



PRAWO STANU ILLINOIS W SPRAWIE DEKLARACJI PACJENTA STATEMENT OF ILLINOIS LAW ON ADVANCE DIRECTIVES

Rush University Medical Center („RUMC”) jest zaangażowany w ochronę i promowanie praw każdego pacjenta. Obejmują one prawo do odmowy leczenia medycznego lub chirurgicznego, w tym opieki podtrzymującej życie – nawet jeśli odmowa może przyspieszyć śmierć – oraz prawo do wydawania dyspozycji. Są rzeczy, które należy wiedzieć o tych prawach.

Nikt nie jest w stanie przewidzieć, kiedy może dojść do poważnej choroby lub wypadku. Kiedy tak się stanie, możesz potrzebować kogoś, kto zabrałby głos lub podjął decyzję w sprawie Twojej opieki zdrowotnej. Jeśli planujesz teraz, można zaplanować leczenie zgodne z tym, czego chcesz.

Masz prawo podejmować decyzje dotyczące opieki zdrowotnej, którą otrzymujesz teraz i w przyszłości. **Dyspozycja pacjenta** jest pisemnym oświadczeniem na temat tego, jak chcesz podejmować decyzje medyczne, jeśli nie możesz ich podjąć samodzielnie. Prawo federalne wymaga poinformowania pacjenta o prawie do wydawania dyspozycji podczas przyjmowania do szpitala. Jednak zgodnie z prawem stanu Illinois świadczeniodawcy mogą sprzeciwić się Twoim życzeniom. W takim przypadku można wybrać innego świadczeniodawcę opieki zdrowotnej, albo taki świadczeniodawca zostanie zaoferowany.

W stanie Illinois obowiązują cztery rodzaje dyspozycji pacjenta: (1) Trwałe pełnomocnictwo do opieki zdrowotnej; (2) Testament życia; (3) Deklaracja preferencji dotyczących leczenia psychiatrycznego; oraz (4) Polecenia dotyczące leczenia podtrzymującego życie (POLST). Można przedyskutować z pracownikiem służby zdrowia, adwokatem lub lekarzem te dyspozycje. Można dodatkowo współpracować z lekarzem, aby wypełnić POLST lub przygotować DNR. Można zdecydować się na więcej niż jedną deklarację.

Jeśli masz już deklaracje pacjenta, powiedz o tym pracownikowi służby zdrowia i przekaz mu kopię. Można także dostarczyć kopię członkom rodziny i należy dostarczyć kopię osobie, która została wyznaczona do podejmowania za Ciebie decyzji zgodnie z tymi deklaracjami.

Zgodnie z naszymi zasadami, opieka, którą otrzymujesz w RUMC, nie będzie zależeć od wyboru dokonanego w odniesieniu do deklaracji pacjenta, w tym tego, czy je posiadasz.

I. Pełnomocnictwo do opieki zdrowotnej

W stanie Illinois masz prawo wybrać kogoś, kto będzie Twoim „pełnomocnikiem opieki zdrowotnej”. Twój pełnomocnik to osoba, której ufasz w podejmowaniu za Ciebie decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, jeśli nie jesteś w stanie lub nie chcesz podejmować ich samodzielnie. Decyzje te powinny opierać się na Twoich osobistych wartościach i życzeniach.

Ważne jest, aby wyznaczyć swojego pełnomocnika na piśmie. Można użyć formularza w tym dokumencie, jeżeli spełnia on wymagania prawne stanu Illinois. Istnieje wiele pisemnych i internetowych zasobów, które mogą pomóc Tobie i Twoim bliskim w rozmowie na te tematy. Pomocne może okazać się przyjrzenie się tym informacjom podczas wyboru i dyskusji o deklaracji pacjenta.

Pełnomocnictwo do opieki zdrowotnej pozwala wybrać kogoś, kto będzie podejmował decyzje dotyczące opieki zdrowotnej w przyszłości, jeśli nie będziesz już w stanie podejmować tych decyzji samodzielnie. W formularzu pełnomocnictwa będziesz nazywać się „mocodawcą”, a osoba, którą wybierasz do podejmowania decyzji, nazywa się „pełnomocnikiem”. Twój pełnomocnik będzie podejmować za Ciebie decyzje dotyczące opieki zdrowotnej, gdybyś nie był w stanie samodzielnie podejmować takich decyzji. Jeśli możesz podejmować decyzje samodzielnie, masz do tego prawo. Wybrany przez ciebie pełnomocnik nie może być Twoim świadczeniodawcą opieki zdrowotnej. Ktoś, kto nie jest Twoim pełnomocnikiem, powinien być świadkiem podpisania pełnomocnictwa. Wybierając pełnomocnika, należy wybrać:

- Członka rodziny lub przyjaciela mającego co najmniej 18 lat
- Kogoś, kto dobrze Cię zna
- Kogoś, komu ufasz, że zrobi to, co Ty byś chciał
- Kogoś, kto czułby się swobodnie, rozmawiając z lekarzami i świadczeniodawcami i zadając im pytania
- Kogoś, kto nie byłby zbyt zdenerwowany, aby spełnić Twoje życzenia, jeśli zachorujesz
- Kogoś, kto może być przy Tobie, gdy go potrzebujesz i jest gotów zaakceptować tę ważną rolę.

