

My Care Choices

پرونده

برای شما تا بتوانید تکمیل کنید و با
نزدیکترین افرادتان به اشتراک بگذارید

mycarechoices.online

برنامه‌ریزی پیشاپیش مراقبت در
North East Essex

دستورالعمل‌هایی برای تکمیل پرونده My Care Choices

پرونده My Care Choices مربوط به انتخاب‌های شما برای مراقبت است، بنابراین لطفاً آن بخش‌هایی را که به شما مربوط است، تکمیل کنید.

اگر به بیماری بلندمدت مبتلا هستید و دریافت‌کننده مراقبت از ارائه‌دهندگان مختلف هستید، ممکن است بخواهید آن را تکمیل کنید. این سند شماس است که در مورد شماس و باید آن را با خود یا در خانه خود نگه دارید.

خوب است که به نزدیکان خود اطلاع دهید که سند را تکمیل کرده‌اید و در صورت نیاز کجا می‌توانند آن را پیدا کنند.

اگر مراقب هستید، ممکن است بخواهید با فردی که از او مراقبت می‌کنید بحث کنید و برای تکمیل آن به او کمک کنید.

ممکن بخواهید فقط 3 صفحه اول را تکمیل کنید که اطلاعاتی درباره خودتان است که دوست دارید کسانی که از شما مراقبت می‌کنند، آن را بدانند.

خواندن صفحه اطلاعات مربوط به ثبت My Care Choices در صفحه 6 بسیار مهم است، زیرا پس از تکمیل سند، با رضایت شما، پزشک عمومی‌تان می‌تواند انتخاب‌های شما را در آن وارد کند تا سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی از مراقبت‌هایی که می‌خواهید، آگاه شوند.

درباره من

چه چیزی برایم مهم است؟

اگر مضطرب یا ناراحت باشم، چه چیزی باعث می‌شود احساس بهتری داشته باشم؟ مواردی را بگنجانید که ممکن است در صورت ناراحتی یا مضطرب شدن به شما کمک کند.

آنچه دوست دارم بدانم مثلاً شغل ، رویدادهای گذشته و حال/مهم زندگی من:

چه کسی برایم مهم است و مرا از همه بهتر می‌شناسد؟ این فرد می‌تواند همسر، خویشاوند، دوست یا مراقب باشد.

نام اولین فردی که می‌خواهم در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت‌هایم نقش داشته باشد:

شماره تماس: _____

نام نفر دومی که می‌خواهم در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت‌هایم نقش داشته باشد:

شماره تماس: _____

اتفاقی که دوست دارم در صورت بدتر شدن حالم بیفتد

مثلاً لطفاً با یکی از بستگان نزدیکم تماس بگیرید / می‌خواهم در صورت امکان در یک بیمارستان محلی به جای بیمارستان اصلی از من مراقبت شود.
(لطفاً این اولویت‌ها را با پزشک عمومی خود در میان بگذارید):

چیزی که دوست ندارم اتفاق بیفتد

مثلاً ترجیح می‌دهم به بیمارستان نروم / نمی‌خواهم تغذیه مصنوعی دریافت کنم.
(لطفاً این اولویت‌ها را با پزشک عمومی خود در میان بگذارید):

چیزهای دیگری که افرادی که از من مراقبت می‌کنند باید بدانند؟
به عنوان مثال، اعتقادات معنوی یا مذهبی شما

My Care Choices Register

My Care Choices Register سابقه‌ای از تصمیمات شما درباره موارد زیر است:

- نوع مراقبتی که می‌خواهید در آینده در صورت بدتر شدن حال دریافت کنید و ترجیح شما برای محل مراقبت.

ثبت‌نام برای کسانی است که:

- بیماری مزمن شدیدی دارند که وخامت آن ممکن است جانشان را تهدید کند یا
- وضعیت سلامت کلی ضعیفی دارند و در معرض خطر وخامت ناگهانی هستند یا
- افراد مبتلا به زوال عقل که مایلند ترجیحات خود را برای مراقبت‌های بهداشتی آینده ثبت کنند یا
- در آسایشگاه یا مرکز سالمندان مخصوص افراد مسن زندگی می‌کنند یا
- عارضه‌ای دارند که به احتمال زیاد در سال آخر زندگی‌شان هستند

سوابق به صورت آنلاین نگهداری می‌شود و تنها کارکنان مسئول مراقبت از شما، مانند پزشک عمومی، پرستاران جامعه، کارکنان بیمارستان، خدمات آمبولانس، و سنت هلنا (St Helena) که فرآیند ثبت‌نام را میزبانی می‌کنند، می‌توانند به طور ایمن به آن دسترسی داشته باشند.

آن‌ها می‌توانند در هر ساعت از شبانه‌روز به آن دسترسی داشته باشند، بنابراین می‌توانید مطمئن باشید که هر کسی که از شما مراقبت می‌کند از مراقبتی که می‌خواهید اطلاع دارد.

برخی از کارکنان خانه مراقبت نیز به این سوابق دسترسی دارند و ما در حال تلاش برای گسترش دسترسی هستیم، بنابراین در آینده همه کارکنان پشتیبانی مراقبت اجتماعی و کارکنان خانه مراقبت می‌توانند انتخاب‌های افرادی را که تحت حمایتشان هستند، ببینند.

اگر این نکته در مورد شما صدق می‌کند، ممکن است بخواهید موارد زیر را ثبت کنید:

- نوع مراقبتی که در صورت نزدیک شدن به پایان عمر خود می‌خواهید دریافت کنید، از جمله هرگونه خواسته فرهنگی یا مذهبی
 - انتخاب جایی که دوست دارید در پایان زندگی در آنجا از شما مراقبت شود
- پرونده همچنین اطلاعات کلیدی را در مورد تشخیص، وضعیت شما و درمان پزشکی که دریافت می‌کنید، در بر دارد.

