייפוי הכוח ייכנס לתוקפו, רק אם יקבע לגבי שאני חולה הנוטה למות ולאחר

הוצאתי מחזקת היותי כשר, ואני סובל סבל משמעותי, והכל לפי הוראות חוק החולה

הנוטה למות.

(ג) ידוע לי שאם יקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות, אך לא הוצאתי מחזקת כשרותי, לא

יכנס יפוי הכוח לתוקף ורצוני באותה העת יגבר.

(ד) ידוע לי כי אני רשאי לשנות או לבטל את ייפוי הכוח בכל עת, וכל עוד לא ייקבע לגבי שאיני בעל כשרות כאמור בחוק החולה הנוטה למות; אופן הביטול יהיה במתן ייפוי כוח חדש, או בטופס ביטול בנוסח שבתוספת הרביעית.

(ה) ידוע לי כי תוקף ייפוי כוח זה הוא חמש שנים או עד לתקופה שאינה עולה על חמש שנים, כמצויין להלן: _____ (ניתן למלא תאריך שאינו עולה על חמש שנים מתאריך החתימה על ייפוי הכוח).

אני נותן בזה ייפוי כוח למנויים להלן, על מנת שיפעלו בשמי בעת שאהיה חולה הנוטה למות, או בעת שאהיה חולה הנוטה למות במצב סופי, ובאותה עת לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת, ואסבול סבל משמעותי, וכדי שיפעלו בהתאם להנחיות בייפוי כוח זה, אני נותן את ייפוי הכוח ל-

1. מר/גב' _____ ת...ז _____
מען _____

לא יוכל או יסרב האדם האמור לעיל להיות מיופה הכוח שלי, אני ממנה במקומו להיות מיופה כוח שלי את -

2. מר/גב' _____ ת...ז _____
מען _____

סבל משמעותי

ידוע לי כי רק אם אהיה במצב של סבל משמעותי, כפי שייקבע על ידי להלן, ואהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, ימנעו מטיפול רפואי בי בהתאם להנחיות הרפואיות המקדימות שבמסמך זה; סבל משמעותי עבורי הוא (סמן ומלא את אחת האפשרויות) -

הזקקות למתן מזון באמצעים מלאכותיים;

מצב בו אני מחוסר הכרה;

מצב בו אני משותק בארבע גפיים;

מצב של שטיון;

הזקקות לכל טיפול רפואי מהבאים - _____

מצב מהבאים - _____

ידוע לי כי אם לא מילאתי מהו סבל משמעותי עבורי אחשב כסובל סבל משמעותי רק אם אסבול כאב או סבל, שאדם סביר היה מוכן לעשות מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו, אף אם הדבר כרוך בפגיעה משמעותית באיכות חייו או בתוחלת חייו, ורק במצב זה, אם אהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, יפעלו בהתאם להנחיות רפואיות אלה.

(בחר את אחת החלופות הבאות)

- א. מיופי כוחי יוכלו לקבל כל החלטה בדבר טיפול רפואי או אי-טיפול רפואי בי בכל הנוגע לכל הטיפולים הרפואיים מאריכי-החיים, בין אם מדובר בהסכמה למתן טיפול רפואי מאריך חיים, ובין אם מדובר בהימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים.
- ב. מיופי כוחי רשאים לפעול בשמי רק בהסכמה למתן טיפול רפואי **חריג** מאריך חיים [גם כאשר לדעת המטפלים אין להם הצדקה בנסיבות הענין], אך אינם רשאים לקבל החלטה בדבר הימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים.
- ג. מיופה הכוח רשאי להחליט לגבי הטיפולים המנויים להלן והמסומנים לתת לי טיפול רפואי מאריך חיים או להימנע מלתת לי טיפול רפואי מאריך חיים -

ג1. במצב של חולה הנוטה למות :

סמן
מה
כלול
בייפוי

- (א) ביצוע החייאה
- (ב) ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני
-
- (ג) ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה
-
- (ד) ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה
- (ה) ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי

- (ו) חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן
 אם סימנת שמיופה הכוח יוסמך, **האם יוסמך לקבוע את משך הזמן בימים/שבועות/ חודשים/ללא הגבלה (מחק את המיותר)**
- (ז) חיבור לדיאליזה
- אם סימנת שמיופה הכוח יוסמך, **האם יוסמך להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול**
- (ח) ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי)
- (ט) ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית)
- (י) הקרנות במחלה ממארת
- (יא) כימותרפיה במחלה ממארת
- (יב) אנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגרתיים
- (יג) בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור)

ג. במצב של חולה הנוטה למות במצב סופי:
 סמן
 מה
 כלול
בייפוי

- (א) ביצוע החייאה
- (ב) ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני
- (ג) ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה
- (ד) ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה
- (ה) ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי

- (ו) חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן
אם סימנת שמיופה הכוח יוסמך, **האם יוסמך לקבוע את**
 משך הזמן בימים/שבועות/ חודשים/ללא הגבלה (מחק
את המיותר)
- (ז) חיבור לדיאליזה
- אם סימנת שמיופה הכוח יוסמך, האם יוסמך להימנע**
מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת
לטיפול
- (ח) ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר
פנימי נמקי)
- (ט) ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית)
- (י) הקרנות במחלה ממארת
- (יא) כימותרפיה במחלה ממארת
- (יב) אנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפולים
אנטיביוטיים שגרתיים
- (יג) בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור)
- (יד) טיפולים שגרתיים, כגון מתן אנטיביוטיקה, דם ומוצריו
- (טו) טיפולים במחלות נלוות, כגון מתן אינסולין
- (טז) מתן מזון ונוזלים בדרך מלאכותית
- (יז) מתן תרופות וטיפולים מקלים

* לענין הטיפולים הנלווים המנויים בסעיפים (יד) עד (יז), קובע חוק
החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, כי רק חולה הנוטה למות בשלב
סופי, שהוא חסר כשרות, הסובל סבל משמעותי, יכול להורות
להימנע
מהם.