Przy wyborze pełnomocnika ważne jest, aby porozmawiać z pełnomocnikiem i rodziną na temat takich rzeczy, jak:

- Co jest dla Ciebie ważne w życiu?
- Jak ważne jest dla ciebie unikanie bólu i cierpienia?
- Gdybyś trzeba było wybrać, czy ważniejsze jest życie tak długo, jak to możliwe, czy uniknięcie długotrwałego cierpienia lub niepełnosprawności?
- Czy wolisz być w domu, czy w szpitalu przez ostatnie dni lub tygodnie swojego życia?
- Czy masz przekonania religijne, duchowe lub kulturowe, które chcesz przekazać swojemu pełnomocnikowi i innym osobom?
- Czy chcesz po śmierci wnieść wkład do nauk medycznych, przekazując swoje narządy lub całe ciało?
- Czy masz jakieś deklaracje, które opisują Twoje konkretne życzenia dotyczące opieki zdrowotnej?

Zakres decyzji podejmowanych przez pełnomocnika jest szeroki. Na przykład niektóre działania, które może podjąć pełnomocnik są następujące:

- Rozmowa ze świadczeniodawcami na temat twojego stanu zdrowia
- Sprawdzenie Twojej dokumentacji medycznej i decyzja, kto może ją zobaczyć.
- Zezwalanie na badania medyczne, leki, operacje i inne zabiegi.
- Wybór, gdzie otrzymujesz opiekę i kto ją świadczy.
- Decyzja o zaakceptowaniu, zaprzestaniu lub odrzuceniu leczenia mającego na celu utrzymanie Cię przy życiu, jeśli Twoja śmierć jest bliska lub prawdopodobnie nie wyzdrowiejesz.
- Zaakceptowanie lub odmowa oddania Twoich narządów lub całego ciała, jeśli jeszcze taka decyzja nie została przez Ciebie podjęta.
- Decyzja, co zrobić z Twoimi szczątkami po śmierci, jeśli jeszcze jej nie podjąłeś.
- Rozmowa z innymi Twoimi bliskimi, aby pomóc w podjęciu decyzji.

O ile nie podasz limitów czasowych, pełnomocnictwo do opieki zdrowotnej będzie obowiązywać od momentu podpisania do Twojej śmierci. Można odwołać pełnomocnictwo w dowolnym momencie, informując o tym kogoś lub anulując je na piśmie. Można powołać pełnomocnika zastępczego, aby działał, jeśli pierwszy nie może działać lub nie działa. Nie można powołać dwóch pełnomocników działających jednocześnie. Jeśli chcesz zmienić swoje pełnomocnictwo, musisz to zrobić na piśmie. Można skorzystać ze standardowego formularza pełnomocnictwa do opieki zdrowotnej lub napisać własne.

Jeśli nie wybierzesz pełnomocnika opieki zdrowotnej lub nie jesteś w stanie podejmować własnych decyzji w sprawie opieki zdrowotnej i nie wyznaczono pełnomocnika na piśmie, świadczeniodawcy poproszą członka rodziny, przyjaciela lub opiekuna o podjęcie decyzji za Ciebie. W stanie Illinois prawo określa, kto zostanie poproszony o pomoc. Istnieje kilka powodów, dla których warto powołać pełnomocnika, zamiast polegać na władzach stanu, na przykład:

- Osoby wymienione na mocy prawa mogą nie być tymi, do których masz zaufanie w sprawie takich decyzji.
- Niektórzy członkowie rodziny lub przyjaciele mogą nie być w stanie podejmować decyzji takich, jak tego oczekujesz.
- Członkowie rodziny i przyjaciele mogą nie zgadzać się ze sobą w kwestii rozstrzygnięcia problemu.
- W niektórych okolicznościach surogat może nie być w stanie podjąć takich samych decyzji, jakie może podjąć pełnomocnik.

Po wypełnieniu formularza Trwałego pełnomocnictwa do opieki zdrowotnej należy:

- Podpisać formularz w obecności świadka, który ma co najmniej 18 lat.
- Poprosić również świadka o podpisanie.
- Nie ma potrzeby podpisywania formularza u notariusza.
- Przekazać kopię pełnomocnikowi i każdemu pełnomocnikowi zastępczemu.
- Przekazać drugą kopię swojemu lekarzowi.
- Wziąć ze sobą kopię do szpitala.

- Przechowywać kopię dla siebie w bezpiecznym miejscu.
- Pokazać pełnomocnictwo swojej rodzinie i znajomym, a także innym osobom, które się o Ciebie troszczą.

II. Testament życia

Testament życia informuje pracownika służby zdrowia, czy chcesz zastosować procedury opóźniające śmierć, jeśli jesteś w *stanie terminalnym* i nie jesteś w stanie wyrazić swoich życzeń. Testament życia, w przeciwieństwie do pełnomocnictwa do opieki zdrowotnej, ma zastosowanie tylko wtedy, gdy jesteś w stanie terminalnym. *stan terminalny* jest nieuleczalnym i nieodwracalnym stanem, w którym śmierć nastąpi wkrótce, a wszelkie procedury opóźniające śmierć służą jedynie przedłużeniu procesu umierania.

Nawet jeśli podpisze się testament życia, nie można zaprzestać podawania żywności i wody, jeśli byłaby to jedyna przyczyna śmierci. Ponadto, jeśli jesteś w ciąży i pracownik służby zdrowia uważa, że może urodzić się żywe dziecko, Twój testament życia nie obowiązuje.

Można użyć standardowego testamentu życia lub napisać własny. Można napisać szczegółowe instrukcje dotyczące procedur opóźniających śmierć, które chcesz lub których nie chcesz zaakceptować. Dwie osoby muszą być świadkami podpisania testamentu życia. Twój pracownik służby zdrowia nie może być świadkiem. Twoim obowiązkiem jest poinformowanie pracownika służby zdrowia, czy masz testament życia, jeśli możesz to zrobić. Można odwołać testament życia w dowolnym momencie, informując o tym kogoś lub anulując go na piśmie.

Jeśli posiadasz zarówno pełnomocnictwo do opieki zdrowotnej, jak i testament życia, pełnomocnik, którego podasz w pełnomocnictwie, podejmie decyzje dotyczące Twojej opieki zdrowotnej, chyba że jest on niedostępny.

III. Deklaracja dotycząca preferencji leczenia zdrowia psychicznego

Deklaracja dotycząca preferencji leczenia psychiatrycznego pozwala zdecydować, czy chcesz poddać się leczeniu elektrowstrząsowemu (ECT) lub leczeniu psychiatrycznemu, gdy cierpisz na chorobę psychiczną i nie jesteś w stanie samodzielnie podjąć takich decyzji. Pozwala także określić, czy akceptujesz przyjęcie do szpitala psychiatrycznego na okres do 17 dni leczenia.

Można napisać swoje życzenie lub wybrać kogoś, kto podejmie za Ciebie decyzje dotyczące Twojego zdrowia psychicznego. W deklaracji będziesz nazywać się „mocodawcą”, a osoba, którą wybierasz nazywa się „pełnomocnikiem”. Ani pracownik służby zdrowia, ani żaden pracownik zakładu opieki zdrowotnej, do którego Cię przyjęto, nie może być Twoim pełnomocnikiem. W odróżnieniu od pełnomocnika opieki zdrowotnej, Twój pełnomocnik musi zaakceptować to na piśmie, zanim zaczniesz podejmować decyzje dotyczące leczenia psychiatrycznego. Pełnomocnik musi podejmować decyzje zgodnie z tym, co zapisano w Twoim oświadczeniu, chyba że sąd wyda inne polecenie lub nagły wypadek zagraża Twojemu życiu lub zdrowiu.

Twoja deklaracja preferencji leczenia psychiatrycznego wygasa po trzech latach od daty jej podpisania. Dwie osoby muszą być świadkami podpisania deklaracji. Następujące osoby nie mogą być świadkami podpisania deklaracji: Twój pracownik służby zdrowia; pracownik zakładu opieki zdrowotnej, do którego Cię przyjęto; lub członek rodziny spokrewniony, związany małżeństwem lub adoptowany. Można anulować swoje oświadczenie na piśmie, zanim wygaśnie, jeśli nie jesteś w trakcie leczenia psychiatrycznego w chwili anulowania. Jeśli jesteś w trakcie leczenia psychiatrycznego, Twoja deklaracja nie wygasa i nie można jej anulować do momentu, gdy leczenie zostało pomyślnie zakończone, a lekarze zgadzają się, że możesz sam podjąć decyzję

IV. Polecenia dotyczące leczenia podtrzymującego życie (POLST)

Możesz spytać swojego świadczeniodawcę o polecenia dotyczące leczenia podtrzymującego życie (POLST). POLST to deklaracja pacjenta, która informuje, że resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) nie można stosować, jeśli serce lub oddychanie zatrzyma się. Można je również wykorzystać do zapisu wymagań dotyczących leczenia podtrzymującego życie. POLST podróżują z Tobą z domu do dowolnego miejsca, muszą się do nich stosować wszyscy pracownicy służby zdrowia. Departament Zdrowia Publicznego opublikował formularz POLST, który jest dostępny do pobrania na tej stronie:

<http://www.dph.illinois.gov/sites/default/files/forms/polst-051717.pdf>

Ta strona zawiera również link do wskazówek dla osób fizycznych, pracowników służby zdrowia i świadczeniodawców na temat POLST.

POLST może wypełnić lekarz, rezydent pracujący dwa lata lub dłużej, starsza pielęgniarka dyplomowana lub asystent lekarza. POLST wymaga Twojego podpisu lub upoważnionego przedstawiciela prawnego (opiekuna prawnego, pełnomocnika opieki zdrowotnej lub zastępczego pełnomocnika opieki zdrowotnej), a także podpisu lekarza prowadzącego i dorosłego świadka, który ukończył 18 lat . POLST zostanie wpisany do Twojej dokumentacji medycznej, jeśli zawiera wszystkie wymagane podpisy. Można poprosić swojego pracownika opieki zdrowotnej o współpracę z Tobą w celu przygotowania POLST.

V. Co się stanie, jeśli nie posiadam dyspozycji pacjenta?

Jeśli nie możesz sam podjąć decyzji w sprawie opieki zdrowotnej i nie masz dyspozycji pacjenta, zostanie dla Ciebie wybrany „zastępca”. Zgodnie z prawem stanu Illinois dwóch lekarzy musi zaświadczyć, że nie możesz samodzielnie podejmować decyzji dotyczących opieki zdrowotnej przed wyznaczeniem zastępcy do spraw opieki zdrowotnej. Zastępcą do spraw opieki zdrowotnej może być jedna z następujących osób (w kolejności pierwszeństwa): twój opiekun prawny, małżonek, każde dorosłe dziecko, rodzic, dowolny dorosły brat lub siostra, dowolny dorosły wnuk, bliski przyjaciel lub prawny opiekun majątku.

