|  |
| --- |
|  ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА„РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ” 2007-2013МИНИСТЕРСТВО НА ОБРАЗОВАНИЕТО, МЛАДЕЖТА И НАУКАТАСхема BG051PO001-4.3.04 „Развитие на електронни форми на дистанционно обучение в системата на висшето образование” |
| **МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН** |
| **ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”** |

**ЗАДАНИЕ ЗА КУРСОВА ЗАДАЧА №3**

**ПО УЧЕБНА ДИСЦИПЛИНА „БИОЕТИКА“**

ЗА СТУДЕНТИ В ДИСТАНЦИОННА ФОРМА НА ОБУЧЕНИЕ

ОБРАЗОВАТЕЛНО-КВАЛИФИКАЦИОННА СТЕПЕН „МАГИСТЪР“

СПЕЦИАЛНОСТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ”

1. **Поставете се в ролята на пациент и попълнете следващия документ „Предварително решение“.**
2. **Анализирайте документа от гледна точка на лекаря и пациента. Какви силни и слаби страни виждате в него?**

*ПРЕДВАРИТЕЛНО РЕШЕНИЕ*

*Моето дълготрайно пълномощно за здравни грижи, воля за живот и други желания*

*Аз,…… пиша този документ като решение, касаещо моите здравни грижи.*

***Поставете инициалите на Вашето име до изборите, които желаете:***

***Част 1. Моето дълготрайно пълномощно за здравни грижи***

*Докато аз мога да съобщавам желанията си, моите лекари ще говорят с мен и аз ще взимам решенията за моите здравни грижи.*

 *Ако дойде време, когато аз не мога да взимам решения за здравни грижи за мен самия/самата, аз определям това пълнолетно лице да взима тези решения вместо мен:*

*……………………………… …………………. …………………….*

 *трите имена домашен телефон служебен телефон*

*адрес ………………………………………………….*

*e-mail*

*Ако горепосоченото лице не може или няма право да взима решения вместо мен, аз определям второ лице:*

*……………………………… …………………. …………………….*

 *трите имена домашен телефон служебен телефон*

*адрес ………………………………………………….*

*e-mail*

 *Разбирам, че ако аз не направя дълготрайно пълномощно за здравни грижи, някой може да бъде определен да взима решения за моите здравни грижи чрез закона или чрез съда.*

*Аз желая лицето, което съм определил/а, моите лекари, моето семейство и околните да бъдат ръководени от моите желания, описани на следващите страници.*

***Част 2. Моята воля за живот***

***А.*** *Използвайте тази страница, за да помогнете на човека, когото сте назовали в Част 1, да взима решения вместо Вас, според това какви са Вашите разбирания по отношение на определени медицински състояния. Тази информация може да бъде полезна и на Вашия лекар и околните, които ще се грижат за Вас.*

*Като цяло, това трябва да бъдат целите на грижите за мен, ако аз съм в състояние в последния етап, в терминално състояние, или ако съм в непроменливо вегетативно състояние, без никаква надежда за подобрение:*

*…………………………………………………………………………………………………*

*Ако аз съм в състояние в последния етап, в терминално състояние, или съм в непроменливо вегетативно състояние, без никаква надежда за подобрение,* ***и аз не съм в състояние да разпознавам и говоря с моето семейство/приятели, това са моите желания:****……………………………………………………………………………………*

*Ако аз съм в състояние в последния етап, в терминално състояние, или съм в непроменливо вегетативно състояние, без никаква надежда за подобрение,* ***и аз не съм в състояние да живея самостоятелно и трябва да живея в институция (лечебно заведение), това са моите желания:*** *…………………………………………*

*Ако аз съм в състояние в последния етап, в терминално състояние, или съм в непроменливо вегетативно състояние, без никаква надежда за подобрение,* ***и аз трябва да прекарам на легло остатъка от живота си, това са моите желания:*** *…………………………………………………………………………………………………*

*Ако аз съм в състояние в последния етап, в терминално състояние, или съм в непроменливо вегетативно състояние, без никаква надежда за подобрение,* ***и аз не съм в състояние да се грижа за себе си ( обличане, къпане и т.н.), това са моите желания:****………………………………………………………………………………………*

*Ако аз съм в състояние в последния етап, в терминално състояние, или съм в непроменливо вегетативно състояние без никаква надежда за подобрение* ***и аз не мога да ям през устата, и храната и водата трябва да ми бъдат давани чрез сонда, това са моите желания:*** ……………………………………………………….