ثبت‌نام My Care Choices تصمیم قبلی برای امتناع از درمان نیست و از نظر قانونی الزام‌آور نیست. اگر می‌خواهید اطلاعات بیشتری در مورد تصمیم‌های پیشاپیش (وصیت‌نامه دوران حیات) داشته باشید، به وب‌سایت Compassion in Dying به آدرس compassionindying.org.uk مراجعه کنید.

رضایت برای به اشتراک‌گذاری اطلاعات من

برای اطمینان از دریافت بهترین مراقبت، رضایت می‌دهم که اطلاعات موجود در این فرم را از طریق سوابق کاغذی و الکترونیکی، از جمله My Care Choices Register، با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی درگیر در مراقبت از من به اشتراک بگذارید.

نام من: _____
امضای من: _____ تاریخ: _____

توصیه می‌شود پس از تکمیل این سند از پزشک عمومی خود بخواهید که انتخاب‌های شما را در سوابق ثبت کند.

وکالت‌نامه دائمی (LPA) برای سلامت و رفاه

LPA به وکیل شما اجازه می‌دهد در مورد سلامتی و رفاه شخصی شما تصمیم‌گیری کند، از جمله تصمیماتی برای امتناع یا رضایت از درمان از طرف شما، مراقبت روزانه و محل زندگی شما. این مورد تنها زمانی لازم الاجرا می‌شود که توانایی تصمیم‌گیری برای خود را از دست بدهید و تنها زمانی معتبر است که در دفتر قیم عمومی ثبت شود.

من یک وکالت‌نامه دائمی برای سلامتی و رفاه شخصی دارم:

بله خیر

اگر درست است، لطفاً جزییات را بیان کنید:

نام: _____
آدرس: _____
تلفن: _____
شماره ارجاع LPA: _____

وکالت دائمی (LPA) برای اموال و امور مالی

LPA به وکیل شما این اختیار را می‌دهد که برای شما تصمیمات مالی بگیرد، به عنوان مثال مدیریت حساب‌های بانکی یا فروش خانه‌تان. وکیل شما این اختیار را دارد که به محض ثبت LPA در دفتر قیم عمومی، مدیریت امور مالی شما را برعهده بگیرد، مگر اینکه LPA بیان کند که این امر تنها در صورت از دست دادن قابلیت مدیریت امورتان امکان‌پذیر است.

من دارای وکالت‌نامه دائمی در امور دارایی و مالی هستم:

بله خیر

اگر درست است، لطفاً جزییات را بیان کنید:

نام: _____

آدرس: _____

تلفن: _____

شماره ارجاع LPA: _____

من نماینده منصوب توسط دادگاه دارم

نام: _____

شماره تلفن: _____

لطفاً توجه داشته باشید، قبل از سال 2007، وکالت‌نامه دائمی راهی برای تعیین نماینده بود.

اگر وکالت‌نامه دائمی معرفی کرده‌اید، لطفاً اینجا را علامت بزنید

اگر LPA ندارید و مایل به تهیه آن هستید، لطفاً با یک وکیل تماس بگیرید یا به آدرس زیر مراجعه کنید:

www.gov.uk/power-of-attorney/make-lasting-power

برنامه‌ریزی مراقبت‌های بهداشتی در اواخر عمر

با نگاهی به آینده، ممکن است بخواهید در مورد اینکه چگونه می‌خواهید مراقبت به شما ارائه شود و کجا می‌خواهید این کار انجام شود، فکر کرده و صحبت کنید.

اگر وضعیت من بدتر شود، اینجا جایی است که می‌خواهم در آنجا از من مراقبت شود:

انتخاب 1 _____

انتخاب دوم _____

اینجا جایی است که من دوست دارم در پایان زندگی از من در آنجا مراقبت شود:

انتخاب 1 _____

انتخاب دوم _____

اینها مدارک دیگری هستند که من در تکمیل آنها مشارکت داشته‌ام:

DNACPR (احیای قلبی ریوی را انجام ندهید)

تاریخ: _____

تصمیم قبلی برای امتناع از درمان

تاریخ: _____

جزئیات: _____

ReSPECT (طرح خلاصه توصیه شده برای مراقبت و درمان اضطراری)

تاریخ: _____

جزئیات: _____

تماس‌های اضطراری

در صورتی که حالم خوب نباشد یا نتوانم درباره سلامتی خودم تصمیم بگیرم، مهم است که با افراد زیر صحبت کنید:

_____ مایلم

در صورت اضطرار ابتدا با ایشان تماس گرفته شود.

نام: _____

نسبت با من: _____

تلفن: _____

نام: _____

نسبت با من: _____

تلفن: _____

نام: _____

نسبت با من: _____

تلفن: _____

نام: _____

نسبت با من: _____

تلفن: _____

متخصصان مراقبت‌های بهداشتی

_____ پزشک عمومی:

سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی درگیر در مراقبت‌های من:

_____ (نام و سازمان)

_____ (نام و سازمان)



StHelena
For the people you love

منتشر شده در "2023 - ویراست پنجم. برای سفارش مجدد کتابچه، لطفاً به literature@sthelena.org.uk با ذکر MCCR/01 ایمیل بزنید.

شماره خیریه ثبت شده 280919. دفتر ثبت شده: Myland Hall, Barncroft Close, Highwoods, Colchester, CO4 9JU