Podczas gdy Twój zastępca do spraw opieki zdrowotnej może podejmować większość decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, istnieją pewne decyzje, których nie może podjąć. Na przykład zastępca do spraw opieki zdrowotnej nie może nakazać pracownikowi służby zdrowia wycofania się lub wstrzymania leczenia podtrzymującego życie, chyba że występuje „stan kwalifikujący”. Stanem kwalifikującym może być (1) „stan terminalny” (nieuleczalne lub nieodwracalne uszkodzenie ciała, dla którego nie ma możliwości powrotu do zdrowia, śmierć nastąpi wkrótce, a leczenie nie pomoże); (2) „permanenta nieświadomość” (stan, w którym lekarze są pewni, że będzie stały, bez poprawy; nic nie wskazuje na to, że myślisz, nie wchodzisz w interakcje z ludźmi lub nie masz świadomości tego, co dzieje się wokół Ciebie) oraz zapewnienie leczenia podtrzymującego życie będzie miało bardzo niewielką korzyść medyczną) lub (3) „stan nieuleczalny lub nieodwracalny” (choroba lub uraz, dla którego nie ma możliwości powrotu do zdrowia, który spowoduje śmierć, który powoduje silny ból lub cierpienie, a leczenie nie pomoże). Dwóch lekarzy musi zaświadczyć, że masz jeden z tych stanów kwalifikujących.

Istnieją również granice tego, jakie decyzje może podjąć zastępca do spraw opieki zdrowotnej w sprawie leczenia psychiatrycznego. Zastępca do spraw opieki zdrowotnej, inny niż wyznaczony przez sąd opiekun, nie może wyrazić zgody na pewne leczenie psychiatryczne, w tym leczenie elektrowstrząsami (ECT), podanie leków psychiatrycznych lub przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. Zastępca opieki zdrowotnej może uzyskać przed sądem zgodę na te usługi dotyczące zdrowia psychicznego.

Aby uniknąć tych ograniczeń, można rozważyć podpisanie dyrektyw pacjenta.

VI. Uwagi końcowe

Należy porozmawiać z rodziną, pracownikiem służby zdrowia, swoim adwokatem oraz wyznaczonym przez Ciebie przedstawicielem lub pełnomocnikiem w sprawie decyzji o podpisaniu deklaracji pacjenta. Jeśli wiedzą, jakiej opieki zdrowotnej oczekujesz, łatwiej im będzie spełnić Twoje życzenia. Jeśli w przyszłości anulujesz lub zmienisz deklarację pacjenta, pamiętaj, aby powiedzieć tym samym osobom o jej zmianie lub anulowaniu.

Żaden zakład opieki zdrowotnej, pracownik służby zdrowia ani ubezpieczyciel nie mogą wymagać od Ciebie deklaracji pacjenta w celu zapewnienia leczenia lub ubezpieczenia. To całkowicie Twoja decyzja. Jeśli zakład opieki zdrowotnej, pracownik służby zdrowia lub ubezpieczyciel nie chce postępować zgodnie z Twoją deklaracją, musi o tym powiadomić Ciebie lub Twojego pełnomocnika. Muszą oni nadal zapewniać opiekę, dopóki Ty lub Twój pełnomocnik nie będzie mógł przenieść Cię do innego zakładu opieki zdrowotnej, który będzie postępował zgodnie z poleceniami zawartymi w twojej deklaracji.

**PEŁNOMOCNICTWO DO
OPIEKI ZDROWOTNEJ
POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE**

Adv Directive-P
Durable Power of Attorney



IDN13150042

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

PEŁNOMOCNICTWO DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

**NINIEJSZE PEŁNOMOCNICTWO DO OPIEKI ZDROWOTNEJ ANULUJE
WSZELKIE POPRZEDNIE PEŁNOMOCNICTWA DO OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Imię i nazwisko (drukowanymi literami): _____

Adres: _____

**POWOŁUJĘ NASTĘPUJĄCĄ OSOBĘ NA MOJEGO PEŁNOMOCNIKA OPIEKI
ZDROWOTNEJ** (pełnomocnik jest twoim osobistym przedstawicielem zgodnie z prawem
stanowym i federalnym):

(Imię i nazwisko pełnomocnika) _____

(Adres pełnomocnika) _____

(Numer telefonu pełnomocnika) _____

**MÓJ PEŁNOMOCNIK JEST UPRAWNIONY DO PODEJMOWANIA DECYZJI W
MOIM IMIENIU, W TYM:**

- (i) Decyzji o przyjęciu lub odmowy leczenia mojego stanu zdrowia fizycznego lub psychicznego, w tym decyzji dotyczących życia i śmierci.
- (ii) Zgody na przyjęcie lub zwolnienie mnie z dowolnego szpitala, domu opieki lub innej instytucji, w tym z ośrodka zdrowia psychicznego.
- (iii) Pełnego dostępu do mojej dokumentacji medycznej i zdrowia psychicznego oraz udostępniania jej innym osobom w razie potrzeby, także po mojej śmierci.
- (iv) Realizując decyzje, które są już przeze mnie podjęte lub, jeśli nie istnieją, podejmując decyzje dotyczące mojego ciała lub szczątków, w tym dawstwa narządów, tkanek lub całego ciała, autopsji, kremacji i pochówku.

Powyższe przyznanie uprawnień ma być jak najszersze, aby mój pełnomocnik miał uprawnienia do podejmowania wszelkich decyzji, które mógłbym podjąć w celu uzyskania lub zakończenia dowolnego rodzaju opieki zdrowotnej, w tym odstawienia żywienia i nawodnienia oraz innych środków podtrzymujących życie.

UPOWAŻNIAM SWOJEGO PEŁNOMOCNIKA DO: (Proszę zaznaczyć tylko jedno pole; jeżeli zaznaczono więcej niż jedno pole lub nie zaznaczono żadnego, należy wdrożyć decyzję w pierwszym polu poniżej).

