



Европейски съюз



Европейски социален фонд

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА
„РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ” 2007-2013

МИНИСТЕРСТВО НА ОБРАЗОВАНИЕТО, МЛАДЕЖТА И НАУКАТА

Схема 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 пълномошно за здравни грижи, воля за живот и други желаниа
Аз,..... пиша този документ като решение, касаещо моите здравни грижи.*

Поставете инициалите на Вашето име до изборите, които желаете:

Част 1. Моето дълготрайно пълномошно 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 взема 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

A. Използвайте тази страница, за да помогнете на човека, когото сте назвали в Част I, да взема 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 назвали в Част I и който ще взема 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: