



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

חטיבת הרפואה

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות

The Central Data Bank of Advance Medical Directives

הנחיות למילוי טופס הנחיות רפואיות מקדימות לטיפול רפואי עתידי בחולה הנוטה למות

הנחיות	עמוד
<p>פרטים אישיים: שם מלא, תעודת זהות, שנת לידה וכתובת עדכנית <u>כפי שמופיע בת.ז.</u> ניתן להוסיף כתובת נוספת למשלוח דואר. מצב רפואי: בריא, חולה נוטה למות, אחר (מחלות כרוניות לסוגיהן) יש לציין ממי קיבל מידע רפואי: שם הרופא או האחות המוסמכת</p>	<p>עמוד 1 - פרטים אישיים ופרטי הרופא או האחות שמסרו לכם את המידע</p>
<p>הסבר של הרופא/האחות על המונחים הרפואיים המופיעים בעמ' 4 - 5. נוסח תמצית המידע הרפואי יהיה כדלקמן: הסברתי למר X את המונחים הרפואיים המופיעים בעמ' 4-5 לדוגמא: החייאה, הנשמה, דיאליזה. מר X הבין את ההסבר. במידה ומדובר במילוי טופס על ידי חולה הנוטה למות, רק רופא מומחה יכול למלא סעיף זה. בנוסף, יש לצרף לתמצית המידע סיכום אבחנות רפואיות. הרופא/האחות צריך לחתום בסיום + חותמת</p>	<p>עמוד 2 - פירוט תמצית המידע הרפואי - יירשם ע"י רופא מומחה, רופא, או אחות מוסמכת (למעט רופא שיניים או וטרינר)</p>

The Central Data Bank of Advance Medical Directives
Ministry of Health
39 Yirmiyahu St., Jerusalem 9446724
maagar.meida@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655916

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות
משרד הבריאות
רח' ירמיהו 39, ירושלים 9446724
maagar.meida@moh.health.gov.il
טל: *5400 פקס: 02-5655916



משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר

חטיבת הרפואה
המרכז להנחיות רפואיות מקדימות
The Central Data Bank of Advance Medical Directives

הנחיות	עמוד
<p>במידה ולא סומן עמוד זה, הגדרת סבל משמעותי תהיה לפי מה שקבוע בחוק. אין חובה למלא עמוד זה</p>	<p>עמוד 3 - סבל משמעותי אין חובה למלא עמוד זה</p>
<p>בסעיפים א' - ו' מפורטים כל הדרכים להנשמה/החייאה. ניתן למלא רק סעיף א' במידה ורצונו להימנע או לא להימנע באופן כללי. סעיף ו' - חיבור למנשם מדובר על טיפול עתידי שכרגע אינו קיים בפועל. אולם, על נותן ההנחיה שבוחר לא להימנע מחיבור למנשם, לציין את משך הזמן לשימוש במנשם (אם יהיה קיים). יש לציין מספר ימים או שבועות או חודשים וכו' לציון משך הזמן שבו הנך בוחר להיות מחובר למנשם. סעיפים ז' - יג' - דיאליזה, ניתוחים, הקרנות לשיכוד כאב, כימותרפיה, אנטיביוטיקה, בדיקות אבחוניות.</p>	<p>עמוד 4 - טבלה המפרטת את סוגי הטיפולים הרפואיים השונים לבחירה, למצב בו ממלא הטופס יהיה או הנו בסטטוס המוגדר כ"חולה נוטה למות" (שתוחלת חייו היא עד 6 חודשים) יש לסמן סביב בחירתך (להקיף בעיגול) <u>להימנע</u> - משמעותו לא לקבל טיפול או <u>לא להימנע</u> - משמעותו כן לקבל טיפול</p>
<p>סעיפים א' - יג', בדיוק כמו עמוד 4. סעיף יח' - כוונת סעיף זה למתן משככי כאבים ולא להארכת חיים ולכן לא ניתן להימנע מקבלת טיפול זה, ויש לסמן "לא להימנע"</p>	<p>עמוד 5 - טבלה המפרטת את סוגי הטיפולים הרפואיים השונים לבחירה, למצב המוגדר כ"חולה נוטה למות" בשלב סופני (שתוחלת חייו אינה עולה על שבועיים) יש לסמן סביב בחירתך (להקיף בעיגול) <u>להימנע</u> - משמעותו לא לקבל טיפול.</p>