- Podejmowania za mnie decyzji tylko wtedy, gdy nie mogę podejmować ich samodzielnie. Lekarz(e) opiekujący się mną określi, kiedy brak mi zdolności do podejmowania decyzji.
(Jeśli żadne pole nie jest zaznaczone, powyższa decyzja zostanie uznana za prawomocną)
- Podejmowania za mnie decyzji tylko wtedy, gdy nie mogę podejmować ich samodzielnie. Lekarz(e) opiekujący się mną określi, kiedy brak mi zdolności do podejmowania decyzji. Począwszy od chwili obecnej, w celu udzielenia mi pomocy w planach i decyzjach dotyczących opieki zdrowotnej, mój pełnomocnik będzie miał pełny dostęp do mojej dokumentacji medycznej i zdrowia psychicznego, uprawnienia do udostępniania jej innym osobom w razie potrzeby oraz pełną zdolność do komunikowania się z moim osobistym lekarzem i innymi pracownikami służby zdrowia, w tym możliwość zażądania od mojego lekarza opinii, czy nie mam zdolności do samodzielnego podejmowania decyzji.
- Podejmowania za mnie decyzji, zaczynając od chwili obecnej i wtedy, gdy nie będę już w stanie podejmować ich samodzielnie. Kiedy jestem w stanie podejmować własne decyzje, mogę to robić, jeśli zechcę.

LECZENIE PODTRZYMUJĄCE ŻYCIE

Szczególne znaczenie ma temat leczenia podtrzymującego życie. Leczenie podtrzymujące życie może obejmować podawanie pokarmu lub płynów przez sondę, podłączenie do respiratora i RKO. Zasadniczo, podejmując decyzje dotyczące leczenia podtrzymującego życie, pełnomocnik jest instruowany, aby wziąć pod uwagę ulgę w cierpieniu, jakość, a także ewentualne przedłużenie życia i moje wcześniej wyrażone życzenia. Pełnomocnik weźmie pod uwagę obciążenia i korzyści wynikające z proponowanych zabiegów przy podejmowaniu decyzji w imieniu mocodawcy.

Dodatkowe oświadczenia dotyczące wstrzymania lub wycofania leczenia podtrzymującego życie opisano poniżej. Mogą one służyć jako przewodnik dla pełnomocnika przy podejmowaniu decyzji za mocodawcę. Zapytaj swojego lekarza lub pracownika służby zdrowia, jeśli masz jakiegokolwiek pytania dotyczące tych oświadczeń. **ZAZNACZ TYLKO JEDNO Z PONIŻSZYCH OŚWIADCZEŃ, KTÓRE NAJLEPIEJ WYRAŻA TWOJE ŻYCZENIA (opcjonalnie):**

- Jakość mojego życia jest ważniejsza niż długość mojego życia. Jeśli stracę przytomność, a lekarz prowadzący uważa, zgodnie z obowiązującymi standardami medycznymi, że nie obudzę się ani nie odzyskam zdolności myślenia, komunikowania się z rodziną i przyjaciółmi oraz świadomości mojego otoczenia, nie chcę, aby zabiegi przedłużyły mi życie lub opóźniły moją śmierć, ale chcę leczenia lub opieki, aby zapewnić mi komfort i uwolnić mnie od bólu.
- Utrzymanie się przy życiu jest dla mnie ważniejsze, bez względu na to, w jak ciężkim jestem stanie, jak bardzo cierpię, jaki jest koszt procedur lub jak mało prawdopodobne są moje szanse na wyzdrowienie. Chcę, aby moje życie zostało przedłużone w jak największym stopniu, zgodnie z obowiązującymi standardami medycznymi.

**OGRANICZENIA W UPRAWNIENIACH MOJEGO PEŁNOMOCNIKA DO
PODEJMOWANIA DECYZJI:**

Powyższe przyznanie uprawnień ma być jak najszersze, tak aby mój pełnomocnik miał uprawnienia do podejmowania wszelkich decyzji, które mogę podjąć w celu uzyskania lub zakończenia dowolnego rodzaju opieki zdrowotnej. Jeśli chcesz ograniczyć zakres uprawnień swojego pełnomocnika lub zlecić specjalne zasady lub ograniczyć uprawnienia do zgody na sekcję lub usunięcie zwłok, można to zrobić na tym formularzu.

**TEN FORMULARZ MUSI BYĆ PODPISANY PRZEZ MOCODAWCĘ I ŚWIADKA,
ABY BYŁ WAŻNY.**

Mój podpis: _____ Dzisiejsza data: _____

ŚWIADEK POWINIEN WYPEŁNIĆ I PODPISAĆ PONIŻSZY FORMULARZ

Mam co najmniej 18 lat i (zaznaczyć jedną z poniższych opcji):

- Mocodawca podpisał ten dokument w mojej obecności, lub
- Mocodawca poinformował mnie, że podpis lub znak w głównej linii podpisu należy do niego.

Nie jestem pełnomocnikiem ani zastępczym pełnomocnikiem wymienionymi w tym dokumencie. Nie jestem w związku z mocodawcą, pełnomocnikiem ani zastępczym pełnomocnikiem przez pokrewieństwo, małżeństwo lub adopcję. Nie jestem lekarzem, świadczeniodawcą opieki psychiatrycznej mocodawcy ani krewnym jednej z tych osób. Nie jestem właścicielem ani zarządcą (ani krewnym właściciela lub zarządcy) zakładu opieki zdrowotnej, w którym mocodawca jest pacjentem lub rezydentem.

