



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

חטיבת הרפואה

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות

The Central Data Bank of Advance Medical Directives

הנחיות למילוי טופס ייפוי כוח למתן הנחיות רפואיות לטיפול בחולה הנוטה למות

הנחיות	עמוד
<p>פרטים אישיים: שם מלא, מספר תעודת זהות, שנת לידה וכתובת עדכנית כפי שמופיע בת.ז. ניתן להוסיף כתובת נוספת למשלוח דואר.</p> <p>מצב רפואי: בריא, חולה נוטה למות, אחר (מחלות כרוניות לסוגיהן)</p> <p>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.</p> <p>נוסח תמצית המידע הרפואי יהיה כדלקמן:</p> <p>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.</p>	<p>עמוד 2 - פירוט תמצית המידע הרפואי - יירשם ע"י רופא מומחה, רופא, או אחות מוסמכת (למעט רופא שיניים או וטריןר)</p> <p>במידה ונותן ייפוי הכוח בוחר בחלופה א' בעמ' 4 אין צורך למלא את עמוד 2.</p>
<p>חובה לציין שם מלא של מיופה הכוח ומספר תעודת הזהות שלו. מיופיי הכוח יכולים להיות קרובי משפחה או כל גורם אחר שניתן לסמוך עליו.</p>	<p>עמוד 3 - ייפוי הכוח - ממלאים את פרטי מיופיי הכוח.</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>סבל משמעותי - אין חובה למלא חלק זה ניתן לסמן מספר בחירות</p>	
<p>בחירת חלופה: יש לבחור רק אחת מהחלופות: חלופה א' - מיופה הכוח יכול לקבל כל החלטה בדבר מתן טיפול רפואי לחולה או אי מתן טיפול רפואי לחולה. חלופה ב' - מיופה הכוח רשאי להחליט על הארכת חיים בכל מחיר חלופה ג' - יש לבחור במשבצות הנלוות בין האפשרויות האם מיופה הכוח יחליט על טיפול מאריך חיים או להימנע מטיפול מאריך חיים.</p>	<p>עמוד 4 - סמכויות מיופה הכוח</p>
<p>יש למלא ב-X את הבחירות שבהן מעוניין ממלא הטופס.</p>	<p>עמוד 5 - 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 למלא עמ' זה רק במידה ובחר בחלופה ג' בעמ' 4</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
יש למלא ב-X את הבחירות שבהן מעוניין ממלא הטופס.	עמוד 6 - טבלה המפרטת את סוגי הטיפולים הרפואיים השונים לבחירה, למצב בו ממלא הטופס יהיה או הנו בסטטוס המוגדר כ"חולה נוטה למות" בשלב סופני (שתוחלת חייו אינה עולה על שבועיים) <u>יש למלא עמ' זה רק במידה ובחר בחלופה ג' בעמ' 4</u>
ג3 - ג5 - למילוי חופשי במידת הצורך. הנחיות רפואיות מקדימות - יש למלא סעיפים אלו במידה ונותן ייפוי הכוח צירף טופס הנחיות רפואיות מקדימות בנוסף לייפוי כוח זה. סעיף 1 - יש לסמן במידה וצירפת טופס הנחיות רפואיות מקדימות. סעיף 2 - יש לסמן איזה טופס יגבר. יש להיות עקביים בסימון ההחלטה בשני הטפסים.	עמוד 7 - ג3 - ג5 - הגדרות והוראות. התייחסות לטופס הנחיות רפואיות מקדימות

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>יידוע אנשים - אין חובה למלא חלק זה. ניתן למלא פרטי כל קרבה של אותם אנשים אשר יודעים על קיומו של הטופס. יש למלא פרטים מלאים הכוללים שם מלא, טלפון, כתובת.</p> <p>חתימת נותן ההנחיה - צריכה להיות מרצון חופשי כשהוא צלול ובהכרה מלאה. יש לחתום במעמד 2 העדים (בעמי' 9) שאינם קרובי משפחה מדרגה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים) ואינם בעלי אינטרס כלכלי או אחר כלפי נותן ההנחיות.</p> <p>על נותן ההנחיות ושני העדים לחתום באותו מעמד ובאותו תאריך. יש למלא פרטים מלאים: תאריך מלא, שם מלא, טלפון.</p>	<p>עמוד 8 - הצהרות וחתימות של ממלא הטופס</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>אופן הכרות עדים - בראש העמוד - על העדים לסמן את אופן היכרותם עם נותן ההנחיה.</p> <p>חתימת העדים - על העדים לחתום באותו מעמד ואותו תאריך עם חתימת נותן ההנחיות.</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.</p> <p>במקרה של מילוי טופס על ידי אדם שהנו בסטטוס "חולה נוטה למות" (שנותרה לו חצי שנה לחיות) יש להחתים רופא מומחה למלא את פרטיו המלאים ולחתום בסעיף זה למטה.</p>	<p>עמוד 9 - חתימת 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