The Central Data Bank of Advance Medical Directives
Ministry of Health
39 Yirmiyahu St., Jerusalem 9446724
maagar.meida@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655916

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות
משרד הבריאות
רח' ירמיהו 39, ירושלים 9446724
maagar.meida@moh.health.gov.il
טל: *5400 פקס: 02-5655916



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

חטיבת הרפואה

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות

The Central Data Bank of Advance Medical Directives

הנחיות	עמוד
	או לא להימנע – משמעותו כן לקבל טיפול
אין חובה למלא עמוד זה.	עמוד 6 - הנחיות למצב חירום
אין חובה למלא עמוד זה. מי שממלא עמוד זה למעשה מבקש להאריך חיים בכל מצב ולבצע בו את כל הטיפולים גם אם לדעת הרופאים הטיפולים לא אפקטיביים. אם אין הכוונה להאריך חיים, אין צורך למלא עמוד זה.	עמוד 7 - הוראות רפואיות מקדימות למתן טיפול רפואי חריג להארכת חיים
סעיף ג'1 – רק אם הנך מצרף גם טופס ייפוי כוח <u>בנוסף</u> לטופס ההנחיות הרפואיות המקדימות, יסמן את בחירתו. סעיף ג'2 - במידה ובנוסף להנחיה הרפואית צירף טופס ייפוי כוח, יש לסמן במקרה של ניגוד בין הטפסים איזו החלטה תגבר. את סעיפים 3+4 בעמ' זה אין חובה למלא. יידוע אנשים - אין חובה למלא חלק זה. ניתן למלא פרטי האנשים אשר יודעים על קיומו של הטופס. יש למלא פרטים מלאים הכוללים שם מלא, טלפון, כתובת. חתימת נותן ההנחיה צריכה להיות מרצון חופשי כשהוא צלול ובהכרה מלאה. בנוסף, החתימה תיחתם במעמד 2 העדים (בעמ' 9) <u>שאינם</u> קרובי משפחה מדרגה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים) ואינם בעלי אינטרס כלכלי או אחר כלפי נותן ההנחיות.	עמוד 8 - הצהרות וחתימות - חתימת נותן ההנחיות הרפואיות המקדימות

The Central Data Bank of Advance Medical Directives
Ministry of Health
39 Yirmiyahu St., Jerusalem 9446724
maagar.meida@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655916

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות
משרד הבריאות
רח' ירמיהו 39, ירושלים 9446724
maagar.meida@moh.health.gov.il
טל: *5400 פקס: 02-5655916



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

חטיבת הרפואה

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות

The Central Data Bank of Advance Medical Directives

הנחיות	עמוד
<p>על נותן ההנחיות ושני העדים לחתום באותו מעמד ובאותו תאריך. יש למלא פרטים מלאים: תאריך מלא, שם מלא, טלפון.</p>	
<p>אופן הכרות עדים - על העדים לסמן בראש העמוד את אופן היכרותם עם נותן ההנחיה.</p> <p>חתימת העדים - 2 העדים שאינם קרובי משפחה מדרגה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים) ואינם בעלי אינטרס כלכלי או אחר כלפי נותן ההנחיות, יחתמו במעמד חתימת נותן ההנחיות. על נותן ההנחיות ושני העדים לחתום באותו מעמד ובאותו התאריך.</p> <p>יש למלא פרטים מלאים: תאריך מלא, שם מלא, טלפון.</p> <p>חתימת מוסר המידע הרפואי - על הרופא או האחות המוסמכת אשר נתנו את ההסבר הרפואי על הטופס למלא את ההצהרה למי נתנו את המידע הרפואי, באיזה תאריך ולמלא את פרטיהם האישיים הנדרשים בטופס. במקרה של חולה נוטה למות (שנותר לו חצי שנה לחיות) על רופא מומחה למלא את פרטיו המלאים ולחתום בסעיף זה למטה</p>	<p>עמוד 9 - חתימות העדים והרופא או האחות</p>

עם שליחת הטופס למשרד הבריאות, יש להקפיד לצרף צילום ת.ז. וספח

The Central Data Bank of Advance Medical Directives
Ministry of Health
39 Yirmiyahu St., Jerusalem 9446724
maagar.meida@moh.health.gov.il
Tel: *5400 Fax: 02-5655916

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות
משרד הבריאות
רח' ירמיהו 39, ירושלים 9446724
maagar.meida@moh.health.gov.il
טל: *5400 פקס: 02-5655916