

**הנחיות רופא הוספיס בית / רופא מטפל לכוחות ההצלה
על רצונותיו של מטופל ביחס לביצוע החייאה / פינוי לבי"ח**

המטופל - שם: _____ שם משפחה: _____ ת.ז: _____, הוגדר כחולה
הנוטה למות/שלב סופי, על ידי הרופא האחראי ד"ר _____, בתאריך
_____ וזאת על פי החלטה מנומקת המתועדת בתיקו הרפואי של המטופל.

החולה הצהיר בפני כי במקרה חירום / סכנת חיים, אם לא יהיה כשיר למסור את רצונו באותו זמן, ויהיה במצב בו הוא
סובל סבל משמעותי, יש להתייחס לאפשרויות הבאות ע"פ המסומן:

החייאה: לבצע / לא לבצע (אם ביקשת לבצע החייאה – יבוצע גם פינוי לבית חולים)

פינוי לבית חולים: לפנות / לא לפנות

טיפול שנועד להקל על כאב או קוצר נשימה: מעוניין לקבל / לא מעוניין לקבל

הצהרה זו תועדה בנוכחות עדים בתיק הרפואי / מסמך הנחיות מקדימות שנחתם על ידי המטפל.

הסברתי למטופל כי כל עוד אינו בשלב הסופי של מחלתו, לא ניתן יהיה להימנע מטיפולים גלויים מסויימים כגון
טיפולים מקלים, טיפול במחלות גלויות ומתן מזון ונוזלים.

ידוע לי שמסמך זה נועד להצגה בפני צוותי שירותי אמבולנס ורפואת חירום במקרה הצורך, ושלפי נוהלי משרד
הבריאות הצוות יהיה רשאי ליצור איתי קשר טלפוני על מנת לאמת את האמור במסמך.

בברכה,

ד"ר (שם מלא): _____ [יש לרשום בכתב ברור + חותמת]

מס' רישיון: _____

קופ"ח \ שרות הוספיס בית: _____

טלפון נייד: _____ טלפון נוסף (רשות): _____

תאריך: _____

תוקף טופס זה לחצי שנה בלבד

יש לחדש את הטופס אחת לחצי שנה