

## תנאים לאישור טופס

1. יש לצרף לכל טופס צילום ת.ז. וספח.

טופס שיתקבל במרכז להנחיות רפואיות ללא צילום ת.ז. יוחזר לשולח ללא טיפול

2. פירוט תמצית המידע הרפואי

- בטפסים בהם הרופא נדרש לכתוב, המידע יירשם ע"י רופא, או אחות מוסמכת. במקרה שהאדם מוגדר בעת מילוי הטופס כחולה נוטה למות – המידע נדרש על ידי רופא מומחה.

- נוסח תמצית המידע הרפואי יהיה כדלקמן:  
הסברתי למר X את המונחים הרפואיים שבטופס זה כגון: החיאה, הנשמה, דיאליזה והתרשמתי כי מר X הבין המידע שמסרתי לו.

טופס שיתקבל במרכז להנחיות רפואיות ללא המידע הנדרש בתמצית המידע, יוחזר לשולח ללא טיפול.

3. חתימות

- החתימה תיחתם במעמד 2 עדים שאינם מקרבת משפחה ראשונה (בן, בת, בעל, אישה, הורים, אחים) העדים בחתימתם עדים לכך שנותן ההנחיה צלול ובהכרה מלאה בעת מילוי הטופס.
- אופן הכרות עדים - על העדים לסמן בראש העמוד את אופן היכרותם עם נותן ההנחיה.
- חתימת העדים - על נותן ההנחיה לחתום על הטופס יחד עם שני העדים שאינם מקרבת משפחה ראשונה באותו מעמד ותאריך.
- חתימת מוסר המידע הרפואי - הרופא או האחות המוסמכת אשר נתנו את ההסבר הרפואי, צריכים לחתום על ההצהרה בעמוד החתימות, למלא את הנתונים הנדרשים, כולל תאריך ופרטיהם האישיים הנדרשים בטופס.

טופס שיתקבל במרכז להנחיות רפואיות עם חתימות בתאריכים שונים, וללא כל הנתונים הדרושים מהחותמים, יוחזר לשולח ללא טיפול.

# חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - הנחיות רפואיות מקדימות

## תוספת ראשונה

הנחיות רפואיות מקדימות לטיפול רפואי עתידי בחולה הנוטה למות  
טופס זה נכתב בלשון זכר, אך מיועד לנשים וגברים כאחד

### על פי החוק יש להוסיף צילום תעודת זהות וספח של ממלא הטופס

טופס זה מיועד למילוי בידי אדם הרוצה ליתן הנחיות רפואיות מקדימות

הנחיות רפואיות מקדימות ניתנות בידי אדם **בעל כשרות**<sup>1</sup> (בהכרה מלאה וצלולה), שבהן הוא מפרט את רצונו לגבי טיפול רפואי עתידי בו אם יהיה חולה הנוטה למות, או חולה הנוטה למות במצב סופי שאינו בעל כשרות.

2. בדבר קבלת טיפולים רפואיים להארכת חיים, גם בניגוד להמלצת הרופא  
**יש למלא את חלק ב בעמ' 7**

או

1. בדבר הימנעות מטיפולים רפואיים הנהוגים בישראל  
**יש למלא חלק א' בעמ' 3-6**

### לפני מילוי הטופס, חשוב לקרוא בעיון ולפעול לפי הכתוב בהנחיות למילוי הטופס



אני החתום מטה:	ת.ז.:
----------------	-------

**בעל כשרות**<sup>1</sup> - כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (להלן: חוק החולה הנוטה למות), נותן בזה, לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות, הנחיות רפואיות מקדימות. (יש לצרף צילום ברור של ת.ז. כולל הספח).

