

صدای من

بیان خواسته‌های من برای درمان مراقبتی آینده

راهنمای طرح مراقبت از پیش تعیین شده



فوریه 2020

استفاده از این راهنما داوطلبانه است و به منظور تکمیل مکالمات با خانواده نزدیک شما یا ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در مورد گزینه‌های طرح مراقبت از پیش تعیین شده که ممکن است برای شما مناسب باشد، در نظر گرفته شده است. علاوه بر این، فرم‌های ارائه شده بازتاب قوانین در تاریخ انتشار است. قوانین ممکن است در طول زمان تغییر کنند. این راهنما جایگزین مشاوره پزشکی و حقوقی نیست.

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication

صدای من (My Voice) -- بیان خواسته‌های من برای درمان
مراقبتی آینده.

دارای فهرست راهنماست.
ISBN 978-0-7726-6524-9

1. وصیتنامه پزشکی (مراقبت پزشکی) -- بریتیش کلمبیا --
آثار محبوب. ا. بریتیش کلمبیا. وزارت بهداشت ا. عنوان.

R726.2 M9 2011

344.71104'197

C2011-909048-1

شماره مرجع چاپ اسناد سازمان بهداشت:

FH: 349976

IH: 807025

NH: 1752

PHSA: PHSA240

VCH: 00089414

VIHA: 90444

تقدیر و تشکر

وزارت بهداشت، از Fraser Health به خاطر اجازه آن‌ها به منظور اقتباس از کتاب کار صدای من (My Voice) برای تدوین راهنمای ایالتی جدید برای طرح مراقبت از پیش تعیین شده، تقدیر می‌کند. همچنین از بسیاری از پزشکان و بیمارانی که وقت و ایده‌های خود را به اشتراک گذاشتند، سپاسگزاریم. این راهنما را وزارت بهداشت و با همکاری دیگران تهیه کرده است:



فهرست مطالب

2	مقدمه
3	چرا طرح مراقبت از پیش تعیین شده مهم است؟
5	تدوین طرح مراقبت از پیش تعیین شده شما
5	باورها، ارزش ها و خواسته‌ها
6	مداخلات پزشکی حفظ حیات و افزایش عمر
8	گزینه‌های طرح مراقبت از پیش تعیین شده
9	تصمیم گیرنده جایگزین موقت (TSDM)
11	توافقنامه نمایندگی
14	وصیتنامه پزشکی
16	توافقنامه نمایندگی و وصیتنامه پزشکی
19	وکالتنامه درازمدت
20	تغییر یا لغو طرح مراقبت از پیش تعیین شده شما
22	تعاریف اصطلاحات
25	مرتب کردن مدارک خود
	طرح مراقبت از پیش تعیین شده من
27	طرح مراقبت از پیش تعیین شده من - خلاصه
28	فهرست تصمیم گیرنده جایگزین موقت من (TSDM)
30	باورها، ارزش ها و خواسته‌های من
32	نماینده من: توافقنامه‌های استاندارد (RA 7) و پیشرفته (RA 9)
34	توافقنامه نمایندگی (بخش 7)
40	فرم 1: گواهی نماینده یا نماینده جایگزین
41	فرم 2: گواهی ناظر
42	فرم 3: گواهی شخص امضاءکننده از طرف فرد بزرگسال
43	فرم 4: گواهی شهود
44	توافقنامه نمایندگی (بخش 9)
50	وصیتنامه پزشکی من
52	منابع
52	کارت کیف پول

مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها در مورد درمان مراقبتی مهم است. ممکن است زمانی فرا برسد که به دلیل بیماری یا جراحی، نتوانید خواسته‌های درمانی خود را به ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها بیان کنید. با برنامه ریزی از پیش تعیین شده، می‌توانید مطمئن باشید که خانواده، دوستان و/یا ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها خواسته‌های شما را می‌دانند و می‌توانید از انجام این خواسته‌ها اطمینان حاصل کنید.

قانون برنامه ریزی عدم صلاحیت (یا شخصی) جدید در 1 سپتامبر 2011 در B.C. (بریتیش کلمبیا) اجرا شد که گزینه‌های بیشتری برای بیان خواسته‌های خود در مورد تصمیمات مراقبتی آینده در اختیار بزرگسالان می‌گذارد. این قانون به بزرگسالان توانمند اجازه می‌دهد تا طرح‌هایی را به اجرا بگذارند که بر اساس باورها، ارزش‌ها و خواسته‌هایشان، درمان‌های مراقبت‌های بهداشتی را که با آن موافقت می‌کنند یا رد می‌کنند، مشخص می‌کند. اگر هیچ تصمیم/طرحی وجود نداشته باشد، قانون رضایت مراقبتی B.C. (بریتیش کلمبیا) به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی تحت نظارت دستورالعملی خاص در رابطه با انتخاب فرد تصمیم‌گیرنده از طرف یک شخص می‌دهد.

این راهنما و صفحات کتاب کار در نیمه دوم این کتابچه به شما کمک می‌کند تا یک طرح مراقبتی از پیش تعیین شده را تکمیل کنید که خواسته‌های شما را در مورد تصمیمات مراقبتی در صورتی که قادر به انجام آن نباشید، بیان می‌کند. این امر به شما کمک می‌کند تا آنچه را که برایتان مهم است در نظر داشته باشید، به شما کمک می‌کند تا باورها و خواسته‌های خود را مستند کنید و همچنین طرح مراقبت از پیش تعیین شده را که به بهترین وجه برای شما مناسب است، تدوین کنید.

با توجه به طرح مراقبت از پیش تعیین شده‌ای که انتخاب می‌کنید، ممکن است از شما خواسته شود که فرم‌های قانونی را تکمیل کنید تا اطمینان حاصل شود که خواسته‌های شما اجرا می‌شود. این راهنما شامل فرم‌هایی است که می‌توانید بدون کمک وکیل یا سردفتر اسناد رسمی، آن‌ها را تکمیل کنید که در صورت تکمیل صحیح، از نظر قانونی معتبر خواهد بود. در شرایط پیچیده، از شما می‌خواهیم که مشاوره حقوقی دریافت کنید تا مطمئن شوید که فرم‌ها و آنچه در آن‌ها می‌نویسید، نیازهای شما را برآورده می‌کند.



چرا طرح مراقبت از پیش تعیین شده مهم است؟

تا زمانی که قادر به درک و ارتباط با پزشک، پرستار متخصص، پرستار رسمی و/یا سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باشید، از شما خواسته می‌شود که شخصاً تصمیمات درمانی مراقبتی خود را بگیرید.

با این حال، هیچ کس نمی‌داند فردا چه خواهد شد. یک حادثه یا بیماری جدی می‌تواند منجر به ناتوانی شما در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی خود در زمان مورد نیاز شود. یک طرح مراقبت از پیش تعیین شده چنین امکانی را فراهم می‌کند. این طرح بر اساس خواسته‌های شما، راهنمای مراقبت و درمان شما را به خانواده یا دوستان نزدیک و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ارائه می‌دهد.

یک طرح مراقبت از پیش تعیین شده می‌تواند پاسخگوی موارد زیر باشد:

- می‌خواهید چه کسی تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی شما را بگیرد؟
- اگر ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی درمان‌هایی را توصیه کند، با چه مواردی موافقت کرده یا رد می‌کنید؟
- آیا برای شرایط خاصی مداخلات پزشکی حفظ حیات و افزایش عمر را می‌پذیرید یا رد می‌کنید؟
- اگر نیاز به مراقبت در مرکز پرستاری داشته باشید و امکان مراقبت از شما در خانه وجود نداشته باشد، ترجیحات شما چیست؟

Mary, 54 ساله، مطلقه، به ورزش علاقه دارد و دارای دو فرزند بالغ است. دو ماه پیش هنگام دوچرخه سواری با یک ماشین تصادف کرد. او هنوز بیهوش است و برای تنفس نیاز به ونتیلاتور دارد. پزشکان می‌گویند که Mary آسیب مغزی دائمی دارد و جراحاتش بهبود نمی‌یابد. حتی اگر بیدار شود، دیگر هرگز نمی‌تواند به تنهایی راه برود، صحبت کند یا نفس بکشد. دخترانش همواره در کنار او بوده‌اند. اکنون Mary در حال مبارزه با عفونت در هر دو ریه خود است، که بسیار ناراحت کننده است و پزشکان می‌گویند که Mary ممکن است چند هفته دیگر بمیرد. آن‌ها توصیه می‌کنند که ونتیلاتور را از Mary جدا کنند تا Mary مرگ طبیعی راحت‌تری را تجربه کند. یکی از دختران فکر می‌کند این بهترین کار است، اما دختر دیگر، که شش ماهه باردار است، می‌خواهد تا زمانی که اولین نوه Mary به دنیا بیاید، هر گونه اقدام ممکن را انجام دهد.



اگر Mary خواسته‌های خود برای مراقبت آینده از طریق طرح مراقبت از پیش تعیین شده را به اشتراک می‌گذاشت، به دخترانش و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی کمک می‌کرد تا بیشتر در مورد باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های Mary برای مراقبت‌های بهداشتی از او در این دوران سخت بدانند. این طرح می‌توانست به تصمیم‌گیری درباره درمان و مراقبت Mary کمک کند؛ تصمیماتی که اگر شخصاً قادر بود می‌گرفت.

طرح مراقبت از پیش تعیین شده به گفتگو با خانواده درجه یک، دوستان نزدیک و ارائه‌دهنده (های) مراقبت بهداشتی مربوط می‌شود تا بدانند در صورت ناتوانی در بیان تصمیم‌های خود، می‌خواهید چه درمانی را دریافت یا رد کنید.

نوشتن باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود برای مراقبت‌های بهداشتی آینده یک طرح مراقبت از پیش تعیین شده است. طرح مراقبت از پیش تعیین شده شما ممکن است شامل اسناد قانونی اضافی نیز باشد.

در بریتیش کلمبیا، از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی انتظار می‌رود که به خواسته‌های بزرگسالان برای مراقبت‌های بهداشتی که در زمان توانایی بیان کرده‌اند، احترام بگذارند. چه خواسته‌های خود را در یک طرح مراقبت از پیش تعیین شده بیان کرده باشید یا نه، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی توصیه‌های درمانی مناسبی را برای شما ارائه خواهند کرد.

تهیه یک طرح مراقبت از پیش تعیین شده به دیگران اجازه می‌دهد تا از تصمیماتی که برای خود می‌گیرید مطلع شوند و به خانواده و دوستان شما دانش و ابزارهایی را که برای آینده نیاز دارند، ارائه می‌دهد. طرح مراقبت از پیش تعیین شده یک انتخاب است. انتخابی است که اگر از خانواده و دوستان شما خواسته شود تا تصمیمات مهم مراقبت‌های بهداشتی برای شما بگیرند، به کاهش استرس آنها کمک می‌کند.

تدوین طرح مراقبت از پیش تعیین شده شما

باورها، ارزش ها و خواسته‌ها

تدوین طرح مراقبت از پیش تعیین شده با فکر کردن به باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود در مورد درمان مراقبتی آینده و صحبت در مورد آن‌ها با خانواده یا دوستان و ارائه‌دهنده(های) مراقبت‌های بهداشتی آغاز می‌شود. زمانی که افرادی که به آن‌ها اعتماد دارید می‌دانند که چه چیزی در درمان مراقبتی آینده برای شما مهم است، تصمیم‌گیری به جای شما برای آن‌ها آسان‌تر است.

مثال‌های زیر می‌تواند به شما کمک کند بفهمید چه چیزی برای شما مهم است.

این چیزها زندگی من را معنادار می‌کند:

- گذراندن اوقات با خانواده و دوستانم
- عشق به حیوان خانگی من / موسیقی / هنر / باغ / کار / سرگرمی‌ها / هوای تازه / ورزش
- عمل به اعتقادات

وقتی به این فکر می‌کنم که مرگ من چگونه می‌تواند باشد، در موارد زیر احساس راحتی می‌کنم:

- هر دردی که دارم درمان می‌شود
- باور دارم که مراقبت خوبی خواهم داشت و خانواده‌ام همچنان با من هستند
- باور دارم چیزی پس از مرگ وجود دارد، حتی اگر ندانم چیست

وقتی به مردن فکر می‌کنم نگرانم که:

- ممکن است در نفس کشیدن با مشکل مواجه شوم
- ممکن است درد غیرقابل کنترل داشته باشم
- ممکن است تنها باشم

وقتی به پایان عمرم نزدیک می‌شوم می‌خواهم:

- خانواده‌ام در کنارم باشد
- کسی دست من را گرفته است
- رهبر دینی من را ملاقات کند
- بشنوم که مردم با مهربانی درباره خاطرات خوش زندگی من صحبت می‌کنند
- به موسیقی دلخواهم گوش بدهم
- یک پنجره بدون توجه به آب و هوا، باز باشد

مداخلات پزشکی حفظ حیات و افزایش عمر

فکر کردن و صحبت کردن در مورد خواسته‌های خود برای مداخلات پزشکی حفظ حیات و افزایش عمر، به ویژه اگر یک بیماری جدی یا تهدید کننده زندگی دارید، بسیار مهم است. طرح مراقبت از پیش تعیین شده شما می‌تواند به موقعیت‌های مختلفی مانند مراقبت‌های بیمارستانی شما در حین و بعد از جراحی معمول، مراقبت در صورت وقوع حادثه یا تصمیمات مراقبتی پایان زندگی شما پردازد.

پزشکان و سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی همیشه مراقبت‌های بهداشتی مناسب پزشکی را بر اساس ارزیابی بالینی ارائه می‌دهند. ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌خواهند اطمینان حاصل کنند که همیشه از علائمی مانند درد، سرگیجه، حالت تهوع، خونریزی یا عفونت مطلع باشید و به آنها توجه کنید. تا زمانی که بتوانید درک کنید و ارتباط برقرار کنید، ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی شما بهترین مراقبت پزشکی از جمله خطرات، مزایا یا جایگزین‌ها را برای شما توضیح می‌دهد. آن‌ها همچنین از شما می‌پرسند که آیا سؤالی دارید و آیا می‌خواهید درمان مراقبت‌های بهداشتی را بپذیرید یا رد کنید.

برخی از سخت‌ترین تصمیمات مربوط به استفاده از مداخلات پزشکی حفظ حیات و افزایش عمر است. این مداخلات پزشکی می‌تواند شامل ونتیلاتور برای کمک به تنفس، تغذیه لوله‌ای، دیالیز کلیه، یا احیای قلبی ریوی برای راه اندازی مجدد قلب و ریه‌ها باشد. این درمان‌ها زمانی ارائه می‌شوند که یک ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی معتقد باشد که از نظر پزشکی مناسب هستند.

سوالات زیر می‌تواند به شما کمک کند تا در مورد مداخلات پزشکی حفظ حیات یا افزایش عمر فکر کنید که ممکن است بخواهید در آینده بپذیرید یا رد کنید.

اگر یک بیماری مزمن دارید:

- بیماری من در چه مرحله‌ای است و چگونه ممکن است پیشرفت کند؟
- آیا عارضه من می‌تواند بر حافظه یا توانایی من برای تصمیم‌گیری در آینده تأثیر بگذارد؟
- آیا زندگی من را تهدید خواهد کرد؟
- به دلیل این عارضه ممکن است به چه مداخلات پزشکی حفظ حیات یا افزایش عمر نیاز داشته باشم؟
- ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی به من پیشنهاد می‌کند که در طرح مراقبت از پیش تعیین شده من چه مواردی را در نظر بگیرم و به آن پردازم؟

اگر یک بیماری یا آسیب تهدید کننده زندگی دارید، آیا می خواهید خدمات زیر را قبول کرده یا رد کنید:

- احیای قلبی ریوی (CPR)؟
- همه، برخی، یا بدون مداخلات پزشکی حفظ حیات یا افزایش عمر، زمانی که یک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی می گوید که درمان های بهداشتی از نظر پزشکی مناسب هستند؟
- یک دوره آزمایشی مداخلات پزشکی حفظ حیات و افزایش عمر که اجازه می دهد اگر عارضه شما بهبود نیابد، یک مرگ طبیعی رخ دهد؟

ممکن است بخواهید از خود پرسید: «آیا مداخلات پزشکی حفظ حیات یا افزایش عمر را می خواهم اگر در شرایطی باشم که دیگر نتوانم»:

- از زندگی و فعالیت هایمان مانند الان لذت ببرم؟
- از رختخواب بلند شوم، راه بروم یا تنهایی بیرون بروم؟
- بستگان یا دوستانم را بشناسم و با آنها ارتباط معناداری برقرار کنم؟
- به تنهایی فکر کنم؟



گزینه‌های طرح مراقبت از پیش تعیین شده

در صورتی که خودتان قادر به انجام آن نباشید، چندین گزینه برای بیان خواسته‌ها و دستورات شما وجود دارد. شرایط شخصی شما، و نوع طرح مراقبت از پیش تعیین شده که می‌خواهید تدوین کنید، بر گزینه‌های انتخابی شما تأثیر می‌گذارد.

اصول طرح مراقبت از پیش تعیین شده

هر طرح مراقبت از پیش تعیین شده باید شامل این سه مورد باشد:

گفتگوهای با خانواده یا دوستان و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در مورد باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های شما.

نوشتن باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود برای درمان مراقبتی آینده.

نوشتن اطلاعات تماس افرادی که واجد شرایط قرار گرفتن در فهرست تصمیم‌گیرندگان جایگزین موقت شما هستند.

گزینه‌های طرح مراقبت از پیش تعیین شده

با توجه نیازهای طرح مراقبت از پیش تعیین شده شما، موارد زیر اختیاری هستند:

به شما اجازه می‌دهد که شخصی را برای تصمیم‌گیری‌های معمول مدیریت مالی، تصمیمات مراقبت شخصی و برخی از تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی انتخاب کنید. به فرد اجازه نمی‌دهد مداخلات پزشکی حفظ حیات یا افزایش عمر را برای شما نپذیرد.

توافقنامه نمایندگی
استاندارد: بخش 7

به شما اجازه می‌دهد شخصی را برای تصمیم‌گیری مراقبت شخصی و برخی از تصمیم‌های مراقبت‌های بهداشتی، از جمله تصمیم‌گیری در مورد پذیرش یا رد مداخلات پزشکی حفظ حیات یا افزایش عمر برای شما، انتخاب کنید.

توافقنامه نمایندگی پیشرفته:
بخش 9

به شما اجازه می‌دهد تصمیمات خود را در مورد پذیرش یا رد درمان‌های مراقبتی، از جمله مداخلات پزشکی حفظ حیات یا افزایش عمر، مستقیماً به ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اعلام کنید.

وصیتنامه پزشکی

زمانی که وصیتنامه پزشکی به تصمیم مراقبتی مورد نیاز در آن زمان می‌پردازد، باید اجرا شود. از هیچکس خواسته نمی‌شود که به جای شما تصمیم بگیرد.

به شما اجازه می‌دهد در صورت ناتوانی، شخصی را برای تصمیم‌گیری مالی و حقوقی از طرف خود منصوب کنید.

وکالتنامه درازمدت

تصمیم گیرنده جایگزین موقت (TSDM) در صورتی انتخاب می شود که شما از نظر قانونی نام فردی (نماینده) را برای تصمیم گیری در مورد مراقبت های بهداشتی برای خود در زمانی که خودتان قادر به تصمیم گیری نیستید، انتخاب نکرده باشید.

TSDM توسط پزشک یا سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی از فهرستی که تکمیل می کنید، انتخاب می شود. ترتیب افرادی که واجد شرایط قرار گرفتن در فهرست هستند توسط قانون B.C. (بریتیش کلمبیا) تعیین می شود. برای اینکه فرد بتواند به عنوان یک TSDM اقدام کند، باید 19 سال یا بیشتر داشته باشد، صلاحیت قانونی داشته باشد، با شما اختلافی نداشته باشد و در سال گذشته با شما در تماس بوده باشد.

به ترتیب ذکر شده باید به یک نفر در لیست زیر مراجعه کرد:

1. همسر شما (ثبتی، عرفی، همجنس - مدت زمان زندگی مشترک مهم نیست)
2. پسر یا دختر (19 ساله یا بیشتر، ترتیب تولد مهم نیست)
3. والدین (هر دو می توانند پدر/مادر خوانده باشند)
4. برادر یا خواهر (ترتیب تولد مهم نیست)
5. پدربزرگ و مادربزرگ
6. نوه (ترتیب تولد مهم نیست)
7. هر شخص دیگری که از طریق تولد یا فرزندخواندگی با شما مرتبط است
8. یک دوست صمیمی
9. شخصی که فوراً از طریق ازدواج با شما مرتبط است (پسر شوهر، والدین ناتنی، فرزندان ناتنی، و غیره)

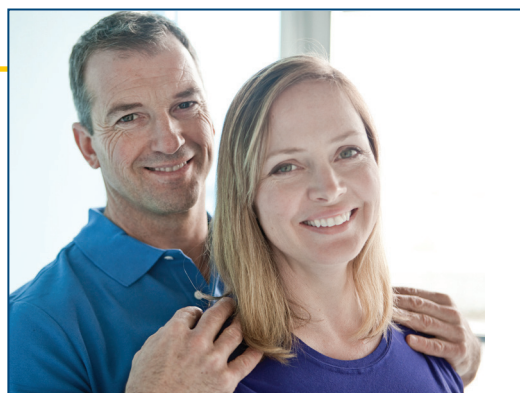
شما نمی توانید ترتیب لیست را تغییر دهید. تنها در صورتی که همه افراد بالاتر از او واجد شرایط نباشند یا در دسترس نباشند، ممکن است فرد پایین تر در لیست توسط ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی شما به عنوان TSDM انتخاب شود.

اگر می خواهید فردی پایین تر در لیست در مورد مراقبت های بهداشتی شما تصمیم گیری کند، باید با استفاده از فرم توافقنامه نمایندگی، آن شخص را به عنوان نماینده خود معرفی کنید. دو نوع مختلف از فرم های توافقنامه نمایندگی در پشت این راهنما وجود دارد. حتماً از موردی استفاده کنید که مطابق با نیازهای شماست. اطلاعات بیشتری در مورد تفاوت بین این دو نوع توافقنامه نمایندگی در بخش بعدی آمده است.

TSDM شما از نظر قانونی باید تصمیماتی بگیرد که به خواسته های شما احترام می گذارد. اگر درباره طرح مراقبت از پیش تعیین شده بحث و گفتگو کرده اید و باورها، ارزش ها و خواسته های خود را یادداشت کرده اید، TSDM شما می داند و می تواند زمانی که از او خواسته می شود مطابق با خواسته های شما برای شما تصمیمات درمانی مراقبتی را بگیرد.

اگر از انتخاب TSDM در صورت نیاز راضی هستید، طرح مراقبت از پیش تعیین شده شما شامل موارد زیر خواهد بود:

- بحث و گفتگو درباره باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود با خانواده نزدیک یا یک دوست معتمد؛
- نوشتن باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود (ص.30)؛ و
- تکمیل فهرست TSDM خود (ص.28) با اطلاعات تماس افرادی که ممکن است در صورت نیاز به TSDM به ترتیب توسط ارائه دهنده خدمات بهداشتی با آنها تماس گرفته شود.



Pat, 47 ساله، یک کارمند اداری است که از سلامت خوبی برخوردار است و در یک شهر کوچک شمالی زندگی می‌کند. او 24 سال است که با Tom 49 ساله ازدواج کرده و دارای سه فرزند 20، 17 و 14 ساله است. دو فرزند جوان‌تر در خانه زندگی می‌کنند و فرزند ارشد آن‌ها سال

گذشته برای تحصیل در کالج آنجا را ترک کرد. Pat پس از اینکه تعدادی از خانواده و دوستان خود را در چند سال گذشته از دست داد، به تدریج در مورد تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی آینده خود فکر کرد. او در مورد احساسات و نگرانی‌های خود با Tom صحبت کرد. معلوم شد که Tom نیز همان افکار Pat را دارد. آن‌ها با هم تصمیم گرفتند طرح مراقبت از پیش تعیین شده را تهیه کنند تا هر یک از آن‌ها خواسته‌های دیگری را برای تصمیم‌گیری‌های مراقبت‌های بهداشتی آینده بدانند.

Pat و Tom تصمیم گرفتند باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود را مستند کنند و صرفاً فهرست‌های TSDM خود را تکمیل کنند زیرا:

- Pat و Tom در یک رابطه طولانی مدت و پایدار هستند؛
- آن‌ها به یکدیگر اعتماد دارند تا با احترام به باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود تصمیم‌های خوبی برای یکدیگر بگیرند؛
- به عنوان همسر، آن‌ها در بالای فهرست TSDM یکدیگر قرار دارند؛ و
- Pat باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود را با فرزند بزرگسال و مادرش در میان گذاشته است، که اگر Tom در دسترس نباشد، به عنوان دو TSDM بعدی واجد شرایط هستند.

بزرگسالان در بریتیش کلمبیا اگر بخواهند یک شخص خاص از طرف آنها تصمیمات خاصی را بگیرد، می‌توانند نماینده‌ای را طی یک توافقنامه نمایندگی معرفی کنند. دو نوع توافقنامه نمایندگی وجود دارد.

توافقنامه استاندارد: توافقنامه نمایندگی بخش 7

توافقنامه نمایندگی بخش 7 به شما امکان می‌دهد نماینده‌ای را برای تصمیم‌گیری در مورد مدیریت معمول امور مالی، مراقبت شخصی و برخی از تصمیمات درمانی مراقبتی انتخاب کنید. اجازه نمی‌دهد که نماینده شما تصمیماتی برای درمان مراقبتی برای شما اتخاذ کند که شامل مداخلات پزشکی حفظ حیات یا افزایش عمر است.

یک توافقنامه استاندارد می‌تواند گزینه‌ای برای بزرگسالانی باشد که ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی را آنها ناتوان از ایجاد یک توافقنامه نمایندگی پیشرفته (بخش 9) ارزیابی می‌کنند. توافقنامه نمایندگی بخش 7 به بزرگسالان با سطوح پایین‌تر توانایی (مثلاً به دلیل برخی ناتوانی‌های رشدی یا آسیب‌ها/بیماری‌های مغزی که بر توانایی شناختی تأثیر می‌گذارد) اجازه می‌دهد تا حدی طرح مراقبتی از پیش تعیین شده را تدوین کنند.

بزرگسالانی که توانایی انعقاد توافقنامه نمایندگی بخش 9 را دارند، در صورتی که نیازهای آنها را برطرف می‌کند، می‌توانند در مورد تنظیم توافقنامه نمایندگی بخش 7 تصمیم بگیرند.

تکمیل توافقنامه نمایندگی بخش 7 به عنوان بخشی از برنامه مراقبت از پیش تعیین شده شامل موارد زیر است:

- بحث و گفتگو درباره باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود با خانواده نزدیک یا یک دوست معتمد؛
- نوشتن باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود (ص.30)؛
- معرفی نماینده خود و نوشتن دستورات خود در یک توافقنامه نمایندگی، با استفاده از فرم بخش 7 (ص.34)؛ و
- تکمیل فهرست TSDM خود با اطلاعات تماس افرادی که ممکن است در صورت نیاز به TSDM، در صورت استعفا یا در دسترس نبودن نماینده شما، یا نیاز به تصمیمی در مورد مداخلات پزشکی حفظ حیات یا افزایش عمر، ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی به او مراجعه کند (ص.28).

Michael 38 ساله 10 سال پیش با موتور سیکلت یک تصادف شدید داشت. او بر اثر این تصادف از ناحیه سر آسیب دید، فلج شد و مشکلات حافظه دائمی داشت. او مجرد است، پدر و مادرش فوت کرده‌اند و یک برادر کوچکتر دارد که با او صمیمی است و خارج از استان زندگی می‌کند. Michael در هشت سال گذشته به تنهایی در آپارتمان خود زندگی می‌کرده است. تجهیزات تخصصی و مددکاران پشتیبانی که در منزل او را ملاقات می‌کنند، او را قادر می‌سازد تا حد ممکن مستقل باشد. بهترین دوستش، Ben، هر هفته او را به خرید و قرار ملاقات‌های پزشکی می‌برد. سلامتی Michael خوب بوده است، اگرچه می‌گوید حافظه او در سال گذشته بدتر شده و تصمیم‌گیری را دشوار کرده است. او به طور فزاینده‌ای به Ben متکی شده است تا مطمئن شود صورت‌حساب‌هایش به موقع پرداخت می‌شود و قرار ملاقات‌های پزشکی خود را با او برنامه ریزی و در آنها حضور می‌یابد. پرستار خانگی Michael به او پیشنهاد کرده است که نماینده‌ای را برای کمک به مدیریت تصمیمات شخصی، مالی و برخی از مراقبت‌های بهداشتی او معرفی کند.

- Michael واجد شرایط تکمیل توافقنامه نمایندگی بخش 7 است زیرا با در نظر گرفتن همه عوامل مربوطه:
- می‌تواند تمایل خود را برای داشتن یک نماینده برای کمک به او در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت شخصی، امور مالی معمول و برخی مراقبت‌های بهداشتی بیان کند، و می‌داند که نماینده‌اش می‌تواند تصمیماتی بگیرد یا تصمیمی نگیرد که بر او تأثیر می‌گذارد؛
 - به دوستش Ben اعتماد دارد و می‌داند که Ben به او اهمیت می‌دهد؛
 - می‌داند و درک می‌کند که او نمی‌خواهد Ben در مورد امتناع از مداخلات پزشکی حفظ حیات یا افزایش عمر تصمیم‌گیری کند؛
 - Ben واجد شرایط است و موافقت کرده است که به عنوان نماینده او معرفی شود؛ و
 - اگرچه برادرش در خارج از B.C. (بریتیش کلمبیا) زندگی می‌کند، با او در تماس است و اگر تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی در مورد اقدامات حفظ حیات نیاز باشد، به عنوان TSDM برای Michael واجد شرایط می‌شود.

توافقنامه پیشرفته: توافقنامه نمایندگی بخش 9

توافقنامه نمایندگی بخش 9 به شما اجازه می‌دهد نماینده‌ای را برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های شخصی و درمان‌های مراقبتی، از جمله تصمیم‌گیری در مورد پذیرش یا رد مداخلات پزشکی حفظ حیات و افزایش عمر انتخاب کنید. نماینده‌ای که طی توافقنامه نمایندگی بخش 9 معرفی شده است نمی‌تواند در مورد مسائل مالی شما تصمیم‌گیری کند. برای اینکه در صورت ناتوانی، شخصی برای شما تصمیمات مالی بگیرد، می‌توانید با استفاده از فرم وکالتنامه درازمدت، شخصی (به نام وکیل) را تعیین کنید (برای اطلاعات بیشتر به صفحه 19 مراجعه کنید).

تکمیل توافقنامه نمایندگی بخش 9 به عنوان بخشی از طرح مراقبت از پیش تعیین شده، شامل موارد زیر است:

- بحث و گفتگو درباره باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود با خانواده نزدیک یا یک دوست معتمد؛
- نوشتن باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود (ص.30)؛
- معرفی نماینده خود و نوشتن دستورالعمل‌های خود در یک توافقنامه نمایندگی، با استفاده از فرم بخش 9 (ص.44)؛ و
- تکمیل فهرست TSDM خود با اطلاعات تماس افرادی که ممکن است در صورت نیاز به TSDM، در صورت استعفا یا در دسترس نبودن نماینده شما، ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی به او مراجعه کند (ص.28).

Gurdeep, 74 ساله، 10 سال پیش با همسرش Rani، که کمی انگلیسی صحبت می‌کند، به کانادا نقل مکان کرد. سلامتی Gurd هفت سال است که نامطلوب شده است. او بیماری کلیوی، دیابت و فشار خون دارد. او سه بار در هفته نیاز به دیالیز کلیه دارد و نارسایی احتقانی قلب دارد که هر چند ماه یکبار وخیم‌تر می‌شود. او و Rani با پسر بزرگ‌شان، Jeet، زندگی می‌کنند که به مراقبت از او کمک می‌کند و با او به ملاقات پزشک Gurd می‌رود. Gurd پنج فرزند دیگر دارد که در همان نزدیکی زندگی می‌کنند و با همه آن‌ها رابطه خوبی دارد. از آنجایی که سلامتی Gurd آشکارا رو به افول است، پزشک او به او پیشنهاد می‌کند که طرح مراقبت از پیش تعیین شده را تهیه کند تا خواسته‌هایش مشخص شود و مشخص شود که اگر Gurd قادر به تصمیم‌گیری برای خودش نباشد، چه کسی برای او تصمیم می‌گیرد.



Gurd با همسر و فرزندانش صحبت کرد و تشخیص داد که ترجیح می‌دهد تا آخر عمر در خانه بماند تا اینکه در بیمارستان یا یک مرکز مراقبت پرستاری باشد. او نگران این است که متحمل درد شود و نمی‌خواهد برای طولانی‌تر کردن عمرش به دستگاه وصل شود. علیرغم نگرانی درباره سلامتی‌اش، دوست دارد اهداکننده عضو نیز باشد. او تصمیم گرفت که اگر خودش نتواند، Jeet تصمیمات درمانی مراقبتی را برای او بگیرد.

- Gurd تصمیم گرفت که توافقنامه نمایندگی بخش 9 را تکمیل کند زیرا:
- Jeet در بالای فهرست TSDM نیست و باید به عنوان نماینده Gurd معرفی شود تا از او خواسته شود که تصمیمات مراقبت بهداشتی او را بگیرد؛
 - Gurd می‌داند که Jeet می‌تواند به راحتی با پزشک خود بدون مترجم صحبت کند؛
 - Gurd اعتماد دارد که Jeet تصمیمات درمانی مراقبتی را می‌گیرد که به باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های او احترام می‌گذارد و Rani را در گفتگوهای مهم شرکت می‌دهد؛ و
 - توافقنامه نمایندگی بخش 9 به Jeet اجازه می‌دهد تا مداخلات پزشکی حفظ حیات و افزایش عمر را بپذیرد یا رد کند.

Gurd ممکن است بخواهد در صورت استعفای Jeet، یکی از فرزندان دیگر خود را به عنوان نماینده جایگزین خود معرفی کند.

علاوه بر این، یا به عنوان گزینه‌ای دیگر، Gurd می‌تواند وصیتنامه پزشکی ارائه دهد، و در فرم توافقنامه نمایندگی بخش 9 ذکر کند که ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند مستقیماً بدون درخواست از نماینده‌اش برای تصمیم‌گیری، وصیتنامه پزشکی را دنبال کند. این گزینه‌ها تضمین می‌کنند که خواسته‌ها و دستورات Gurd برای درمان‌های مراقبتی اجرا می‌شوند.

وصیتنامه پزشکی

یک وصیتنامه پزشکی به یک بزرگسال توانا اجازه می‌دهد تا تصمیمات خود را در مورد پذیرش یا رد درمان‌های مراقبتی، از جمله مداخلات پزشکی حفظ حیات و افزایش عمر، به وضوح بیان کند و این دستورات و تصمیم‌ها را مستقیماً در اختیار یک ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی قرار می‌دهد. وصیتنامه پزشکی شما باید تا زمانی که به درمان مراقبتی مورد نیاز در آن زمان می‌پردازد، دنبال شود. یک TSDM تنها زمانی انتخاب می‌شود که تصمیمی برای درمان مراقبت نیاز باشد که در وصیتنامه پزشکی شما مورد توجه قرار نگرفته باشد.

تکمیل یک وصیتنامه پزشکی به عنوان بخشی از طرح مراقبت از پیش تعیین شده شامل موارد زیر است:

- بحث و گفتگو درباره باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود با خانواده نزدیک یا یک دوست معتمد؛
- نوشتن باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود (ص. 30)؛
- تشریح تصمیمات خود برای درمان مراقبتی آینده در یک وصیتنامه پزشکی (ص. 50)؛ و
- تکمیل فهرست TSDM خود با اطلاعات تماس افرادی که در صورت نیاز به TSDM برای تصمیم‌گیری در مورد درمان مراقبتی که در وصیتنامه پزشکی شما به آن اشاره نشده است، ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی بتواند با آنها تماس بگیرد (ص. 28).

Jenny 58 ساله، 24 سال پیش از چین به کانادا نقل مکان کرد. مجرد است و خانواده نزدیکی ندارد. او یک فرد منزوی با یک گربه و یک گروه کوچک از دوستان، از جمله دوست صمیمی او Rose است که مکرراً به سفر می‌رود. Jenny در تمام عمرش سالم بوده است تا اینکه یک ماه پیش هنگام بالا رفتن از تپه‌ای شیب دار درد شدیدی را در قفسه سینه احساس کرد. پس از چندین آزمایش، پزشک Jenny گفت که شریان‌های او در حال انسداد هستند، کلسترول او بسیار بالاست و او در معرض خطر جدی حمله قلبی است. او برای بیماری او دارو تجویز کرد، به او پیشنهاد کرد سیگار را ترک کند و

او را برای مراقبت بیشتر به متخصص قلب ارجاع داد. او به Jenny پیشنهاد کرد که طرح مراقبت از پیش تعیین شده را تهیه کند تا اطمینان حاصل شود که تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی‌اش را ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی‌اش بدانند و رعایت کنند، زیرا او خانواده نزدیکی ندارد. Jenny پس از فکر کردن به اینکه در صورت بدتر شدن وضعیتش ممکن است به چه مداخلات پزشکی حفظ حیات و افزایش عمر نیاز داشته باشد، تصمیم گرفت وصیتنامه پزشکی تهیه کند.



Jenny تصمیم گرفت که یک وصیتنامه پزشکی را تکمیل کند زیرا:

- Jenny هیچ خانواده‌ای ندارد و دوست صمیمی او ممکن است در دسترس ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی نباشد تا او را به عنوان TSDM انتخاب کند؛
- Jenny می‌تواند خواسته‌ها و دستورالعمل‌های خود را برای مداخلات پزشکی حفظ حیات و افزایش عمر و زمان دلخواه خود برای شروع، ادامه یا توقف آن بیان کند؛ و
- پزشک Jenny پس از گفتگوی درباره طرح مراقبت از پیش تعیین شده با او و گرفتن نسخه‌ای از وصیتنامه پزشکی او، Jenny و امیدها و خواسته‌های او برای آینده را بسیار بهتر شناخت.

Jenny ممکن است بخواهد با دوستش Rose یا شخص دیگری که به او اعتماد دارد در مورد خواسته‌هایش صحبت کند و مطمئن شود که آن‌ها در فهرست مخاطبین او قرار دارند تا در صورت نیاز به عنوان TSDM عمل کنند. او همچنین ممکن است بخواهد در صورت ناتوانی در انجام این کار، یک وکالتنامه درازمدت تدوین کند تا شخصی را برای مدیریت امور مالی و دارایی خود انتخاب کند (برای اطلاعات بیشتر به صفحه 19 مراجعه کنید).

توافقنامه نمایندگی و وصیتنامه پزشکی

شرایط شخصی متفاوت می‌تواند بر انتخاب یک بزرگسال برای انعقاد یک توافقنامه نمایندگی، یک وصیتنامه پزشکی یا صرفاً بحث در مورد باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود با خانواده و دوستان نزدیک و مشخص کردن اطلاعات تماس برای TSDM تأثیر بگذارد. قوانین برنامه ریزی شخصی بریتیش کلمبیا همچنین گزینه‌ای را برای انتخاب یک توافقنامه نمایندگی و یک وصیتنامه پزشکی ارائه می‌دهد.

اگر یک توافقنامه نمایندگی و همچنین یک وصیتنامه پزشکی دارید، و می‌خواهید وصیتنامه پزشکی شما را ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی شما بدون درخواست تصمیم از نماینده‌تان اجرا کند، باید این موضوع را در توافقنامه نمایندگی خود ذکر کنید.

تکمیل یک توافقنامه نمایندگی و یک وصیتنامه پزشکی به عنوان بخشی از طرح مراقبت از پیش تعیین شده شامل موارد زیر است:

- بحث و گفتگو درباره باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود با خانواده نزدیک یا یک دوست معتمد؛
- نوشتن باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود (ص. 30)؛
- معرفی نماینده خود در یک توافقنامه نمایندگی با استفاده از فرم بخش 7 (ص. 34) یا بخش 9 (ص. 44)؛
- تشریح تصمیمات خود برای درمان مراقبت‌های بهداشتی آینده در یک وصیتنامه پزشکی (ص. 50) [توجه: باید در توافقنامه نمایندگی خود بیان کنید که یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند مطابق دستورالعمل‌های وصیتنامه پزشکی شما و اگر در خواسته‌های شما باشد، بدون رضایت نماینده شما عمل کند]؛ و
- تکمیل فهرست TSDM خود با اطلاعات تماس افرادی که ممکن است در صورت نیاز به TSDM برای تصمیم‌گیری در مورد درمان بهداشتی زمانی که نماینده شما استعفا دهد یا در دسترس نباشد و وصیتنامه پزشکی شما اعمال نشود، یک ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی به آنها مراجعه کند (ص. 28).

توافقنامه نمایندگی بخش 7 و وصیتنامه پزشکی

تدوین وصیتنامه پزشکی علاوه بر توافقنامه نمایندگی بخش 7 دستورالعمل‌های خاصی را مستقیماً به ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی ارائه می‌دهد، مشروط بر اینکه در توافقنامه نمایندگی خود بنویسید که وصیتنامه پزشکی شما می‌تواند بدون اینکه از نماینده شما خواسته شود برایتان تصمیمات مراقبتی بگیرد، اجرا شود. Marie تصمیم گرفت که یک توافقنامه نمایندگی بخش 7 و یک وصیتنامه پزشکی را تکمیل کند زیرا:

Marie 34 ساله در 16 سالگی روان پریشی اولیه او تشخیص داده شد و تحت درمان قرار گرفت. بیشتر اوقات او خوب عمل می‌کند، علائم خود را مدیریت می‌کند و می‌تواند از خود مراقبت کند. او با Tony ازدواج کرده است که به صورت دوره‌ای دور از خانه کار می‌کند. خواهرش، Jeanne، در همان نزدیکی زندگی می‌کند و هر زمان که بتواند به Marie کمک می‌کند. وقتی Marie ناخوش است، معمولاً به دلیل علائم مکرر روان پریشی است. وقتی این اتفاق می‌افتد، او قادر به مراقبت از خود و خانه‌اش نیست. ارزیابی و درمان علائم او ممکن است در خانه انجام شود، اما در مواقع دیگر او در یک واحد روانپزشکی در بیمارستان محلی بستری می‌شود. این چرخه هر یک یا دو سال یک بار تکرار می‌شود، و وقتی علائم Marie شدید است، گاهی اوقات از درمانی که می‌تواند او را به ثبات برساند، امتناع می‌کند.

