

Reconhecendo seus desejos – Making Your Wishes Known

As Diretrizes antecipadas orientam os profissionais de saúde e a família a saber o que é mais importante para você para atender aos seus desejos. Este pacote orienta as outras pessoas a tomar as decisões de cuidados médicos, caso você esteja impossibilitado de falar. Este pacote contém informações gerais e formulários a serem preenchidos, que incluem a Designação do Procurador de Cuidados de Saúde e um Testamento Vital.

O que devo fazer após preencher o formulário de Diretrizes Antecipadas?

- É de extrema importância que sua família, a equipe e os assistentes da área da saúde saibam sobre os seus desejos e cuidados médicos, a fim de atendê-los;
- Compartilhe cópias deste formulário, com o(s) seu(s) Procurador de Cuidados de Saúde, médicos, enfermeiros(as), cuidadores, familiares e amigos conforme apropriado;
- Guarde uma cópia deste documento em um local de fácil acesso;
- Lembre-se de revisar seus formulários com o passar dos anos e em qualquer evento importante de saúde, pois suas decisões podem mudar.

E se eu mudar de ideia?

- Você pode mudar de ideia a qualquer momento;
- As suas decisões já discutidas sobre o tratamento médico devem ser consideradas independente de não serem as mesmas daquelas descritas no formulário;
- Se você mudar de decisão, preencha um novo formulário e informe o seu Procurador de Cuidados de Saúde e à equipe médica.

Em caso de dúvidas, pergunte ao seu médico, líder religioso ou advogado.

O **Procurador de Cuidados de Saúde** é o profissional confiável e escolhido por você, responsável por tomar decisões sobre a sua saúde quando você está muito doente ou não pode decidir-se por si só, mas deseja tê-lo como substituto. O seu Procurador de Cuidados de Saúde deve tomar as decisões com base no formulário de Testamento Vital preenchido por você. Em algumas situações, o Procurador responsável tomará as decisões com base na sua vontade. Geralmente os membros familiares são boas opções, porém nem sempre são escolhidos.

Ao designar o Procurador de Cuidados de Saúde, escolha:

- Alguém que tenha 18 anos ou mais e esteja em boas condições de saúde mental para tomar decisões;
- Alguém que compreenda os seus valores pessoal, social, espiritual e que possa lhe representar;
- Alguém que compreenda e siga os seus desejos, mesmo que sejam diferentes dele próprio;
- Alguém que esteja disponível e possa realizar um bom trabalho com a equipe médica;
- Alguém que saiba lidar com situações familiares estressantes.

E se eu não escolher um Procurador de Cuidados de Saúde?

Se você não escolher um Procurador de Cuidados de Saúde e encontra-se muito doente e impossibilitado de tomar suas próprias decisões, seu parente próximo será considerado como a pessoa de decisão seguindo o seguinte critério de prioridade:

1. Esposo(a)
2. Filho(s) adulto(s)
3. Pais
4. Irmã(aos) adulto(s)
5. Parente(s) adulto(s)
6. Amigo próximo (por atestado autenticado)



Formulário de Designação do Procurador de Cuidados de Saúde
Designation of Health Care Surrogate Form – Brazilian Portuguese

Caso eu I, (nome completo) (complete name) _____, não esteja apto(a) a tomar as decisões relativas à minha saúde, eu escolho o Procurador de Cuidados de Saúde:

Nome: _____ / _____
Primeiro nome (First Name) Sobrenome (Last Name) Telefone (Phone #)

Endereço (Address): _____

Se o Procurador de Cuidados de Saúde designado não pode ou não desejar realizar estas tarefas, minha segunda opção será:

Nome: _____ / _____
Primeiro nome (First Name) Sobrenome (Last Name) Telefone (Phone #)

Endereço (Address): _____

Se for determinada por meu(s) médico(s) incapacidade da minha parte para decidir sobre a minha saúde, o Procurador de Cuidados de Saúde iniciará suas atividades.

Opcional: Eu também posso solicitar que o Procurador de Cuidados de Saúde inicie suas atividades **imediatamente**, embora eu me sinta capaz de escolher uma ou ambas as opções a seguir:

NECESSÁRIO ASSINALAR INICIAIS

_____ Embora eu possa receber as informações sobre a minha saúde, meu Procurador de Cuidados de Saúde está autorizado (Assinalar iniciais) (Initial) a recebê-las.

_____ Meu Procurador de Cuidados de Saúde está autorizado a tomar as decisões relativas à minha saúde, embora eu esteja (Assinalar iniciais) (Initial) apto neste momento. No entanto, enquanto eu for capaz de realizar determinada atividade, qualquer orientação ou decisões que eu tomar sobre a minha saúde, seja por meio oral ou escrito, este substituirá quaisquer instruções ou decisões tomadas pelo meu Procurador de Cuidados de Saúde.

Orientações ou restrições específicas: _____

Eu autorizo o Procurador de Cuidados de Saúde a tomar todas as decisões relativas à minha saúde, da qual ele ou ela poderá:

- Fornecer o consentimento informado, recusar ou retirar o consentimento para todos e quaisquer cuidados relativos à minha saúde, incluindo os procedimentos que prolonguem a vida;
- Acessar as informações sobre a minha saúde razoavelmente necessárias, de modo que ele / ela tome as decisões relacionadas à minha saúde e solicite os devidos benefícios para mim;
- Solicitar em meu nome os benefícios privados, públicos, governamentais ou de veteranos para pagar o custo das despesas médicas;
- Decidir realizar uma doação anatômica.

Minha assinatura: _____ Data (Date): ____/____/____ Hora (Time): _____
My Signature

1ª Testemunha (obrigatório): 1st Witness (required)

2ª Testemunha (obrigatório): 2nd Witness (required)

Assinaturas das Testemunhas (Witness Signatures): São necessárias duas. Seu Procurador de Cuidados de Saúde não pode ser testemunha. A testemunha pode ser apenas uma pessoa da família ou o(a) esposo(a). Este documento não necessita ser autenticado.

_____ Phone
OR Video
Equipe qualif. / Ass. do Intérprete (Assinalar) Nome légitimo da equipe / Intérprete Nº ID Idioma Falado
Qualified Staff / Interpreter Signature (Check) Print Qualified Staff / Interpreter Name ID Number Language Interpreted



Patient Label

INFORMAÇÕES SOBRE O TESTAMENTO VITAL

LIVING WILL INFORMATION

O Testamento Vital permite que a equipe médica, familiares e outros membros responsáveis pela sua saúde saibam sobre os seus desejos no que diz respeito ao tratamento de apoio à vida e de que forma ele pode ser aplicado. Os **tratamentos de apoio à vida** são utilizados quando você está muito doente. Muitas vezes esses tratamentos são úteis, mas em determinadas situações podem trazer sofrimento ao paciente e prolongar o processo de morte. A diferença entre o prolongamento de vida e de sofrimento depende dos seus valores do que uma vida significativa representa. Quando você está muito doente e sujeito(a) a morte, é incapaz de falar por si só. Esta parte beneficia-o por meio da "voz" quando você encontra-se inapto a falar. Os tratamentos de apoio à vida podem incluir, mas não são limitados a: **medicamentos, cirurgias e procedimentos invasivos**, como:

- **Intubação por meio de um aparelho respiratório ou ventilação:** é inserido um tubo através da sua boca que chega aos pulmões, ou é inserido um tubo de traqueostomia no pescoço, permitindo a passagem de ar em seus pulmões e facilitando a sua respiração de forma artificial;
- **Alimentação artificial:** Trata-se de um tubo de alimentação ou NPT, que é um suplemento nutricional IV, caso não seja possível engolir;
- **Fluídos IV:** é a hidratação e administração de medicamentos;
- **Transfusões de sangue:** caracteriza-se por transferir o sangue ou componentes sanguíneos de uma pessoa para outra por meio intravenoso;
- **Díalise:** é um aparelho que limpa o sangue quando os rins param de funcionar.

FORMULÁRIO TESTAMENTO VITAL Living Will Form - Brazilian Portuguese

Se eu estiver muito doente, desejo: (Assinalar iniciais na Seção I OU na Seção II abaixo)

Seção I. Eu não desejo receber nenhum tratamento de apoio à vida se eu estiver em: (assinalar todas que se aplicam)

_____ **Estado vegetativo persistente:** é uma condição permanente de perda de consciência, ou seja, você não consegue interagir (Assinalar iniciais) (initial) com o mundo, não possui ações voluntárias e não consegue pensar.

_____ **Condição de fase terminal:** é uma condição irreversível que provoca piora grave e reduz permanentemente a saúde, onde o (Assinalar iniciais)(initial) tratamento provavelmente não funcionaria.

_____ **Fase terminal:** é uma condição em que não há nenhuma possibilidade de recuperação e espera-se que ocorra a morte sem (Assinalar iniciais) (initial) tratamento.

Eu aceito _____ (ass. iniciais) (initial) **ou não** _____ (ass. iniciais) (initial) desejo que seja fornecida a nutrição e / ou hidratação artificial por meio de um tubo de alimentação ou por alimentação intravenosa, as quais servirão apenas para prolongar de forma artificial o processo de morte.