שנת לידה:	
מען: (בהתאם לרשום בת.ז.)	
הנך רשאי להוסיף כתובת נוספת משלוח דואר	

### **לצורך מתן ההנחיות הרפואיות המקדימות אני מצהיר כדלקמן**

(א) (1) מצבי הרפואי הנוכחי הוא:

- בריא בדרך כלל
- נקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות
- אחר

(א) (2) קיבלתי מידע רפואי:

מד"ר:	
או אחות/מוסמך/כת גב' /מר:	
קיבלתי מידע מרופא מומחה מד"ר	

**לחולף נוטה למות:  
המידע ינתן צ"י  
רופא מומחה בלבד**

### **"בעל כשרות" – הגדרה חוקית**

- מי שמתקיימים בו כל אלה:
- (1) מלאו לו 17 שנים
  - (2) הוא מסוגל להביע את רצונו
  - (3) הוא לא הוכרז פסול דין
  - (4) הוא לא הוצא מחזקת הכשרות

### **2 מידע רפואי – הגדרה חוקית**

1. לאדם שנקבע לגביו שהוא חולה נוטה למות, יימסר על ידי רופא מומחה מידע בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע רפואי בדבר מצבו שהוא רלוונטי למתן ההנחיות וכן מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות.
2. לאדם שלא נקבע לגביו שהוא חולה הנוטה למות, יימסר על ידי רופא או אחות מוסמכת מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות.



חלק א: הוראות רפואיות מקדימות להימנע מטיפול רפואי מאריך חיים

א. סבל משמעותי



1. אין חובה למלא פסקה זו. אפשר להשאיר ריקה ולהסתמך על פסקה 2
2. אפשר לבחור אחת או יותר מהאפשרויות הבאות:

1. ידוע לי כי רק אם אהיה במצב של סבל משמעותי, כפי שייקבע על ידי להלן, ואהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, ימנעו מטיפול רפואי בי בהתאם להנחיות הרפואיות המקדימות שבמסמך זה

סבל משמעותי עבורי הוא:

- היזקקות למתן מזון באמצעים מלאכותיים
- מצב בו אני משותק בארבע גפיים
- מצב של שטיון (דמנציה – Dementia)
- היזקקות לכל אחד מטיפולים רפואיים אלה:


אחד ממצבים אלה:


2. ידוע לי כי אם לא מילאתי מהו סבל משמעותי עבורי בפסקה (1) לעיל, אחשב כסובל סבל משמעותי (כפי שהוגדר בחוק) רק אם: אסבול כאב או סבל, שאדם סביר היה מוכן לעשות מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו, אף אם הדבר כרוך בפגיעה משמעותית באיכות חיון או בתוחלת חיון, ורק במצב זה, אם אהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, יפעלו בהתאם להנחיות רפואיות אלה.

2. במצב של חולה הנוטה למות אלו הפעולות שאני מורה להימנע או לא להימנע מלתת לי:



**מחק את המיותר וסמן בצינור בחירתך**

א.	ביצוע החייאה בכל זרך אפשרית.	להימנע	לא להימנע
ב.	ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני.	להימנע	לא להימנע
ג.	ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה.	להימנע	לא להימנע
ד.	ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה.	להימנע	לא להימנע
ה.	ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי	להימנע	לא להימנע
ו.	חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן	להימנע	לא להימנע
	אם סימנת לא להימנע: הכוונה שהנך מעוניין להיות מחובר למנשם. יש לציין את משך הזמן: (מספר) _____ ימים/ שבועות/ חודשים/ ללא הגבלה (מחק את המיותר)		
ז.	חיבור לדיאליזה	להימנע	לא להימנע
	אם סימנת לא להימנע: האם להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול.	להימנע	לא להימנע
ח.	ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקו).	להימנע	לא להימנע
ט.	ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית)	להימנע	לא להימנע
י.	הקרנות במחלה ממארת	להימנע	לא להימנע
יא.	כימותרפיה במחלה ממארת	להימנע	לא להימנע
יב.	אנטיביוטיקה במצב של אלח-דם חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגרתיים.	להימנע	לא להימנע
יג.	בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור)	להימנע	לא להימנע

**(ניתן להוסיף הסתייגות או האבלות בכתב יד ללא סיוף)**



לתשומת לב הרופא או האחות מוסרי המידע הרפואי:

יש להדגיש בפני נותן ההוראות, אלו מהטיפולים המוצרכים מטרטס ריפוי, אלו מטרטס הארכת חייט ואלו טיפוליים מטרטס הציקרית היא מניצת כאב או סבל. ללא מידע זה, לא ניתן לתת הנחיות מוקדמות מדצת, ולכן יתכן ולא יהיה להן תוקף. (דואמא: מתן הקרנות מהווה במקרים רבים טיפול פליאטיבי יציף המונע או מפחית כאב)

3. במצב של חולה הנוטה למות בשלב סופי אלו הפעולות שאני מורה להימנע או לא להימנע מלתת לי: חולה שתוחלת חייו אינה עולה על שבועיים



**אחק את המיותר וסמן בציולף בחירתך**

א.	ביצוע החייאה בכל דרך אפשרית	להימנע	לא להימנע
ב.	ביצוע החייאה בדרך של עיסוי לב חיצוני	להימנע	לא להימנע
ג.	ביצוע החייאה בדרך של הנשמה על ידי הכנסת צינור לקנה הנשימה.	להימנע	לא להימנע
ד.	ביצוע החייאה בדרך של מתן תרופות החייאה.	להימנע	לא להימנע
ה.	ביצוע החייאה בדרך של הלם חשמלי.	להימנע	לא להימנע
ו.	חיבור למנשם (מכשיר להנשמה מלאכותית) עם קוצב זמן. אם סימנת לא להימנע: הכוונה שהנך מעוניין להיות מחובר למנשם. יש לציין את משך הזמן: (מספר) _____ ימים/ שבועות/ חודשים/ ללא הגבלה (מחק את המיותר).	להימנע	לא להימנע
ז.	חיבור לדיאליזה	להימנע	לא להימנע
	אם סימנת לא להימנע: האם להימנע מהמשך טיפול בדיאליזה אם יתברר שאין תוחלת לטיפול.	להימנע	לא להימנע
ח.	ניתוחים גדולים (כגון כריתת גפה נמקית, או כריתת איבר פנימי נמקי).	להימנע	לא להימנע
ט.	ניתוחים קטנים (כגון כריתת אצבע נמקית)	להימנע	לא להימנע
י.	הקרנות במחלה ממארת	להימנע	לא להימנע
יא.	כימותרפיה במחלה ממארת	להימנע	לא להימנע
יב.	אנטיביוטיקה במצב של אלה-דם חמור ועמיד לטיפולים אנטיביוטיים שגרתיים.	להימנע	לא להימנע
יג.	בדיקות אבחוניות (דם, צילומי רנטגן, מוניטור)	להימנע	לא להימנע
יד.	טיפולים שגרתיים, כגון מתן אנטיביוטיקה, דם ומוצריו.	להימנע	לא להימנע
טו	טיפולים במחלות נלוות, כגון מתן אינסולין	להימנע	לא להימנע
טז.	מתן מזון בדרך מלאכותית	להימנע	לא להימנע
יז.	מתן נוזלים בדרך מלאכותית	להימנע	לא להימנע
יח	מתן תרופות וטיפולים מקלים	לא להימנע	







חלק ג: הצהרות וחתימות - על נותן ההנחיות ושני העדים לחתום באותו מעמד

הצהרות:

(1) בנוסף להנחיות רפואיות מקדימות אלה נתתי גם ייפוי כוח (אין הכוונה לייפוי כוח מתמשך של האפוטרופוס, אלא ייפוי כוח מחוק החולה הנוטה למות) ואני מנחה את המטפלים בי לפעול הן בהתאם לייפוי הכוח האמור והן בהתאם להנחיות רפואיות אלה.

כן / לא (סמן בציול את בחירתך)

(2) עבור מי שנתן או ייתן גם ייפוי כוח (מתוקף חוק החולה הנוטה למות בלבד): אני מנחה בזה כי במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הוראה של מיופה כוח, תגבר הוראה של: (סמן את אחת החלופות)

הנחיה רפואית מקדימה א  הוראה של מיופה כוח

(3) ידוע לי כי בהעדר הוראה לפי סעיף (2) לעיל בקשר לסתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי הכוח, תהיה עדיפה ההנחיה הרפואית המקדימה, ואולם אם ייפוי הכוח ניתן תקופה משמעותית לאחר מתן ההנחיה תכריע בדבר ועדה מוסדית.

