

חמש משאלות בחירות משמעותיות לעתידך



תוכן העניינים

נושא	עמוד
מבוא	1
מהן "חמש המשאלות"	2
משאלה מס' 1	3
משאלה מס' 2	4
משאלה מס' 3	5
משאלה מס' 4	6
משאלה מס' 5	7

שם מלא:

ת.ז:

כתובת:

פלאפון:

מרפאת:

רופא/ת המשפחה:

שם מיופה כוח _____ פל.

שם מיופה כוח _____ פל.

תאריך:

שלום רב,

עד כמה שעצוב להודות בכך, כולנו בני תמותה -
"עת ללדת ועת למות" (קהלת, ג, 2).

טבעי לברוח מלעסוק בנושא, אך מחקרים רבים מראים שמודעות לכך שאנו
בני חלוף והיערכות לקראת סוף החיים משפרת את איכות החיים.

אחת השאלות שכל אחד מאתנו יכול לשאול היא: "במקרה וחלילה אהיה חולה
מאוד ולא אוכל לדבר, מי אני רוצה שידבר בשבילי?"

כמענה לשאלה זו ולשאלות נוספות בנושא, פותחה בשירותי בריאות
כללית החוברת "חמש משאלות". חוברת זו מהווה סוג של צוואה רפואית
המתייחסת לצרכים האישיים, הרגשיים והרוחניים.

בחוברת שלפניך תקבל הדרכה כיצד להסדיר ייפוי כוח לאדם שהנך סומך
עליו כדי שהצוותים במערכת הבריאות יכבדו את רצונך, כפי שמחייב החוק.

בנוסף, החוברת מציעה כיווני מחשבה וסיוע לקבלת החלטות וסדרי עדיפויות
לקראת פרידה מהחיים, וכן וספקת הדרכה למתן ביטוי פורמלי להעדפות אלו
באמצעות טופס ייפוי כח של משרד הבריאות.

"כאשר אנו מתעמתים עם סופיותינו, אנו עורכים מחדש את סדר
העדיפויות שלנו, מתקשרים ביתר עומק עם אהובינו, מעריכים יותר
את יפי החיים, ומגבירים את נכונותנו ליטול את הסיכונים הנחוצים
לצורך מימוש אישי."

ארווין יאלום

“חמש המשאלות” מתייחסות לנושאים הבאים:

1. מה את/ה רוצה שהאנשים הקרובים אליך יידעו בנוגע למשאלות ליכך?
2. מהן הדרכים בהן תבחר/י לצמצום הסבל?
3. מהו סוג הטיפול הרפואי שתרצה/י או לא תרצה/י לקבל, במידה שתהיה חולה מאד?
4. מי תרצה/י שיהיו איתך והיכן?
5. מתן ייפוי כוח - מי האדם/האנשים שתרצה/י שייצג/ו אותך בנוגע להחלטות רפואיות, במידה שתהיי/ה במצב בו לא תוכל/י לבטא את רצונך?

מסמך “חמש המשאלות”

לפניך חמש המשאלות עם אפשרות לסמן ב- X את ההתייחסות המתאימה לך ביותר בכל משאלה.
אם ישנה משאלה שאין ברצונך להתייחס אליה כעת, דלגי עליה.

אם יגיע זמן בו אהיה חולה מאוד ולא אהיה מסוגלת לבטא את רצוני, אני רוצה שיכבדו את משאלותי והנחיותי שכתובות במסמך זה.

משאלה מספר 1

מה אני רוצה שהאנשים הקרובים אלי יידעו בנוגע למשאלות ליבי?

נא לסמן X ליד המשפט המתאים לך:

☐ אני רוצה שבני משפחתי וחברי יידעו שאני אוהב/ת אותם.

☐ אני מבקש/ת שבני משפחתי, חברי ואחרים יסלחו לי על פגיעות שפגעתי בהם.