Imię i nazwisko świadka drukowanymi literami: _____

Adres świadka: _____

Podpis świadka: _____ Dzisiejsza data: _____

ZASTĘPCZY PEŁNOMOCNICZY OPIEKI ZDROWOTNEJ (opcjonalni)

Jeśli wybrany przeze mnie pełnomocnik jest niechętny lub niezdolny do działania, w tym jeśli pełnomocnik opieki zdrowotnej jest niedostępny, nie może podejmować decyzji lub nie żyje, proszę osobę, którą wymienię poniżej, o bycie jego następcą. Tylko jedna osoba może jednocześnie pełnić rolę mojego pełnomocnika (dodać kolejną stronę, aby dodać więcej nazwisk pełnomocników zastępczych):

(Nazwisko, adres i numer telefonu zastępczego pełnomocnika nr 1)

(Nazwisko, adres i numer telefonu zastępczego pełnomocnika nr 2)

TESTAMENT ŻYCIA
LIVING WILL DECLARATION

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient LabelAdvance Directive-P
Living Will Declaration

IDN13150001

Deklarację podpisano _____ dnia _____, 20 _____

(miesiąc, rok). Ja, _____, będąc w pełni władz umysłowych, świadomie i dobrowolnie deklaruję wolę, aby chwila mojej śmierci nie została sztucznie odroczone.

Jeśli kiedykolwiek ulegnę nieodwracalnemu urazowi lub zapadnę na chorobę uznaną za nieuleczalną przez mojego lekarza prowadzącego, który osobiście mnie zbadał, i stwierdził, że moja śmierć jest bliska, jeśli nie zostaną zastosowane procedury opóźniające śmierć, uznam, że takie procedury, które tylko przedłużą proces umierania, zostaną wstrzymane lub wycofane i że wolno mi umrzeć w naturalny sposób jedynie po podaniu lekarstw, pożywienia lub wykonaniu procedury medycznej uznanej przez mojego lekarza prowadzącego za niezbędną do zapewnienia mi komfortu.

W przypadku braku mojej zdolności do udzielania wskazówek dotyczących stosowania takich procedur opóźniających śmierć, moim zamiarem jest, aby moja rodzina i lekarz przyjęli to oświadczenie jako ostateczny wyraz mojego prawa do odmowy leczenia medycznego lub chirurgicznego i zaakceptowania konsekwencji takiej odmowy.

Podpisano _____

Miasto, Kraj, stan zamieszkania _____

Deklarujący jest mi osobiście znany i uważam, że jest zdrowy na umyśle. Nie podpisałem się za deklarującego, ani na jego polecenie. W dniu sporządzenia tego dokumentu nie mam uprawnień do żadnej części majątku deklarującego na mocy prawa spadkowego lub zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem i jakkolwiek wolą deklarującego lub innym dokumentem obowiązującym w chwili śmierci deklarującego ani nie ciąży na mnie bezpośrednia odpowiedzialność finansowa za opiekę medyczną deklarującego.

Świadek _____

Świadek _____

RUSH UNIVERSITY MEDICAL CENTER
**DEKLARACJA DOTYCZĄCA PREFERENCJI
LECZENIA PSYCHIATRYCZNEGO**
DECLARATION FOR MENTAL HEALTH TREATMENT PREFERENCE

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

Advance Directives



IDN600022

Ja, _____, będąc osobą dorosłą i zdrową na umyśle, dobrowolnie składam deklarację dotyczącą mojego leczenia psychiatrycznego, która będzie przestrzegana jeżeli dwóch lekarzy lub sąd ustali, że moja zdolność do skutecznego odbierania i oceny informacji lub podejmowania decyzji jest ograniczona w takim stopniu, że nie jestem w stanie odmówić lub zgodzić się na leczenie psychiatryczne. „Leczenie psychiatryczne” oznacza terapię elektrowstrząsową, leki psychotropowe oraz przyjmowanie i przetrzymywanie w zakładzie opieki zdrowotnej przez okres do 17 dni w celu leczenia choroby psychicznej.

Rozumiem, że z powodu objawów zdiagnozowanego zaburzenia psychicznego jestem niezdolny do udzielenia lub odmowy świadomej zgody na leczenie psychiatryczne. Może to dotyczyć następujących objawów:

PODAWANIE LEKÓW PSYCHOTROPOWYCH

Jeśli nie będę w stanie świadomie zgodzić się lub odmówić leczenia psychiatrycznego, moje życzenia dotyczące leków psychotropowych są następujące (zaznaczyć odpowiednią opcję):

_____ Wyrażam zgodę na podawanie leków psychotropowych.

_____ Wyrażam zgodę na podawanie leków psychotropowych, z wyjątkiem następujących:

_____ Wyrażam zgodę na podawanie tylko następujących leków psychotropowych:

_____ Nie zgadzam się na podawanie żadnych leków psychotropowych.

Warunki lub ograniczenia:

TERAPIA ELEKTROWSTRZĄSOWA

Jeśli nie będę w stanie wyrazić świadomej zgody lub odmówić leczenia psychiatrycznego, moje życzenia dotyczące terapii elektrowstrząsowej są następujące (zaznaczyć odpowiednią opcję):

- _____ Wyrażam zgodę na stosowanie terapii elektrowstrząsowej.
- _____ Nie wyrażam zgody na stosowanie terapii elektrowstrząsowej.

Warunki lub ograniczenia:

PRZYJĘCIE I PRZETRZYMYWANIE W ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

Jeśli nie będę w stanie wyrazić świadomej zgody lub odmowy na leczenie psychiatryczne, moje życzenia dotyczące przyjęcia i zatrzymania w placówce opieki zdrowotnej w celu leczenia psychiatrycznego są następujące (zaznaczyć odpowiednią opcję):

- _____ Wyrażam zgodę na przyjęcie do zakładu opieki zdrowotnej w celu leczenia psychiatrycznego. (Niniejsza deklaracja nie może, z mocy prawa, stanowić mojej zgody na zatrzymanie mnie w zakładzie opieki zdrowotnej przez okres dłuższy niż 17 dni).
- _____ Nie wyrażam zgody na przyjęcie do zakładu opieki zdrowotnej w celu leczenia psychiatrycznego.