(4) הוראות נוספות בדבר סתירה בין הנחיות רפואיות מקדימות לבין ייפוי כוח:


הצהרה על ידוע אנשים נוספים על קיום ההנחיות

(ימולא רק אם נותן ייפוי הכוח שוחח עם מי מהאנשים המנויים להלן ו/או נתן לאנשים אלה עותק. אין חובה לייזע, אולם יש בכך כדי לשפר את הסיכוי ליישום יעיל ונכון של ההנחיות).



אני מצהיר/ה בזה כי שוחחתי עם האנשים הרשומים מטה אודות מסמך זה, וכי נתתי להם עותק מהמסמך הזה / לא נתתי להם עותק מהמסמך הזה.

<input type="checkbox"/> קירבה:	פרטיו:	
<input type="checkbox"/> קירבה:	פרטיו:	
<input type="checkbox"/> קירבה:	פרטיו:	
<input type="checkbox"/> קירבה:	פרטיו:	
<input type="checkbox"/> קירבה:	פרטיו:	

יש למלא שם, טלפון וכתובת.  
קירבה יש לרשום: בן-לוא, צו"ד, רופא, שכן, אח, בן, רב, קאדו, כואר וכד'

# 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 - הנחיות רפואיות מקדימות



## חתימות:

חתימת נותן ההנחיות הרפואיות המקדימות יש לחתום בפני שני הצדדים באמצעות

### החתימה

(במידה ונותן ההנחיות אינו דובר או קורא עברית, יש לצרף אישור מוסמך על מתרגם ההסברים וההוראות שבטופס)

אני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי, ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר. (יש לחתום רק באמצעות הצדדים)

תאריך	חתימה
טלפון	טל. נייד

חתימות העדים: (שני הצדדים צריכים לחתום באותו אמצע עם חתימת נותן ההנחיות)

סמן את אחת החלופות

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל:

מוכר/ת לנו אישית א

הזדהה/תה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה.

עשה/תה כן בנוכחותי, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא ערני/ת מדבר/ת לעניין, וללא סימנים להפעלת לחץ עליו/ה.

אני מצהיר שאינני מיופה כוחו/ה של החתום/ה ואינני מועמד להיות כזה, ואין לי כל אינטרסים כלכליים או אחרים מול חותם/ת המסמך.

(לא יהיה עד מי שהוא בעל אינטרס כלכלי או אחר, לרבות בן משפחה בעל אינטרס כלכלי או אחר, אך יכול שרפא או אחות יהיו עד).

התאריך והחתימה יואלא צ"י החותם

שם	ת.ז.	טלפון נייד
מען	חתימה	תאריך
טלפון		

שם	ת.ז.	טלפון נייד
מען	חתימה	תאריך
טלפון		

## חתימת המוסר המידע הרפואי

רופא או אחות מוסמכת יחתמו כאשר נותן ההנחיות אינו מי שנקבע לגביו כי הוא חולה הנוטה למות.

רופא מומחה יחתום כאשר נקבע לגבי נותן ההנחיות כי הוא בסטטוס חולה הנוטה למות.

אני \_\_\_\_\_, רופא/ אחות מוסמכת (מחוק את המיותר) מאשר בזאת כי רשמתי את תמצית המידע הרפואי (עמ' 2) ומסרתי למר/גב' \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_ מידע רפואי הדרוש לו באופן סביר לשם מתן הנחיות רפואיות מקדימות. עוד אני מאשר כי הסברתי לו את המונחים הרפואיים שבטופס זה, וכי התרשמתי כי הוא הבין את המידע שמסרתי לו.

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מס' רישיון: \_\_\_\_\_ מען \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_ טל. נייד \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_