پس از آخرین زمان بستری در بیمارستان، Marie با Tony، روانپزشکش و Jeanne درباره برنامه‌ریزی طولانی مدت برای مراقبت از خود در این رویدادها صحبت کرد. در آخرین ملاقات خود، پزشک خانواده Marie به او پیشنهاد داد که طرح مراقبت از پیش تعیین شده را برای تصمیم‌گیری در مورد درمان مراقبتی آینده و تصمیم‌گیری‌های برنامه‌ریزی شخصی تهیه دهد. پیشنهاد شد که Marie یک نماینده برای اطمینان از مراقبت و نیازهای مالی معمول او در صورتی که نیاز به بستری در بیمارستان باشد و Tony در خانه نباشد، انتخاب کند. همچنین به او توصیه شد که وصیتنامه پزشکی تنظیم کند تا اطمینان حاصل شود که هر زمان که علائم روان پریشی‌اش عود می‌کند، در اسرع وقت تحت درمان قرار بگیرد. Marie تصمیم گرفت که توافقنامه نمایندگی بخش 7 و یک وصیتنامه پزشکی تنظیم کند.

- نماینده Marie، Jeanne، زمانی که Marie بیمار است و Tony خارج از دسترس است، می‌تواند درباره امور مالی معمول تصمیم‌گیری کند. Marie ممکن است اختیارات Jeanne برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی را فقط به مواقعی محدود کند که علائم روان پریشی به مرحله خاصی برسد.
- Marie نمی‌خواهد که Jeanne تصمیمی برای امتناع از مداخلات پزشکی حفظ حیات بگیرد.
- وصیتنامه پزشکی Marie به او اجازه می‌دهد تا دستورالعمل‌های دقیقی را برای مراقبت‌های بهداشتی خود مستقیماً به ارائه‌دهنده(های) مراقبت‌های بهداشتی‌اش ارائه دهد.
- وصیتنامه پزشکی تضمین می‌کند که Marie مراقبت‌های پزشکی لازم را دریافت می‌کند، حتی اگر در زمان مورد نیاز از درمان امتناع کند.

توافقنامه نمایندگی بخش 9 و وصیتنامه پزشکی

تدوین وصیتنامه پزشکی علاوه بر توافقنامه نمایندگی بخش 9 دستورالعمل‌های خاصی را مستقیماً به ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی ارائه می‌دهد، مشروط بر اینکه در توافقنامه نمایندگی خود بنویسید که وصیتنامه پزشکی شما می‌تواند بدون اینکه از نماینده شما خواسته شود برایتان تصمیمات مراقبتی بگیرد، اجرا شود.



Don, 68 ساله تاجری است که دو ماه پیش متوجه شد که به سرطان پروستات مبتلا شده است. Don هیچ نگرانی دیگری برای سلامتی ندارد - اگرچه او بیش از 50 سال است که سیگار می‌کشد، سرفه مزمن و کمی اضافه وزن دارد. او سال گذشته یکی از دوستانش را بر اثر سرطان پروستات از دست داد و برادرش پنج سال پیش بر اثر سرطان روده بزرگ درگذشت. Don دو بار طلاق گرفته است، سه دختر بالغ دارد که در همان شهر زندگی می‌کنند، هنوز با همسر اولش دوست صمیمی است و دو ماه پیش با شریک جدیدش Sheila که دخترانش او را به خوبی نمی‌شناسند، وارد رابطه شد. او با کوچکترین دخترش Karen به خوبی کنار می‌آید و او خواسته‌های Don را می‌داند. Don برای یک آزمایش عادی به پزشکش مراجعه کرد و نگرانی‌هایش را مطرح کرد. پزشک به او پیشنهاد کرد که در مورد طرح مراقبت از پیش تعیین شده فکر کند و در نظر بگیرد که اگر قادر به تصمیم‌گیری در مورد سلامتی خود نباشد، تصمیم‌گیرنده او چه کسی خواهد بود. Don تصمیم گرفت که توافقنامه نمایندگی بخش 9 و یک وصیتنامه پزشکی را تنظیم کند.

- Don تصمیم گرفت که یک توافقنامه نمایندگی بخش 9 و یک وصیتنامه پزشکی را تکمیل کند زیرا:
 - Don بیش از یک رابطه نزدیک با بسیاری از افرادی دارد که عمیقاً به او اهمیت می‌دهند. اگر Don بیمار شود و نتواند برای خودش تصمیم بگیرد، این احتمال وجود دارد که افراد بسیاری معتقد باشند که می‌توانند خواسته‌های Don را به بهترین شکل بیان کنند.
 - بدون یک نماینده مشخص، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی Don باید Sheila را به عنوان TSDM برای تصمیم‌گیری انتخاب کنند، که ممکن است دختران او را نگران کند.
 - با تنظیم دستورالعمل‌های خود برای مراقبت‌های بهداشتی در وصیتنامه پزشکی، ارائه‌دهنده(های) مراقبت بهداشتی Don خواسته‌های او را خواهند دانست.

اگر Don می‌خواهد همسر اول و/یا کوچک‌ترین دخترش Karen نماینده یا نماینده‌های او باشند، می‌تواند یکی را به‌عنوان نماینده و دیگری را به‌عنوان جایگزین او معرفی کند.

وکالتنامه درازمدت به یک فرد بزرگسال اجازه می‌دهد تا شخص دیگری (به نام وکیل) را برای تصمیم‌گیری در مورد امور مالی و حقوقی خود تعیین کند. این شخص (وکیل) در مواقعی که فرد بزرگسال ناتوان می‌شود مجاز به اقدام است.

اختیارات وکیل را می‌توان مطابق با نیازهای شما تنظیم کرد. مثلاً این اختیارات می‌تواند از توانایی واریز چک به حساب جاری شما تا دسترسی کامل به تمام دارایی‌های شما متغیر باشد.

وکلا نمی‌توانند تصمیمات درمانی مراقبتی را بگیرند. تنها راه برای تعیین شخصی که از طرف شما برای تصمیمات درمان مراقبتی اقدام کند، توافقنامه نمایندگی است.

منابع

فرم لوکالتنامزله درمدت را می‌توانید در این پ‌س‌آدریدک‌انید:
www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning

اطلاعات بیشتری را می‌توانید در وب‌سایت Public Guardian and Trustee of British Columbia به نشانی:
www.trustee.bc.ca پیدا کنید

خدمات ارجاع وکیل (www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx) را کانون وکلای کانادا، شعبه بریتیش کلمبیا مدیریت می‌کند. مشاوره اولیه با یک وکیل را تا 30 دقیقه با هزینه کمی ارائه می‌دهد. اپراتورها از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:30 صبح تا 4:30 بعد از ظهر در دسترس هستند. تلفن 604 687-3221 در Lower Mainland یا خط رایگان 1 800 663-1919 در B.C. (بریتیش کلمبیا)

تغییر یا لغو طرح مراقبت از پیش تعیین شده شما

شرایط شخصی شما در طول زمان تغییر می‌کند. تا زمانی که توانایی دارید، می‌توانید در هر زمان طرح مراقبت از پیش تعیین شده خود را تغییر دهید یا لغو (باطل) کنید. این شامل توافقنامه نمایندگی و وصیتنامه پزشکی است.

مهم است که به طور منظم طرح مراقبت از پیش تعیین شده خود را مرور کنید و در صورت نیاز تغییراتی در آن ایجاد کنید. در طول بررسی، از نماینده خود یا TSDM احتمالی خود پرسید که آیا هنوز مایل هستید و می‌توانند برای شما تصمیمات درمانی مراقبتی بگیرند. خواسته‌هایی را که در طرح مراقبت از پیش تعیین شده نوشته‌اید، از جمله هر دستورالعمل خاصی که در توافقنامه نمایندگی یا وصیتنامه پزشکی خود نوشته‌اید، مرور کنید.

قبل از تغییر یا لغو طرح مراقبت از پیش تعیین شده، مطمئن شوید که اطلاعات به روزی در مورد وضعیت سلامت فعلی خود و هر گونه درمان مراقبت بهداشتی جدید در دسترس دارید.

دستورالعمل‌های زیر به شما می‌گویند که اگر می‌خواهید برنامه مراقبت از پیش تعیین شده از جمله توافقنامه نمایندگی یا وصیتنامه پزشکی (در صورت تنظیم آن‌ها) را تغییر دهید یا به‌روزرسانی کنید، چه کاری باید انجام دهید.

1. تغییرات در خلاصه طرح مراقبت از پیش تعیین شده، فهرست تماس با TSDM و/یا باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های مراقبت‌های بهداشتی، از جمله مداخلات پزشکی طولانی‌مدت:
صفحات قدیمی را از بین ببرید و صفحات جدید را تکمیل کنید. حتماً صفحات جدید خود را در قسمت ضروری با درج تاریخ امضا کنید. اگر قبلاً نماینده‌ای را معرفی نکردید یا وصیتنامه پزشکی تنظیم نکرده‌اید و هنوز هم مایل به تنظیم آن نیستید، به 4 بروید.
اگر می‌خواهید نماینده‌ای را معرفی کنید [بخش 7 (ص. 34) یا بخش 9 (ص. 44)] یا یک وصیتنامه پزشکی (ص. 50) تنظیم کنید، فرم‌ها را تکمیل کنید و به خانواده و دوستان و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی خود اطلاع دهید.
2. تغییرات در توافقنامه نمایندگی شما (بخش 7 یا 9) و/یا وصیتنامه پزشکی شما دو گزینه دارید:
 - تغییرات را مستقیماً در توافقنامه نمایندگی یا وصیتنامه پزشکی فعلی خود اعمال کنید و سپس آن‌ها را در مقابل شاهدان به همان روشی که نسخه اصلی را انجام دادید با درج تاریخ امضا کنید، یا
 - برای جایگزینی توافقنامه‌های قدیمی، یک توافقنامه نمایندگی جدید یا وصیتنامه پزشکی تنظیم کنید و توافقنامه نمایندگی قدیمی یا وصیتنامه پزشکی قبلی خود را لغو کنید (به 3 مراجعه کنید).

3. لغو توافقنامه نمایندگی یا وصیتنامه پزشکی

برای لغو (باطل کردن) یک توافقنامه نمایندگی یا وصیتنامه پزشکی، باید:

- نسخه اصلی را از بین ببرید یا سند دیگری تنظیم کنید و قصد خود را برای لغو سند قدیمی بیان کنید؛ و
- یک اخطار کتبی درباره لغو (ابطال) به شخصی که به عنوان نماینده شما معرفی شده است، از جمله هر نماینده یا ناظر جایگزین بدهید.