☐ אני רוצה שבני משפחתי, חברי ואחרים יידעו שאני סולח/ת להם על כל פגיעה שאולי פגעו בי ולהודות לאהובי על מתנות שנתנו לי במהלך חיי.

☐ אני מבקש/ת מבני משפחתי שישלימו ביניהם עוד לפני מותי, אם זה אפשרי.

אם ישנם דברים נוספים, אנא ציין/י אותם כאן:

משאלה מספר 2

אני מבקש/ת לצמצם עד כמה שניתן את הסבל שלי בדרכים הבאות:

נא לסמן X ליד המשפט המתאים לך

☐ אני מבקש/ת מהרופא/ה המטפל/ת בי לספק לי תרופות בכמות שתאפשר לי לא לחוש כאב, אפילו במחיר של ירידה ברמת ההכרה שלי, או שאישן יותר מהרגיל.

☐ אני מבקש/ת להקל על קוצר הנשימה, תשישות, חרדה, דכאון, הקאה וכד'.

☐ אני מבקש/ת להיות במסגרת טיפולית, כמו הוספיס או הוספיס-בית, שתספק טיפול רפואי, סיעודי, רגשי ורוחני לי ולבני-משפחתי.

☐ גם אם אהיה בכל מסגרת אחרת ולא בהוספיס, אני מבקש/ת לקבל טיפול תומך (פליאטיבי) לשיכוך כאב, הקלה על קוצר נשימה, מניעת הקאות, שלשול וכד', שיתמקד במניעת הסבל שלי.

משאלה מספר 3

טיפולים רפואיים מאריכי חיים* שאני רוצה או לא רוצה לקבל

להלן סוגי הטיפולים שאני מעוניין/ת או לא מעוניין/ת לקבל במצב של חוסר הכרה, בו לא צפויה התעוררות או התאוששות, או צפוי מוות קרב מסיבה כלשהי. אני רוצה שכלל הצוות הרפואי והמקצועי, בני-משפחתי וחברי, יידעו על הנחיות אלו.

נא לסמן X ליד המשפט המתאים לך – במידת הצורך, ניתן לקבל מהצוות המטפל הבהרות לגבי המונחים:

סוגי טיפול	מעוניין/ת	לא מעוניין/ת	לא יודע/ת
הנשמה מלאכותית			
הזנה מלאכותית			
חייאה			
ניתוחים			
דיאליזה			
עירוי דם			
תרופות אנטיביוטיות			
כל פעולה אחרת שמטרתה להאריך את החיים			

*טיפול מאריך חיים - כל פעולה רפואית, מכשור, או טיפול תרופתי, שמטרתו להאריך את החיים.

משאלה מספר 4

מי הייתי רוצה שיהיה איתי ובאיזה מקום?

נא לסמן X ליד המשפט המתאים לך

☐ אני מבקש/ת שמישהו יהיה לצידי כאשר מותי יהיה קרוב. אם מתאים לך, ציין/י שם של מישהו מסוים:

☐ אני מבקש/ת לסיים את חיי בביתי, אם הדבר מתאפשר.

☐ אני מבקש/ת שיאחזו בידי וידברו אלי גם כאשר לא אוכל להגיב לקול או למגע.

אם ברצונך להוסיף בקשות או סעיפים שלא באו לידי ביטוי במסמך זה (כמו פרטים לגבי ההלוויה, טקס האזכרה ועוד), נא לציין כאן:

משאלה מספר 5

משאלה חמישית בחוברת זו היא טופס רשמי של משרד הבריאות למתן ייפוי כוח רפואי. בטופס זה את/ה יכול/ה למנות אדם עליו/ה את/ה סומך/ת שיבטא רצונותיך במידה ולא תוכל/י לדבר טופס זה יישמר במשרד הבריאות ויהווה ביטוי להעדפותיך במידה ויידרש.

אנו מבקשים להסב תשומת ליבך **לסעיף ז'**, בו את/ה יכול/ה לבקש לא להאריך את חייו. אנא התייחס/י לסעיף זה. אם אינו מתאים להשקפת עולמך, מחק/י אותו.

