

## Diretiva Antecipada de Vontade do Oregon

### Este formulário de Diritiva Antecipada permite-lhe:

- Partilhar os seus valores, crenças, objetivos e vontades de cuidados de saúde se não for capaz de os expressar por si.
- Nomear uma pessoa para tomar as suas decisões em matéria de cuidados de saúde, se não as puder tomar por si. Esta pessoa é denominada o seu procurador de cuidados de saúde e deve concordar em exercer esta função.

**Deve discutir a sua Diritiva Antecipada e as suas vontades com o seu procurador de cuidados de saúde.** Isto permitir-lhes-á tomar decisões que reflitam a sua vontade. Recomenda-se que preencha integralmente este formulário.

**A Diritiva Antecipada de Vontade do Oregon e O Seu Guia da Diritiva Antecipada de Vontade do Oregon estão disponíveis no website da Autoridade de Saúde do Oregon.**

- Nas secções 1, 2, 5, 6 e 7, nomeia um procurador de cuidados de saúde.
- Nas secções 3 e 4 fornece instruções sobre os seus cuidados.

**O formulário da Diritiva Antecipada de Vontade permite-lhe expressar as suas preferências em matéria de cuidados de saúde.** Difere das ordens médicas para manutenção do tratamento de suporte à vida (POLST), tal como definido nos Estatutos Revistos do Oregon (ORS 127.663). Pode encontrar mais informações sobre as POLST no documento O Seu Guia da Diritiva Antecipada de Vontade.

**Este formulário pode ser utilizado no Oregon para escolher uma pessoa para tomar decisões de cuidados de saúde por si caso ficar demasiado doente para falar por si** ou caso esteja incapaz de tomar as suas próprias decisões médicas. A pessoa é chamada procurador de cuidados de saúde. Se não tiver uma nomeação de um procurador de cuidados de saúde válida e ficar demasiado doente para falar por si, será nomeado um procurador de cuidados de saúde pela ordem de prioridade estabelecida no ORS 127.635 (2) e esta pessoa só poderá decidir reter ou retirar tratamentos de suporte de vida se preencher uma das condições estabelecidas no ORS 127.635 (1).

**Este formulário também lhe permite expressar os seus valores e crenças no que diz respeito às decisões sobre cuidados de saúde e as suas preferências por cuidados de saúde.**

**Se tiver completado uma diretiva antecipada no passado, esta nova diretiva antecipada substituirá qualquer diretiva mais antiga.**

**Deve assinar este formulário para que seja válido.** Também deve ser testemunhado por duas testemunhas ou por um notário. A sua nomeação de um procurador de cuidados de saúde não é válida enquanto o procurador de cuidados de saúde não aceitar a nomeação.

**Se a sua diretiva antecipada incluir instruções relativas à remoção do suporte de vida ou à alimentação por tubo,** pode revogar a sua diretiva antecipada a qualquer momento e de qualquer forma que expresse o seu desejo de a revogar.

**Em todos os outros casos,** pode revogar a sua diretiva antecipada em qualquer altura e de qualquer forma, desde que seja capaz de tomar decisões médicas.

## Formulário da Diretiva Antecipada de Vontade

1. Identificação do outorgante		
Nome (primeiro, do meio, último):		Data de nascimento:
Contactos: Casa	Trabalho:	Telemóvel:
Morada:		Endereço eletrónico:

2. O meu procurador de cuidados de saúde		
Escolho a seguinte pessoa como meu procurador de cuidados de saúde para tomar decisões de cuidados de saúde por mim, caso eu não possa falar por mim.		
Nome (primeiro, do meio, último):		Parentesco:
Contactos: Casa	Trabalho:	Telemóvel:
Morada:		Endereço eletrónico:

Escolho as seguintes pessoas para serem os meus procuradores de saúde suplentes, se a minha primeira escolha não estiver disponível para tomar decisões de cuidados de saúde por mim, ou se eu cancelar a nomeação do primeiro procurador de cuidados de saúde.