Warunki lub ograniczenia:

WYZNACZENIE PEŁNOMOCNIKA

Wyznaczam osobę wymienioną poniżej, która będzie moim pełnomocnikiem do podejmowania decyzji dotyczących leczenia psychiatrycznego, jeśli nie będę w stanie wyrazić świadomej zgody na takie leczenie. Mój pełnomocnik jest uprawniony do podejmowania decyzji zgodnych z życzeniami, które wyraziłem w niniejszej deklaracji lub, jeśli nie zostały wyrażone, zostały mu w inny sposób przekazane. Jeśli moje życzenia nie zostaną wyrażone i nie są z innego źródła znane mojemu pełnomocnikowi, będzie on działał w taki sposób, jaki uważa za zgodny z moim najlepszym interesem.

Imię i nazwisko _____

Adres _____

Telefon _____

Jeśli osoba ta odmówi lub nie będzie mogła działać w moim imieniu, lub jeśli odwołam jej upoważnienie do działania w charakterze mojego pełnomocnika, upoważniam następującą osobę do działania w charakterze mojego pełnomocnika:

Imię i nazwisko _____

Adres _____

Telefon _____

AKCEPTACJA POWOŁANIA JAKO PEŁNOMOCNIKA

Akceptuję moje powołanie i wyrażam zgodę na pełnienie funkcji pełnomocnika w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia psychiatrycznego mojego mocodawcy. Rozumiem, że mam obowiązek postępować zgodnie z pragnieniami mocodawcy wyrażonymi w tym powołaniu. Rozumiem, że ten dokument upoważnia mnie do podejmowania decyzji dotyczących leczenia psychiatrycznego tylko wtedy, gdy mój mocodawca jest do tego niezdolny, zgodnie z ustaleniami sądu lub dwóch lekarzy. Rozumiem, że mój mocodawca może odwołać niniejsze oświadczenie w całości lub w części w dowolnym czasie i w dowolny sposób, kiedy jest zdolny do podejmowania decyzji.

(Podpis pełnomocnika / data)

(Nazwisko drukowanymi literami)

(Podpis zastępczego pełnomocnika / data)

(Nazwisko drukowanymi literami)

WYBÓR LEKARZA

Jeśli konieczne będzie ustalenie, czy nie jestem w stanie udzielić świadomej zgody na leczenie psychiatryczne lub odmówić jej udzielenia, wybieram lekarza wskazanego poniżej jako jednego z dwóch lekarzy, którzy stwierdzą, czy jestem do tego niezdolny. Jeżeli ten lekarz jest niedostępny, wyznaczony przez niego lekarz ustala, czy jestem niezdolny do podejmowania decyzji.

Imię i nazwisko _____

Adres _____

Telefon _____

DODATKOWE INSTRUKCJE LUB WARUNKI

W związku z wyborem powyższych preferencji dotyczących leczenia psychiatrycznego, niniejszym potwierdzam, że wszystkie warunki określone w tym formularzu, które wygasną za trzy (3) lata, są mi znane i są dla mnie zrozumiałe, co potwierdzam własnym podpisem i podpisami dwóch (2) świadków:

(Podpis mocodawcy / data)

(Nazwisko drukowanymi literami)

POTWIERDZENIE ŚWIADKÓW

Potwierdzamy, że mocodawca jest nam osobiście znany, że podpisał lub potwierdził podpis mocodawcy w niniejszej deklaracji dotyczącej leczenia psychiatrycznego w naszej obecności, że mocodawca wydaje się zdrowy na umyśle i nie jest oszukiwany, pod przymusem ani bezprawnym wpływem, że żaden z nas nie jest osobą wyznaczoną na pełnomocnika na podstawie niniejszego dokumentu; lekarzem prowadzącym lub świadczeniodawcą opieki psychiatrycznej lub krewnym lekarza lub świadczeniodawcy; właścicielem, zarządcą lub krewnym właściciela lub zarządcy zakładu, w którym mocodawca jest pacjentem lub rezydentem ani osobą związaną z mocodawcą przez pokrewieństwo, małżeństwo lub adopcję.

(Podpis świadka / data)

(Nazwisko świadka drukowanymi literami)

(Podpis świadka / data)

(Nazwisko świadka drukowanymi literami)

ODWOŁANIE

Rozumiem, że mam prawo odwołać ten dokument w całości lub w części w dowolnym momencie, gdy lekarz uzna mnie za zdolnego do wyrażenia lub odmowy wyrażenia świadomej zgody na leczenie psychiatryczne. Odwołanie jest skuteczne, gdy zostanie przekazane mojemu lekarzowi prowadzącemu na piśmie i podpisane zarówno przez lekarza, jak i przeze mnie.

Ja, _____, świadomie i dobrowolnie wycofuję moją deklarację leczenia psychiatrycznego, jak wskazano poniżej:

_____ Odwołuję całą swoją deklarację.

_____ Odwołuję następującą część mojej deklaracji:

(Podpis mocodawcy / data)

Ja, niżej podpisany lekarz, oceniłem zleceniodawcę i stwierdziłem, że jest on w stanie udzielić świadomej zgody na leczenie psychiatryczne lub odmówić jej udzielenia.

(Podpis lekarza / data)

(Nazwisko drukowanymi literami)



State of Illinois
Illinois Department of Public Health

IDPH UNIFORM PRACTITIONER ORDER FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) FORM

For patients, use of this form is completely voluntary. Follow these orders until changed. These medical orders are based on the patient's medical condition and preferences. Any section not completed does not invalidate the form and implies initiating all treatment for that section. With significant change of condition new orders may need to be written.