4. اعلان تغییرات

بعد از تغییر یا لغو برنامه مراقبت از پیش تعیین شده خود، باید:

- در صورت تکمیل فرم‌ها، به خانواده، دوستان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اطلاع دهید که طرح مراقبت از پیش تعیین شده خود را تغییر داده یا لغو کرده‌اید، از جمله تغییرات در توافقنامه نمایندگی یا وصیتنامه پزشکی.
- از خانواده، دوستان، نماینده خود (اگر دارید) و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی بخواهید که نسخه‌های قدیمی طرح مراقبت از پیش تعیین شده شما را پس دهند، از جمله رونوشت‌های توافقنامه نمایندگی قدیمی و وصیتنامه پزشکی در صورت لزوم، تا بتوانید آن‌ها را از بین ببرید.
- نسخه‌هایی از طرح مراقبت از پیش تعیین شده تغییر یافته خود، از جمله توافقنامه نمایندگی و وصیتنامه پزشکی را (در صورت تکمیل)، در اختیار خانواده یا دوست نزدیک خود و ارائه‌دهنده(های) مراقبت بهداشتی قرار دهید.
- مهم است اطمینان حاصل کنید که پزشک و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی از به روزترین خواسته‌ها و دستورالعمل‌های شما در مورد مراقبت شما آگاه باشند. لطفاً مطمئن شوید که در صورت به روز رسانی طرح مراقبت از پیش تعیین شده خود، از جمله توافقنامه نمایندگی یا وصیتنامه پزشکی، با همه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مربوطه مشورت کنید. مطمئن شوید که از آن‌ها بخواهید که هر گونه دستور پزشکی را که دیگر اعمال نمی‌شود بررسی و به روز کنند یا در صورت نیاز لغو کنند.

تعاریف اصطلاحات

طرح مراقبت از پیش تعیین شده خلاصه ای کتبی از خواسته‌ها یا دستورالعمل‌های یک فرد بزرگسال توانمند است تا تصمیم‌گیرندگان جایگزین را راهنمایی کند، تا در صورتی که پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی از آن شخص بخواهند، در مورد درمان مراقبتی بهداشتی به جای آن شخص تصمیم بگیرد.

تدوین طرح مراقبت از پیش تعیین شده فرآیندی است که طی آن یک فرد بزرگسال توانمند در مورد باورها، ارزش‌ها و خواسته‌های خود برای مراقبت بهداشتی با خانواده/دوستان نزدیک خود و ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی از پیش صحبت می‌کند که آن‌ها ممکن است قادر به تصمیم‌گیری برای خودشان نباشند.

وصیتنامه پزشکی دستورالعمل‌های مکتوب بزرگسالی توانمند است که مستقیماً با ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی خود درباره درمان مراقبتی صحبت می‌کند که بزرگسال با آن موافقت می‌کند یا آن را رد می‌کند. این سند زمانی لازم الاجراست که بزرگسال توانمند ناتوان شود و فقط در رابطه با شرایط مراقبت بهداشتی و درمان‌های ذکر شده در وصیتنامه پزشکی اجرا شود.

مرگ طبیعی را ممکن می‌سازد به زمانی مربوط می‌شود که بیمار از نظر پزشکی برای علائمی مانند درد یا تنگی نفس، با نزدیک شدن به مرگ، مراقبت‌های پزشکی مناسب دریافت می‌کند.

احیای قلبی ریوی (CPR) یک روش اورژانسی برای احیای فردی است که قلب و/یا ریه او به طور غیرمنتظره‌ای از کار می‌افتند. CPR می‌تواند شامل اعمال فشار مکرر به قفسه سینه فرد و تنفس نجات‌دهنده برای باد کردن ریه‌های فرد و تامین اکسیژن باشد.

دیالیز اقدامی پزشکی است که در زمانی که کلیه‌های فرد دیگر قادر به انجام این کار نیستند، خون فرد را تصفیه می‌کند.

مراقبت‌های پایان زندگی در مرحله آخر زندگی ارائه می‌شود. مراقبت ارائه شده در طول این زمان ممکن است مراقبت حمایتی، مراقبت پیشگیرانه یا مدیریت علائم نامیده شود. مراقبت پایان عمر به نگرانی‌های جسمی، روانی و معنوی می‌پردازد و بر راحتی، احترام به تصمیمات و حمایت از خانواده تمرکز دارد. این مراقبت را یک گروه چندرشته‌ای از ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی ارائه می‌دهند.

وکالتنامه درازمدت سندی است که در آن شخص بزرگسال به شخصی دیگر (به نام وکیل او) اجازه می‌دهد تا در رابطه با امور مالی، تجارت و املاک او تصمیم بگیرد. این شخص (وکیل) مجاز است تا در صورت ناتوانی شخص بزرگسال اقدام کند یا به اقدامات خود تا زمانی که فرد ناتوان بماند ادامه دهد. وکلا نمی‌توانند تصمیمات درمانی مراقبتی را بگیرند.

ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی یک متخصص رسمی، معتبر یا ثبت‌شده برای ارائه خدمات مراقبتی تحت قانون حرفه‌های بهداشتی (از جمله پزشک، پرستار متخصص، پرستار رسمی) و قانون مددکاران اجتماعی است.

درمان و مراقبت بهداشتی هر اقدامی است که برای درمان، پیشگیری، تسکین، تشخیص، زیبایی یا سایر اهداف مراقبتی بهداشتی انجام می‌شود و ممکن است مجموعه‌ای از درمان یا مراقبت مشابه (مثل دادن داروی فشار خون، مراقب از زخم) باشد که طی زمان یا به موجب یک طرح برای اهداف مراقبتی مختلف تا حداکثر یک سال باشد.

ناتوان (ناتوانی) را ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی تعیین می‌کند که باید تصمیم خود را بر این اساس بگیرد که شخص بزرگسال نشان می‌دهد که موارد زیر را درک می‌کند یا خیر:

1. اطلاعات ارائه شده درباره وضعیت سلامتی آنها؛
2. ماهیت مراقبت بهداشتی پیشنهادی شامل خطرات، مزایای و گزینه‌های جایگزین؛ و
3. اینکه آن اطلاعات به وضعیت آنها مربوط می‌شود.

مداخلات پزشکی حفظ حیات و افزایش عمر درمان‌های مراقبت پزشکی همچون تغذیه با لوله، ونتیلاتور (دستگاه‌های تنفس)، دیالیز کلیه، دارو و احیای قلبی-ریوی است. زمانی که هدف اینگونه مراقبت‌ها ادامه یا تداوم حیات باشد، مراقبت‌های پزشکی مناسب تلقی می‌شوند.

مراقبت پزشکی مناسب درمان و مراقبت بهداشتی است که ارائه‌دهنده خدمات با توجه به شرایط بیمار و هدف مراقبت و بر اساس ارزیابی سلامتی ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی ارائه می‌دهد.

ناظر شخصی است که ممکن است طی یک توافقنامه نمایندگی منصوب شود تا اطمینان حاصل کند که نماینده وظایف خود را انجام می‌دهد.

پرستار متخصص پرستار رسمی است که الزامات حرفه‌ای جهت ثبت و استفاده از عنوان پرستار متخصص را برآورده است. او خدمات پرستاری گسترده‌ای شامل تشخیص، تجویز، دستور آزمایش و مدیریت بیماری‌های حاد و مزمن متداول را ارائه می‌دهد.

قیم شخصی (معتمد شخص) شخصی است که دادگاه تعیین می‌کند تا با در نظر گرفتن صلاح فرد بزرگسال، زمانی که خود قادر به تصمیم‌گیری نیست، تصمیمات پزشکی و شخصی را از طرف او بگیرد.

مراقبت شخصی به نیازهای زندگی روزمره افراد از جمله امور روزانه، رژیم غذایی، پوشاک، بهداشت، ورزش و ایمنی مربوط می‌شود.

وکالتنامه سندی است که شخصی (به نام وکیل) با مجوز از فرد بزرگسال توانمند منصوب می‌شود تا درباره امور مالی، تجاری و/یا املاک از طرف او تصمیم‌گیری کند. وکلا نمی‌توانند تصمیمات درمانی مراقبتی را بگیرند.

نماینده شخصی 19 ساله یا بزرگتر است که فرد بزرگسال توانمند به موجب توافقنامه نمایندگی برای گرفتن تصمیمات درمانی و مراقبتی از طرف او برای زمانی منصوب می‌شود که خود قادر به تصمیم‌گیری نیست.

توافقنامه نمایندگی (RA) سندی است که طی آن فرد بزرگسال توانمند نماینده خود را معرفی می‌کند تا در رابطه با امور بهداشتی مراقبتی و سایر مسائل در زمان ناتوانی از طرف او تصمیم‌گیری کند. دو نوع از این سند وجود دارد:

1. **بخش 7 RA:** فرد بزرگسال می‌تواند به نماینده اجازه دهد تا از طرف او در رابطه با مدیریت معمول امور مالی، مراقبت شخصی و برخی امور مراقبتی بهداشتی به استثناء امور مربوط به رد حمایت زندگی و/یا مداخلات پزشکی تداوم حیات، تصمیم بگیرد.
2. **بخش 9 RA:** فرد بزرگسال می‌تواند به نماینده اجازه دهد تا از طرف او تصمیمات مراقبت شخصی و مراقبت بهداشتی را بگیرد، از جمله تصمیمات مربوط به پذیرش یا رد حمایت از زندگی و مداخلات پزشکی تداوم حیات.

همسر شخصی است که:

- الف. با شخصی رابطه زوجیت دارد و طبق تعریف قانون طلاق کانادا، جدا و مجزا از شخص دیگر زندگی نمی‌کند؛ یا
- ب. با و در کنار شخصی دیگر با رابطه‌ای شبیه زوجیت زندگی می‌کند، از جمله روابط اشخاص هم‌جنس.

تصمیم‌گیرنده جایگزین شخصی توانمند است که اختیار تصمیم‌گیری درمان مراقبتی بهداشتی از طرف بزرگسال ناتوان را دارد و شامل قیم شخصی (معتد شخص)، نماینده و/یا تصمیم‌گیرنده جایگزین موقت می‌شود.

تصمیم‌گیرنده جایگزین موقت (TSDM) بزرگسالی توانمند است که ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی برای تصمیم‌گیری در مورد درمان از طرف بزرگسالی ناتوان، در زمان نیاز به مراقبت، انتخاب کرده است. اگر فرد بزرگسال دارای وصیتنامه پزشکی باشد که مراقبت مورد نیاز در آن زمان در آن ذکر شده باشد یا اگر فرد بزرگسال دارای قیم شخصی یا نماینده باشد، TSDM انتخاب نمی‌شود.