Por livre e espontânea vontade e de forma voluntária, solicito que seja considerado o meu desejo de que minha morte não seja prolongada artificialmente nas circunstâncias acima mencionadas. Solicito permissão para morrer naturalmente e apenas sob a administração de medicamentos ou com o desempenho de qualquer procedimento médico considerado necessário para me proporcionar cuidados de conforto ou para aliviar a dor

OU

Seção II.

_____ **Eu não desejo experimentar** os tratamentos de apoio à vida que meu médico considere benéfico. Se esses tratamentos **não** (Assinalar iniciais) (initial) **funcionarem** e houver mínimas expectativas de melhoras, **eu não desejo** que os aparelhos médicos permaneçam ligados.

Instruções adicionais (Opcional) Additional Instructions (Optional): _____

Eu solicito que o Testamento Vital seja considerado por meus familiares e minha equipe médica, e consinto com as consequências resultantes das minhas escolhas. Estou ciente desta decisão.

Minha assinatura (My signature): _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

1ª testemunha (obrigatório): 1st Witness (required) 2ª testemunha (obrigatório): 2nd Witness(required):

Assinaturas das testemunhas: São necessárias duas. Somente um membro familiar ou o(a) esposo(a) poderá ser testemunha. Não precisa de autenticação.

_____ Phone
OR Video _____
Ass. da Equipe Qualif. / Intérprete (Assinalar) Nome legível da equipe/Intérprete Nº ID Idioma Falado
Qualified Staff / Interpreter Signature (Check) Print Qualified Staff / Interpreter Name ID Number Language Interpreted



Patient Label

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES ADICIONAIS REFERENTES AOS SEUS DESEJOS PARA
COMPARTILHAR COM A EQUIPE MÉDICA E COM O(A) FAMÍLIA/PROCURADOR DE CUIDADOS DE
SAÚDE**

Additional Important Information Regarding Your Wishes To Share With Your Health Care Team and Health Care Surrogate / Family

O Testamento Vital NÃO é um pedido de “Não Reanimação” (DNR).

Se você não deseja receber uma Reanimação Cardiopulmonar (RCP) durante uma parada cardíaca ou parada respiratória, comunique o seu médico para solicitar uma ordem “DNR” (Não Reanimação), a qual trata-se de uma permissão de morte natural. É necessário solicitar uma ordem “DNR” específica, que orienta a equipe médica sobre os procedimentos a serem seguidos em casos de parada cardíaca e / ou pulmões. Em outras palavras, isto não significa “Não receber o tratamento” antes que o seu coração / pulmão pare. Se você é um paciente, serão fornecidos os cuidados e o tratamento recomendados por seu médico e acordados com você. Lembre-se de informá-lo sobre a sua condição clínica atual, assim como o benefício e o prejuízo resultantes das escolhas de tratamento.

A Reanimação Cardiopulmonar (RCP) é uma tentativa de reanimar as funções do coração e dos pulmões, caso um deles ou ambos parem de funcionar. A RCP envolve:

- Compressões torácicas – trata-se de uma pressão realizada em movimento repetitivo de forma brusca na parede torácica para garantir a circulação sanguínea;
- Desfibrilação – aplicação de choques elétricos que visam reanimar o coração;
- Medicamentos intravenosos;
- Intubação por meio de um aparelho respiratório ou ventilação.

Geralmente, quando a RCP é realizada com êxito, o paciente permanece na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sob um aparelho respiratório e outras terapias de tratamento, caso seja necessário.

Se você não escolher as medidas de RCP, as quais devem ser realizadas em casos de parada cardíaca e / ou respiratória, você (ou o seu procurador de cuidados de saúde ou parentes mais próximos, caso não consiga tomar as decisões médicas) deverá(ão) assinar um Formulário de pedido separado de DNR (Não reanimação). Há dois tipos de formulários de DNR: um específico do hospital e outro público. Seu médico pode fornecer-lhe mais informações sobre o formulário de pedido DNR mais adequado que corresponda com seus desejos.

Se você é paciente deste hospital, converse com seu médico sobre o procedimento de preenchimento do formulário do Pedido de Não Reanimação. Caso faça parte da comunidade, realize o download e imprima o formulário de Não Reanimação do Estado da Flórida, que está disponível em <http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/do-not-resuscitate/index.html>. Este documento deve ser impresso em um papel pardo e conter a sua assinatura e a assinatura do seu médico, a fim de ser considerado pelos Serviços Médicos Emergenciais Públicos.



Patient Label