33. מצבי חירום אחרים *

* מצב חירום – מצב בו נדרש טיפול מיידי שאם לא כן החולה ימות.
(יש למלא סעיף זה רק אם ברצונך שייפוי הכוח יחול גם לגבי מצב חירום שונה
מהאמור לעיל)

4. הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל: _____

5. בכל שאלה רפואית הנוגעת לטיפול בי בתנאים האמורים לעיל, אני מנחה את המטפלים בי לפנות ראשית למיופה הכוח הראשון; לא ניתן להשיג את מיופה הכוח במועד הדרוש, או שהוא אינו יכול או סירב למלא את תפקידו, אני מנחה את המטפלים בי לפנות למיופה הכוח השני.

- ד. (1) בנוסף לייפוי כוח זה, נתתי גם הנחיות רפואיות מקדימות ואני מנחה את המטפלים בי לפעול הן בהתאם להנחיות האמורות (סמך) והן בהתאם לייפוי כוח זה. אם כן) ידוע לי כי בהעדר הוראה לפי סעיף 2 להלן בקשר לסתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי הכוח, תהיה עדיפה ההנחיה הרפואית המקדימה, ואולם אם יפוי הכוח ניתן תקופה משמעותית לאחר מתן ההנחיה תכריע בדבר וועדה מוסדית.
- (2) כן אני מנחה בזה כי במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הוראה של מיופה כוח, תגבר הוראה של – הנחיה רפואית מקדימה הוראה של מיופה כוח (בחר באחת החלופות)
- (3) הוראות נוספות בדבר סתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי כוח – _____

הצהרה וחתימה

יידוע אנשים נוספים על ההנחיות

(אין חובה לידוע, אולם יש בכך כדי לשפר את הסיכוי ליישום יעיל ונכון של ההנחיות; נא לסמן באופן ברור ולהשלים את הפרטים כנדרש).

אני מצהיר/ה בזה כי שוחחתי עם האנשים הרשומים מטה אודות מסמך זה, וכי נתתי להם עותק מהמסמך הזה / לא נתתי להם עותק מהמסמך הזה (מחק את המיותר).

בן זוג פרטיו:

_____	פרטיו :	<input type="checkbox"/> בן משפחה
_____	פרטיו :	<input type="checkbox"/> רופא
_____	פרטיו :	<input type="checkbox"/> עו"ד
_____	פרטיו :	<input type="checkbox"/> רב/כומר/קאדי
_____	פרטיו :	<input type="checkbox"/> אחר

(* ימולא רק אם נותן ההנחיה שוחח עם מי מהאנשים המנוים לעיל ו/או נתן לאנשים אלה עותק)

חתימת נותן ייפוי הכוח*

(יש לחתום בפני שני עדים)

אני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

חתימה _____ טלפון _____ טל. נייד _____
תאריך _____

(במידה ונותן ייפוי הכוח אינו דובר או קורא עברית, יש לצרף אישור של מי שתרגם את ההסברים וההוראות שבטופס עבורו)

חתימת עדים

(שני העדים צריכים לחתום באותו מעמד)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל

מוכר/ת לנו אישית

הזדהה/תה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה

(יש לסמן אחת משתי האפשרויות)

עשה/תה כן בנוכחותי, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא עירנית/מדבר/ת לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו/ה.

אני מצהיר שאינני מיופה כוח/ה של החתום/ה ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם/ת המסמך.

[בצ"ע: גם לבני משפחה, רופאים, עו"ד וכו' יכולים להיות אינטרסים כלכליים)

עד : שם _____ ת.ז. _____ מען _____
טלפון _____ טל. נייד _____
חתימה _____ תאריך _____
עד : שם _____ ת.ז. _____ מען _____
טלפון _____ טל. נייד _____
חתימה _____ תאריך _____

חתימת מוסר המידע הרפואי

אני _____ , רופא מומחה, מאשר בזאת כי מסרתי למר /גבי
_____ בתאריך _____ הסבר בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע
רפואי בדבר מצבו שהוא רלוונטי למתן ייפוי הכוח וכן מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר
לשם מתן ייפוי הכוח וכי הסברתי לו את המונחים הרפואיים שבטופס זה. כמו כן רשמתי
את תמצית המידע הרפואי שבסעיף (א)..
* ימולא כאשר נקבע לגבי נותן ההנחיות כי הוא חולה הנוטה למות.

אני _____ רופא/ אחות מוסמכת (מחק את המיותר) מאשר בזאת כי
מסרתי למר /גבי' _____ בתאריך _____ מידע רפואי הדרוש לו
באופן סביר לשם מתן ייפוי הכוח
* ימולא כאשר נותן ההנחיות אינו מי שנקבע לגביו כי הוא חולה הנוטה למות.

שם _____ ת.ז. _____ מען _____
טלפון _____ טל. נייד _____
חתימה _____ תאריך _____