تغذیه با لوله روشی برای تأمین غذا به شخصی است که نمی‌تواند با استفاده از دهان خود غذا بخورد. تغذیه با لوله شامل جاگذاری موقت یا دائم لوله‌ای است که برای غذای مایع از طریق بینی شخص یا از طریق دیواره شکمی به معده شخص می‌رسد.

ونتیلاتور دستگاهی است که برای ورود و خروج هوا به درون شش‌های فردی استفاده می‌شود که خود قادر به تنفس نیست.

مرتب کردن مدارک خود

تدوین طرح مراقبت از پیش تعیین شده فرصت خوبی است که تمامی مدارک برنامه ریزی شخصی خود را جایی کنار هم بگذارید تا به آسانی پیدا شوند. این امر به افرادی که مسئول امور خود قرار داده‌اید کمک می‌کند تا در صورت نیاز آن‌ها را پیدا کنند. فهرست زیر را بخوانید و کادرها و خطوط مربوط به خود را تکمیل کنید.

من اهداکننده عضو هستم (ثبت نام در www.transplant.bc.ca): بله خیر

به یک وکیل وکالتنامه داده‌ام: بله خیر

نام وکیل: _____

به یک وکیل، وکالتنامه درازمدت داده‌ام: بله خیر

نام وکیل: _____

محل وکالتنامه و/یا مدارک وکالتنامه درازمدت من:

وصیتنامه دارم: بله خیر

محل وصیتنامه من: _____

وکیل دارم: بله خیر

نام وکیل: _____ تلفن: _____

بیمه نامه عمر دارم: بله خیر

شرکت: _____

هماهنگی‌های مراسم ختم و تدفین/مرده سوزانی را انجام داده‌ام: بله خیر

شرکت: _____ تلفن: _____

سایر مدارک:

طرح مراقبت از پیش تعیین شده من



این بخش تمامی ابزار و فرم‌های لازم برای تدوین طرح مراقبتی از پیش تعیین شده شما را ارائه می‌کند. دستورالعمل‌های بالای هر صفحه به شما در تعیین صفحات لازم برای تکمیل کمک می‌کند. این صفحات به گونه‌ای طراحی شده‌اند تا بتوانید به تعداد مورد نیاز خود از آن‌ها جدا کنید.

تنها صفحاتی را تکمیل کنید که برای مدارک قانونی انتخابی خود نیاز دارید. در صورت نیاز، به شرح گزینه‌های مختلف طرح مراقبتی از پیش تعیین شده در بخش اول این راهنما مراجعه کنید تا بتوانید دریابید برای نیازهای مراقبتی آینده خود باید چه مدارکی را تکمیل کنید.

My Advance Care Plan - Summary

This summary is the cover of your advance care plan.

Full name (please print): _____ Signature: _____

Date this advance care plan was completed: _____
dd/mm/yyyy

This is an update of my advance care plan: Yes No

My advance care plan includes (tick all that apply):

- My beliefs, values and wishes
- My TSDM list
- My standard representation agreement (section 7) - **optional**
 - Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative
 - Form 2 - Certificate of Monitor
 - Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult
 - Form 4 - Certificate of Witnesses
- My enhanced representation agreement (section 9) - **optional**
- My advance directive form - **optional**

I have given copies of this advance care plan to:

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ is my health care provider. Phone: _____

My Temporary Substitute Decision Maker (TSDM) List

If needed, this list will be used by your health care provider(s) to choose a TSDM for you. The order of the people on the list is set out in B.C. law and may not be changed.

To qualify as a TSDM, the person listed must be 19, capable, have no dispute with you, and have been in contact with you in the year before you need the health care. If a TSDM is needed to make a health care decision for you, your health care provider will choose the first person on the list who is qualified and available. If you want to specify one person to make health decisions for you, you must fully complete either a standard (p.34) or enhanced (p.44) representation agreement.

Spouse (includes married, common-law, same-sex - length of time living together does not matter)

Name	Phone

Children (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

Parents (either - may include adoptive)

Name	Phone	Name	Phone

Brothers or Sisters (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

Grandparents (any)

Name	Phone	Name	Phone

Grandchildren (any - birth order does not matter)

Name	Phone

Name	Phone

Anyone else related to me by birth or adoption

Name	Phone

Name	Phone

Close friend

Name	Phone

Name	Phone

A person immediately related to me by marriage (ranked equally)

Name	Phone

Name	Phone

I know a TSDM will not be chosen to make health care decisions for me if I complete an optional representation agreement form and/or an advance directive form which addresses the health care condition I have when the care is needed. I also know a TSDM will be chosen to make health care decisions for me if I have no representative, if my representative is unavailable, or if my optional representation agreement and/or advance directive does not address the health care condition I have when the care is needed.

I agree.

Name (print)	Signature	Date signed

My Beliefs, Values and Wishes

Complete this page for all advance care plans, regardless of whether you choose to complete a representation agreement form or advance directive form. If needed, this information will help your substitute decision maker (court appointed personal guardian, representative or TSDM) make future health care treatment decisions for you.

Note: If you want to make an advance directive or name a representative in a representation agreement with specific instructions about your health care treatment decisions, be sure to write your instructions directly on those forms. The information you write on these pages is not a representation agreement or an advance directive.

My beliefs (what gives my life meaning)

My values (what I care about in my life)

My wishes (for future health care treatment, life support and life-prolonging medical interventions)

Name (print)	Signature	Date signed
--------------	-----------	-------------

My Representative - Standard Agreement (section 7)

Section 7 Representation Agreement Form (p.34-39)

Use a section 7 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about your routine financial affairs, your personal care and some health decisions.

A section 7 form does not provide a representative with the authority to refuse life support and life-prolonging medical interventions.

In addition to a Section 7 Representation Agreement form, the following certificates must be completed (if they apply) for the agreement to be effective:

Form 1: Certificate of Representative or Alternate Representative (p.40)

Form 2: Certificate of Monitor (p.41)

Form 3: Certificate of Person Signing for the Adult (p.42)

Form 4: Certificate of Witnesses (p.43)

My Representative - Enhanced Agreement (section 9)

Section 9 Representation Agreement Form (p.44-49)

Use a section 9 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about accepting or refusing life support and life-prolonging medical interventions on your behalf, in addition to other health and personal care decisions.

REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 7)

Made under Section 7 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

2. REVOCATION OF PREVIOUS REPRESENTATION AGREEMENTS

I revoke all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act* made by me.

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement)

3. REPRESENTATIVE

(See Note 3 – naming a Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)

(See Note 3 – naming a Representative)

(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative

5. EVIDENCE OF AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE

(See Note 4 – statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative)
(Strike out this provision if you are not appointing an Alternate Representative.)

A statutory declaration made by my Representative, my Alternate Representative (if one is named), or the Monitor (if one is named), declaring that one of the circumstances referenced in section 4 of this Representation Agreement has occurred, and specifying that circumstance, is sufficient evidence of the authority of my Alternate Representative to act in place of my Representative.

6. AUTHORITY OF REPRESENTATIVE

(See Note 5 - what a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement)

Pursuant to section 7 of the *Representation Agreement Act*, I authorize my Representative to:

(If you want your Representative to have both types of authority, do not strike out either of the following provisions. If you want your Representative to have authority over only one of the following matters, strike out the provision over which you do not want your Representative to have authority. You may not strike out both types of authority.)

- a. help me make decisions
- b. make decisions on my behalf

about the following:

(Strike out any of the following matters for which you do not want your Representative to have authority.)

- a. my personal care;
- b. the routine management of my financial affairs, as set out in the Representation Agreement Regulation;
- c. major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- d. obtaining legal services for me and instructing counsel to commence proceedings, except divorce proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on my behalf.

7. MONITOR

(See Note 6 - what a Monitor is and whether one is required)

(Strike out this provision if a Monitor is not required and you do not want to name a Monitor.)

I name the following person as Monitor of this Representation Agreement:

Full Legal Name of Monitor
Full Address of Monitor

8. EFFECTIVE DATE

This Representation Agreement becomes effective on the date it is executed.

9. SIGNATURES

ADULT AND WITNESS SIGNATURES

ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE

(See Note 7 – information for witnesses)

WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

REPRESENTATIVES' SIGNATURES

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

REPRESENTATIVE

Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

ALTERNATE REPRESENTATIVE

(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)

Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

(See Note 9 - additional forms required for this Representation Agreement to be effective)

**STATUTORY DECLARATION FOR EVIDENCE OF
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the representative, the alternate representative, or the monitor, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

_____ naming _____ as Representative
name of Adult name of Representative

TO WIT:

I, _____
Name

of _____
Full Address

SOLEMNLY DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
 - representative named under the representation agreement
 - alternate representative named under the representation agreement
 - monitor named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

_____ location
on _____ date

Declarant's Signature

Signature of Commissioner for taking Affidavits
for British Columbia

Commissioner for taking Affidavits for British Columbia
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)

NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 7 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative, alternate representative or monitor, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

NOTE 2: Effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement

If you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked by the revocation provision in this representation agreement.

NOTE 3: Naming a Representative

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.
- (c) A representative must complete the Certificate of Representative or Alternate Representative in Form 1 under the Representation Agreement Regulation.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

NOTE 5: What a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement

Under a section 7 representation agreement, a representative may be authorized to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about all of the following things:

- the routine management of the adult's financial affairs, as described in the Representation Agreement Regulation;
- obtaining legal services for the adult and instructing counsel to commence proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on the adult's behalf;
- the adult's personal care, and major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

Under a section 7 representation agreement, a representative may not be authorized to do any of the following:

- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the adult's financial affairs, other than the routine management of the adult's financial affairs as described in the Representation Agreement Regulation;
- to commence divorce proceedings on the adult's behalf;
- to help make, or to make on the adult's behalf, a decision to refuse health care necessary to preserve life;
- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the kinds of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- despite the objection of the adult, to physically restrain, move or manage the adult, or authorize another person to do these things;

- to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*.

(Please note that this list may not be complete.)

In addition, a representative must not do either of the following:

- consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

NOTE 6: What a Monitor is and whether one is required

- (a) A monitor is a person responsible for making reasonable efforts to determine whether a representative is complying with the representative’s duties under the *Representation Agreement Act*.
- (b) A monitor is required for this representation agreement if the representation agreement authorizes a representative to make, or help make, decisions concerning routine management of the adult’s financial affairs, unless the representative is the adult’s spouse, the Public Guardian and Trustee, a trust company or a credit union.
- (c) A monitor must complete the Certificate of Monitor in Form 2 under the Representation Agreement Regulation.

NOTE 7: Information for witnesses

- (a) The following persons may not be a witness:
 - i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
 - ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
 - iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or an alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, the Public Guardian and Trustee of British Columbia, or a financial institution authorized to carry on trust business under the *Financial Institutions Act*;
 - iv. A person who is under 19 years of age;
 - v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- (c) A witness must complete the Certificate of Witnesses in Form 4 under the Representation Agreement Regulation.
- (d) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you must not witness the representation agreement or execute the Certificate of Witnesses, and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.