Patient Last Name	Patient First Name	MI
Date of Birth (mm/dd/yy)		Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Address (street/city/state/ZIPcode)		

A **CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR)** If patient has no pulse and is not breathing.

Check One **Attempt Resuscitation/CPR** **Do Not Attempt Resuscitation/DNR**
(Selecting CPR means Full Treatment in Section B is selected)

When not in cardiopulmonary arrest, follow orders B and C.

B **MEDICAL INTERVENTIONS** If patient is found with a pulse and/or is breathing.

Check One (optional) **Full Treatment: Primary goal of sustaining life by medically indicated means.** In addition to treatment described in Selective Treatment and Comfort-Focused Treatment, use intubation, mechanical ventilation and cardioversion as indicated. *Transfer to hospital and/or intensive care unit if indicated.*

Selective Treatment: Primary goal of treating medical conditions with selected medical measures. In addition to treatment described in Comfort-Focused Treatment, use medical treatment, IV fluids and IV medications (may include antibiotics and vasopressors), as medically appropriate and consistent with patient preference. Do Not Intubate. May consider less invasive airway support (e.g. CPAP, BiPAP). *Transfer to hospital, if indicated. Generally avoid the intensive care unit.*

Comfort-Focused Treatment: Primary goal of maximizing comfort. Relieve pain and suffering through the use of medication by any route as needed; use oxygen, suctioning and manual treatment of airway obstruction. Do not use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. **Request transfer to hospital only if comfort needs cannot be met in current location.**

Optional Additional Orders _____

C **MEDICALLY ADMINISTERED NUTRITION** (if medically indicated) Offer food by mouth, if feasible and as desired.

Check One (optional) Long-term medically administered nutrition, including feeding tubes. **Additional Instructions (e.g., length of trial period)** _____

Trial period of medically administered nutrition, including feeding tubes. _____

No medically administered means of nutrition, including feeding tubes. _____

D **DOCUMENTATION OF DISCUSSION** (Check all appropriate boxes below)

Patient Agent under health care power of attorney

Parent of minor Health care surrogate decision maker (See Page 2 for priority list)

Signature of Patient or Legal Representative

Signature (required)	Name (print)	Date
_____	_____	_____

Signature of Witness to Consent (Witness required for a valid form)
I am 18 years of age or older and acknowledge the above person has had an opportunity to read this form and have witnessed the giving of consent by the above person or the above person has acknowledged his/her signature or mark on this form in my presence.

Signature (required)	Name (print)	Date
_____	_____	_____

E **Signature of Authorized Practitioner** (physician, licensed resident (second year or higher), advanced practice nurse or physician assistant)
My signature below indicates to the best of my knowledge and belief that these orders are consistent with the patient's medical condition and preferences.

Print Authorized Practitioner Name (required)	Phone
_____	() _____ - _____
Authorized Practitioner Signature (required)	Date (required)
_____	_____

****THIS SIDE FOR INFORMATIONAL PURPOSES ONLY****

Patient Last Name	Patient First Name	MI
-------------------	--------------------	----

Use of the Illinois Department of Public Health (IDPH) Practitioner Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) Form is always voluntary. This order records your wishes for medical treatment in your current state of health. Once initial medical treatment is begun and the risks and benefits of further therapy are clear, your treatment wishes may change. Your medical care and this form can be changed to reflect your new wishes at any time. However, no form can address all the medical treatment decisions that may need to be made. The Power of Attorney for Health Care Advance Directive (POAHC) is recommended for all capable adults, regardless of their health status. A POAHC allows you to document, in detail, your future health care instructions and name a Legal Representative to speak for you if you are unable to speak for yourself.

Advance Directive Information

I also have the following advance directives (OPTIONAL)

Health Care Power of Attorney
 Living Will Declaration
 Mental Health Treatment Preference Declaration

Contact Person Name	Contact Phone Number
---------------------	----------------------

Health Care Professional Information

Preparer Name	Phone Number
Preparer Title	Date Prepared

Completing the IDPH POLST Form

- The completion of a POLST form is always voluntary, cannot be mandated and may be changed at any time.
- A POLST should reflect current preferences of persons completing the POLST Form; encourage completion of a POAHC.
- Verbal/phone orders are acceptable with follow-up signature by authorized practitioner in accordance with facility/community policy.
- Use of original form is encouraged. Photocopies and faxes on any color of paper also are legal and valid forms.

Reviewing a POLST Form

This POLST form should be reviewed periodically and in light of the patient's ongoing needs and desires. These include:

- transfers from one care setting or care level to another;
- changes in the patient's health status or use of implantable devices (e.g. ICDs/cerebral stimulators);
- the patient's ongoing treatment and preferences; and
- a change in the patient's primary care professional.

Voiding or revoking a POLST Form

- A patient with capacity can void or revoke the form, and/or request alternative treatment.
- Changing, modifying or revising a POLST form requires completion of a new POLST form.
- Draw line through sections A through E and write "VOID" across page if any POLST form is replaced or becomes invalid. Beneath the written "VOID" write in the date of change and re-sign.
- If included in an electronic medical record, follow all voiding procedures of facility.

Illinois Health Care Surrogate Act (755 ILCS 40/25) Priority Order

- | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1. Patient's guardian of person | 5. Adult sibling |
| 2. Patient's spouse or partner of a registered civil union | 6. Adult grandchild |
| 3. Adult child | 7. A close friend of the patient |
| 4. Parent | 8. The patient's guardian of the estate |

For more information, visit the IDPH Statement of Illinois law at <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

HIPAA (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT of 1996) PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS AS NECESSARY FOR TREATMENT