<b>Primeiro procurador de cuidados de saúde</b>		
Nome (primeiro, do meio, último):		Parentesco:
Contactos: Casa	Trabalho:	Telemóvel:
Morada:		Endereço eletrónico:

<b>Procurador de cuidados de saúde suplente</b>		
Nome (primeiro, do meio, último):		Parentesco:
Contactos: Casa	Trabalho:	Telemóvel:
Morada:		Endereço eletrónico:

### **3. Instruções de cuidados de saúde**

Nesta secção pode expressar os seus desejos, valores e objetivos em matéria de cuidados de saúde. As suas instruções fornecem orientação para o seu procurador de cuidados de saúde e prestadores de cuidados de saúde.

Pode fornecer orientação sobre os seus cuidados com as escolhas que fizer abaixo. Isto é válido mesmo que não escolha um procurador de cuidados de saúde ou se este não estiver disponível.

#### **A. As minhas decisões em matéria de cuidados de saúde**

Há três situações abaixo para que possa expressar as suas vontades. Estas irão ajudá-lo(a) a pensar nos tipos de decisões de apoio à vida que o seu procurador de cuidados de saúde poderá enfrentar. Para cada uma, escolha a opção que mais se adequa à sua vontade.

**a. Fase terminal**

Isto é o que eu quero se:

- Tiver uma doença incurável ou irreversível

**E**

- Se os meus procuradores de cuidados de saúde acreditarem que isso resultará na minha morte dentro de seis meses, independentemente de qualquer tratamento.

<b>Rubrique apenas uma opção</b>	
<input type="checkbox"/>	Quero experimentar todos os tratamentos disponíveis para prolongar a minha vida, tais como alimentação e hidratação artificiais com tubos de alimentação, fluidos intravenosos, diálise renal e ventiladores mecânicos.
<input type="checkbox"/>	Quero tentar prolongar a minha vida com alimentação hidratação artificiais, com tubos de alimentação e fluidos intravenosos. Não quero outros tratamentos para prolongar a minha vida, tais como diálise renal ou ventiladores mecânicos.
<input type="checkbox"/>	Não quero tratamentos para prolongar a minha vida, tais como alimentação e hidratação artificiais com tubos de alimentação, fluidos intravenosos, diálise renal ou ventiladores mecânicos. Quero ser mantido(a) confortável e poder morrer naturalmente.
<input type="checkbox"/>	Quero que o meu procurador de cuidados de saúde decida por mim, depois de falar com os meus prestadores de cuidados de saúde e tendo em conta as coisas que são importantes para mim. Exprimi o que é importante para mim na secção B abaixo.

**b. Doença progressiva avançada**

Isto é o que eu quero se:

- Tiver uma doença que se encontra numa fase avançada.

**E**

- Se os meus prestadores de cuidados de saúde acreditarem que não irá melhorar e muito provavelmente irá piorar com o tempo e resultar em morte.

**E**

- Os meus prestadores de cuidados de saúde acreditarem que nunca serei capaz de:
  - » Comunicar
  - » Engolir alimentos e água em segurança

- » Cuidar de mim próprio(a)
- » Reconhecer a minha família e outras pessoas

<b>Rubrique apenas uma opção</b>	
_____	Quero experimentar todos os tratamentos disponíveis para prolongar a minha vida, tais como alimentação e hidratação artificiais com tubos de alimentação, fluidos intravenosos, diálise renal e ventiladores mecânicos.
_____	Quero tentar prolongar a minha vida com alimentação hidratação artificiais, com tubos de alimentação e fluidos intravenosos. Não quero outros tratamentos para prolongar a minha vida, tais como diálise renal ou ventiladores mecânicos.
_____	Não quero tratamentos para prolongar a minha vida, tais como alimentação e hidratação artificiais com tubos de alimentação, fluidos intravenosos, diálise renal ou ventiladores mecânicos. Quero ser mantido(a) confortável e poder morrer naturalmente.
_____	Quero que o meu procurador de cuidados de saúde decida por mim, depois de falar com os meus prestadores de cuidados de saúde e tendo em conta as coisas que são importantes para mim. Exprimi o que é importante para mim na secção B abaixo.

**c. Permanentemente inconsciente**

Isto é o que eu quero se:

- Eu não estiver consciente.

**E**

- Se os meus prestadores de cuidados de saúde acreditarem que é muito improvável que eu volte a ficar consciente.