NOTE 9: Additional forms required for this Representation Agreement to be effective

The following certificates must be completed, if applicable:

- Form 1 (Certificate of Representative or Alternate Representative);
- Form 2 (Certificate of Monitor), if the Representation Agreement names a Monitor;
- Form 3 (Certificate of Person Signing for the Adult), if a person is signing the Representation Agreement on behalf of the Adult;
- Form 4 (Certificate of Witnesses).

These certificates can be found in the Representation Agreement Regulation.

Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative

To be completed by each representative and alternate representative named in a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 5 (4) and 6 (2)].

Part 1 - Identification of representative or alternate representative

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as representative or alternate representative.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code],

_____ [date of birth, if not a trust company or credit union].

Part 2 - Certifications made by representative or alternate representative

I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) I do not provide, for compensation, personal care or health care services to the adult who made the representation agreement, or I do provide the services described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,
- (c) I am not an employee of a facility in which the adult who made the representation agreement resides and through which he or she receives personal care or health care services, or I am an employee described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,
- (d) I am not a witness to the representation agreement,
- (e) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a representative as set out in section 16 of the *Representation Agreement Act*, and
- (f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

signature of representative, alternate representative or
authorized signatory of a trust company or credit union

date

Form 2 - Certificate of Monitor

To be completed by the person named as monitor as set out in section 12 (5) of the *Representation Agreement Act*.

Part I - Identification of monitor

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as monitor.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code].

Part 2 - Certifications made by monitor

I certify that

- (a) I am an adult,
- (b) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a monitor as set out in section 20 of the *Representation Agreement Act*, and
- (c) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

signature of monitor

date

Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult

To be completed by the person who signs a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [section 13 (4) (d)] for the adult making the agreement, if the adult is physically incapable of signing.

Part I - Identification of the person signing on behalf of the adult

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I signed the representation agreement on behalf of the adult.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code].

Part 2 - Certifications made by the person signing on behalf of the adult

I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) the adult who made the representation agreement was present when I signed the representation agreement on his or her behalf, and directed me to sign because he or she was physically incapable of signing,
- (c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement when he or she directed me to sign the agreement,
- (d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative, and
- (e) I am not a witness to the representation agreement.

signature of person signing for the adult

date

Form 4 - Certificate of Witnesses

To be completed by each person witnessing the signing of a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 13].

Part I - Identification of, and certifications made by, first witness

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I witnessed the signing of the representation agreement by, or on behalf of, the adult.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code].

4. I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) the adult who made the representation agreement was present when I witnessed the representation agreement,
- (c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement, or had interpretive assistance to understand that type of communication,
- (d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative,
- (e) I am not a spouse, child, parent, employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or an alternate representative [does not apply to an employee or agent of the Public Guardian and Trustee, or a trust company or credit union], and
- (f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

signature of witness

date

REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 9)

Made under Section 9 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

2. REVOCATION OF PREVIOUS INSTRUMENTS

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on previous Representation Agreements)

I revoke all of the following made by me.

- all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act*;
- all previous Representation Agreements granting authority under section 9 of the *Representation Agreement Act*.

3. REPRESENTATIVE

(See Note 3 – who may be named as Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)

(See Note 3 – who may be named as Representative)

(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative

9. SIGNATURES

ADULT AND WITNESS SIGNATURES

ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE

(See Note 7 – information for witnesses)

WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

REPRESENTATIVES' SIGNATURES

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

REPRESENTATIVE

Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

ALTERNATE REPRESENTATIVE

(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)

Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**STATUTORY DECLARATON FOR EVIDENCE OF
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the adult, the representative, or the alternate representative, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

_____ naming _____ as Representative
name of Adult name of Representative

TO WIT:
I, _____
Name
of _____
Full Address

SOLEMNLy DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
 - adult who made the representation agreement
 - representative named under the representation agreement
 - alternate representative named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

_____ location _____ Declarant's Signature
on _____ date

Signature of Commissioner for taking Affidavits
for British Columbia

Commissioner for taking Affidavits for British Columbia
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)

NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 9 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative or alternate representative, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

NOTE 2: Effect of revocation on previous Representation Agreements

The revocation provision in this representation agreement will do all of the following:

- if you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked;
- if you have previously made a section 9 representation agreement that is still effective, it will be revoked.

NOTE 3: Who may be named as Representative

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

NOTE 5: What a Representative may and may not do

The authority of a representative appointed under this representation agreement includes the power to give or refuse consent to health care necessary to preserve life.

A representative appointed under this representation agreement must not do any of the following:

- give or refuse consent on the adult's behalf to any type of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- make arrangements for the temporary care and education of the adult's minor children, or any other persons who are cared for or supported by the adult;
- interfere with the adult's religious practices.

(Please note this list may not be complete.)

If you want your representative to be authorized to do the things on the above list, you should obtain legal advice.

In addition, under the *Representation Agreement Act*, a representative:

- may not be authorized to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*;
- must not consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- must not make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

NOTE 6: Consultation with a health care provider

If you choose to include instructions or wishes in your representation agreement about your health care, you may wish to discuss with a health care provider the options and the possible implications of your choices.

NOTE 7: Information for witnesses

(a) The following persons may not be a witness:

- i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
- ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
- iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, or the Public Guardian and Trustee of British Columbia;
- iv. A person who is under 19 years of age;
- v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.

(b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.

(c) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you should not witness the representation agreement and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.



ADVANCE DIRECTIVE

Made under the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*

The use of this form is voluntary. Before completing this Advance Directive, it is advisable to obtain legal advice and the advice of a health care provider about the possible implications of this Advance Directive, and your choices about the types of health care for which you might give or refuse consent under this Advance Directive.

The notes referenced in this Advance Directive are found at the end of this Advance Directive and are provided for informational purposes only. (See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive.)

1. THIS IS THE ADVANCE DIRECTIVE OF THE "ADULT":

Full Legal Name of the Adult		Date (YYYY / MM / DD)	
Full Address of the Adult			
Date of Birth (YYYY / MM / DD)		(OPTIONAL) Personal Health (CareCard) Number	

2. REVOCATION OF PREVIOUS ADVANCE DIRECTIVES:

I revoke all previous Advance Directives made by me.

3. CONSENT TO HEALTH CARE AND REFUSAL OF CONSENT TO HEALTH CARE:

If I need health care and I am not capable of giving or refusing consent to the health care at the time the health care is required,

I give the following instructions:

[Note: If a health care decision is required while you are incapable but the type of health care is not addressed in this Advance Directive, the decision will be made by a substitute decision maker.]

I consent to the following health care:

I refuse to consent to the following health care:

4. ACKNOWLEDGMENTS

I know that as a result of making this Advance Directive

- a. I will not be provided with any health care for which I refuse consent in this Advance Directive, and
- b. No one will be chosen to make decisions on my behalf in respect of any health care matters for which I give or refuse consent in this Advance Directive.

(See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive)

5. SIGNATURES

ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

	Date Signed (YYYY / MM / DD)
--	------------------------------

WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE - SEE NOTE 2, INFORMATION FOR WITNESSES

WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or notary public.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

NOTES RESPECTING ADVANCE DIRECTIVES

The notes provided below are for the purposes of providing information only.

These notes should NOT be considered complete: a person making an Advance Directive should consult the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act* to ensure that they understand their rights and duties.

NOTE 1: LIMITATIONS ON THE EFFECT OF THIS ADVANCE DIRECTIVE

Note that the effect of this Advance Directive and the giving and refusing of consent under it is subject to the limitations set out in sections 19.2 (2), 19.3 (1) and 19.8 of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

NOTE 2: INFORMATION FOR WITNESSES

- (a) The following persons may not be a witness:
 - i. A person who provides personal care, health care or financial services to the adult for compensation, other than a lawyer or notary public;
 - ii. A spouse, child, parent, employee or agent of a person described in paragraph (a);
 - iii. A person who is under 19 years of age;
 - iv. A person who does not understand the type of communication used by the Adult, unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or notary public.
- (c) You should not witness the Advance Directive if you have reason to believe that
 - i. the Adult is incapable of making, changing or revoking an Advance Directive, or
 - ii. fraud, undue pressure or some other form of abuse or neglect was used to induce the Adult to make the Advance Directive, or to change or revoke a previous Advance Directive.

تدوین طرح مراقبت از پیش تعیین شده

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تدوین طرح مراقبت از پیش تعیین شده، از سایت زیر دیدن کنید:

SeniorsBC - www.gov.bc.ca/advancecare

HealthLink BC (www.healthlinkbc.ca) و advance care planning (تدوین طرح مراقبت از پیش تعیین شده) را جستجو کنید یا با 1-8-1-8 تماس بگیرید.

سازمان بهداشت محل شما:

Fraser Health - https://www.fraserhealth.ca/health-topics-a-to-z/advance-care-planning#.Ylg_kihBxPZ

InteriorHealth-www.interiorhealth.ca/YourCare/PalliativeCare/ToughDecisions/Pages/Advance-Care-Planning.aspx

Island Health - <https://www.islandhealth.ca/our-services/advance-care-planning>

Northern Health - www.northernhealth.ca/health-topics/advance-care-planning

Vancouver Coastal Health - www.vch.ca/public-health/health-topics-a-z/topics/advance-care-planning

قانونگذاری

برای کسب اطلاعات درباره قانونگذاری برنامه‌ریزی عدم صلاحیت قانونی B.C. (بریتیش کلمبیا) از سایت زیر دیدن کنید:
www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning

برنامه ریزی شخصی

ThePublicGuardianandTrustee-www.trustee.bc.ca/services/services-to-adults/Pages/personal-planning.aspx

Nidus Personal Planning Resource Centre - www.nidus.ca

نیازهای حقوقی

اگر به وکیل نیاز دارید، کانون وکلای کانادا شعبه بریتیش کلمبیا خدمات ارجاع وکلا (Lawyer Referral Service) را مدیریت می‌کند. برای اطلاع از جزئیات، به آدرس زیر مراجعه کنید:

www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx

نیازهای مراقبت بهداشتی

British Columbia College of Family Physicians

(کالج پزشکان خانواده بریتیش کلمبیا) پیشنهادهایی را درباره نحوه یافتن پزشک خانواده در آدرس زیر ارائه می‌کند:

bccfp.bc.ca/for-the-public/find-a-family-doctor

نام کامل من _____ است

در شرایط اورژانسی، با شخص زیر تماس بگیرید:

(تلفن) _____ (نام) _____

ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی من _____

است من یک طرح مراقبتی از پیش تعیین شده

با توافقنامه نمایندگی [بخش 7 بخش 9]

با یک وصیتنامه پزشکی دارم

من اهداکننده عضو هستم

مدارک مهم من قرار داده شده‌اند _____