גם **סעיף י'** מחייב התייחסות, כדי להימנע מהחזרתו אליכם, על ידי משרד הבריאות, לצורך השלמות. במידה ולא מילאת **טופס אחר של משרד הבריאות**, ההמלצה היא למחוק את סעיף י' בטופס המצורף "ייפוי כוח למתן הנחיות רפואיות". במידה ומילאת טופס רשמי אחר של משרד הבריאות, ציין כוחו של מי יגבר במידה ותהיה דילמה. אנו ממליצים לשלוח את הטופס של ייפוי הכוח למשרד הבריאות.

לפני שאת/ה שולח/ת...

כדי למנוע טעויות שכיחות במילוי טופס יפוי כוח (מקוצר), ולחסוך התכתבויות מיותרות לתיקון הליקויים, אנא בדוק את כל הבאים טרם משלוח הטופס.

עמ' 1 חובה עליך לציין כתובת מגורים עדכנית בהתאם לרישום במרשם האוכלוסין. הנך ראשי לציין גם כתובת נוספות למשלוח דואר.

עמ' 1-2 יש למלא שם מיופה הכוח, מס' זהות שלו וכתובתו המעודכנת בהתאם לרישום במרשם האוכלוסין ולהוסיף מס' טלפון.

עמ' 3 במידה והנך ממלא גם הנחיות רפואיות מקדימות: עליך לסמן זאת ולשלוח אלינו גם את הטופס ההנחיות הרפואיות עליך לסמן במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית לבין ייפוי כוח איזה הוראה תגב.

עמ' 3-4 עליך לחתום ולהחתים שני עדים **שאינם** קרובי משפחה מדרגה ראשונה. העדים ואתה תחתמו באותו מעמד - **באותו תאריך!**

יש לצרף צילום ברור של ת.ז. כולל ספח.

יש לשלוח את הטופס המקורי ולא צילום בדואר רשום לכתובת: משרד הבריאות

המרכז להנחיות רפואיות מקדימות
רח' ירמיהו 39, ירושלים 9446724

לאחר שליחת הטופס של ייפוי הכוח למשרד הבריאות, נתוניך יוכנסו למאגר ממוחשב ותקבל תזכורת לאחר 5 שנים שיש לחדש את ייפוי הכוח. הטופס המקורי יוחזר אליך, עם כרטיס לארנק המציין כי מילאת ייפוי כוח רפואי.

את חוברת חמש המשאלות עם הטופס החתום של ייפוי הכוח הרפואי, אנו ממליצים לסרוק לתיק הרפואי הממוחשב. ולאחר מכן מומלץ שתהיה בידיו של מיופה הכוח, במקום שקל לזכור.

בברכת ימים ארוכים וטובים.

שירותי בריאות כללית, חטיבת הקהילה

**חוברת זו מהווה חלק מתוכנית הכללית בנושא "5 משאלות",
ביוזמתה של כלנית קיי, ראש אגף סיעוד בקהילה.**

ייעוץ מקצועי (לפי סדר א"ב):

בלה אליגולשוילי, ד"ר סיון אקסלרוד-רן, טלי ברבי, פרופ' מאיר ברזיס, ד"ר ג'אמל
דגש, מישל דיטשי, דינה חביב, שני לובטון, פרופ' דיאן לוין, סוזי מרציאנו, פנינה
סלע-כץ, טלי סמסון, ד"ר טל פרגה, כלנית קיי, פרופ' פסח שוורצמן, סינדי שולקין.

ריכוז התהליך והכנת החוברת:

יונת-סלע למד, לריסה ראם, שוש גן-נוי

תודה ל- Aging with Dignity על שיתוף הפעולה

שירותי בריאות כללית

חטיבת הקהילה

האגפים לרפואה ולסיעוד

המחלקה לחינוך וקידום בריאות

קו פתוח לחולים אונקולוגיים

מכל טלפון *9585

***2700 מכל טלפון**

f | clalit.co.il