***Б.*** *Използвайте тази страница, за да опишете видовете лечения, които могат да бъдат предложени, ако сте в състояние в последния етап, в терминално състояние, или в непроменливо вегетативно състояние, за да помогнете на човека, когото сте назовали в Част 1 и който ще взима решения вместо Вас. Тази информация може да бъде полезна и на Вашия лекар и околните, които ще се грижат за Вас.*

*(Поставете инициалите на Вашето име до Вашите избори)*

***Избори за лечение:***

 *Не желая да започва животоподдържащо лечение. Ако е започнат някакъв вид такова лечение, желая то да бъде спряно.*

*(Специални бележки): ………………………………………………………*

 *Желая да бъде започнато временно животоподдържащо лечение; ако не покажа признаци за възстановяване, искам то да бъде спряно.*

*(Специални бележки): ………………………………………………………*

 *Други желания относно животоподдържащите видове лечение, включващи диализа или други основни медицински лечения:*

*…………………………………………………………………………………………………*

***Изкуствено хранене и хидратиране*** *(като хранене със сонда):*

 *Аз не желая да бъда хранен/а със сонда, ако това ще бъде основното лечение, което ме поддържа жив/а. Ако ми бъде сложена сонда за хранене, искам тя да бъде махната.*

*(Специални бележки): ………………………………………………………*

 *Искам да ми бъде поставена сонда за хранене временно; ако не покажа признаци на възстановяване, тогава искам тя да бъде махната.*

*(Специални бележки): ………………………………………………………*

 *Искам изкуствено хранене и хидратиране, дори ако то е основното лечение, което ме поддържа жив/а.*

*(Специални бележки): ………………………………………………………*

*Други желания, отнасящи се до изкуственото хранене и хидратиране:*

*........................................................................................................................*

***В. Други насоки***

*Вие имате правото да участвате във всички решения относно Вашите здравни грижи, дори и относно тези, които не са свързани със състоянието в последния етап, терминалното състояние или непроменливото вегетативно състояние. Ако Вие имате желания, които не са посочени в другите части на този документ, моля, посочете ги тук:*

***Част 3. Други желания***

***Аутопсия***

 *Не желая аутопсия.*

 *Съгласен/а съм на аутопсия, ако лекарите ми я искат.*

 *Други желания: ....................................................................*

***Част 4. Подписи***

*Вие трябва да подпишете този документ. Двама души, които не са Ваши роднини, трябва да се подпишат като свидетели. Този документ не е необходимо да бъде заверен от нотариус. Дори ако не можете да намерите свидетели, Вие трябва да подпишете това и да го дадете на Вашия лекар като посочване на Вашите желания.*

***А. Вашият подпис***

*С долупоставения подпис показвам, че разбирам целта и последствията от този документ.*

*Подпис: Дата:………………………….*

*Адрес: ………………………………………………………………………………*

***Б. Подписите на Вашите свидетели***

*Вярвам, че лицето, което е подписало това предварително решение, е със здрав разум, че е подписало или удостоверило това предварително решение в мое присъствие и че той/тя не го прави под натиск, под принуда, под заплаха или незаконно въздействие. Аз не съм свързан/а с лицето, което прави това предварително решение чрез кръвна връзка, брак или осиновяване и, доколкото знам, не съм споменат/а в неговото/нейното завещание. Аз не съм лицето, посочено в това предварително решение. Аз не съм лице, предлагащо здравни грижи или пък служител на лице, предлагащо здравни грижи, което сега или в миналото е било отговорно за грижите за лицето, правещо това предварително решение. Аз съм на възраст над 18 г.*

***Свидетел 1:***

*Подпис: Дата:………………………….*

*Адрес: ………………………………………………………………………………*

***Свидетел 2:***

*Подпис: Дата:………………………….*

*Адрес: ………………………………………………………………………………*