<b>Rubrique apenas uma opção</b>	
_____	Quero experimentar todos os tratamentos disponíveis para prolongar a minha vida, tais como alimentação e hidratação artificiais com tubos de alimentação, fluidos intravenosos, diálise renal e ventiladores mecânicos.
_____	Quero tentar prolongar a minha vida com alimentação hidratação artificiais, com tubos de alimentação e fluidos intravenosos. Não quero outros tratamentos para prolongar a minha vida, tais como diálise renal ou ventiladores mecânicos.

\_\_\_\_\_ Não quero tratamentos para prolongar a minha vida, tais como alimentação e hidratação artificiais com tubos de alimentação, fluidos intravenosos, diálise renal ou ventiladores mecânicos. Quero ser mantido(a) confortável e poder morrer naturalmente.

\_\_\_\_\_ Quero que o meu procurador de cuidados de saúde decida por mim, depois de falar com os meus prestadores de cuidados de saúde e tendo em conta as coisas que são importantes para mim. Exprimi o que é importante para mim na secção B abaixo.

Pode escrever no espaço abaixo ou anexar folhas para dar mais informações sobre que tipo de cuidados pretende ou não receber.

### **B. O que é mais importante para mim e para a minha saúde**

Esta secção só se aplica quando está em estado terminal, tem uma doença progressiva avançada ou está permanentemente inconsciente. Se desejar utilizar esta secção, pode comunicar as coisas que são realmente importantes para si e para a sua saúde. Isto ajudará o seu procurador de cuidados de saúde.

Isto é o que devem saber sobre o que é importante para mim na minha vida:

Isto é o que mais valorizo na minha vida:

Isto é o que é importante para a minha saúde:

Não quero ser submetido a tratamentos de suporte de vida se não puder ser apoiado e puder realizar as seguintes ações:

**Rubrique todas as que se apliquem**

\_\_\_\_\_ Expressar as minhas necessidades

\_\_\_\_\_ Estar livre de dores e sofrimentos graves a longo prazo

\_\_\_\_\_ Saber quem sou e com quem estou

\_\_\_\_\_ Viver sem o auxílio de um ventilador mecânico

\_\_\_\_\_ Participar em atividades que têm significado para mim, tais como:

Se quiser acrescentar mais alguma informação que possa ajudar o seu procurador de cuidados de saúde a compreender o que é mais importante para si, escreva aqui.  
(Por exemplo: Não quero receber cuidados se isso resultar em...)

### **C. As minhas crenças espirituais**

Tem crenças espirituais ou religiosas que deseja que o seu procurador de cuidados de saúde e aqueles que cuidam de si saibam? Podem ser rituais, sacramentos, recusa de transfusões de produtos sanguíneos e muito mais.

Pode escrever no espaço abaixo ou anexar folhas para dar mais informações sobre as suas crenças espirituais ou religiosas.

## **4. Mais informações**

Utilize esta secção se quiser que o seu procurador de cuidados de saúde e os prestadores de cuidados de saúde tenham mais informações sobre si.

### **A. Vida e valores**

Pode partilhar abaixo informação sobre a sua vida e valores. Isto pode ajudar o seu procurador de cuidados de saúde e os prestadores de cuidados de saúde a tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde. Isto pode incluir o historial de saúde familiar, experiências com cuidados de saúde, contexto cultural, carreira, sistema de apoio social e muito mais.

Pode escrever no espaço abaixo ou anexar folhas para dar mais informações sobre a sua vida, crenças e valores.

### **B. Local de cuidados**

Se puder escolher o local onde recebe os cuidados, o que prefere? Há lugares onde queira ou não queira receber cuidados? (Por exemplo, um hospital, um lar de idosos, um centro de saúde mental, um lar de acolhimento, assistência à autonomia no domicílio, o seu lar).

Pode escrever no espaço abaixo ou anexar folhas para dar mais informações sobre onde prefere receber ou não receber cuidados.

### C. Outras informações

Pode anexar a este formulário outros documentos que considere úteis para o seu procurador de cuidados de saúde e prestadores de cuidados de saúde. Tudo o que anexar fará parte da sua Diretiva Antecipada.

Pode listar os documentos que tenha anexado no espaço abaixo.

### D. Informar os outros

Pode permitir que o seu procurador de cuidados de saúde autorize os seus prestadores de cuidados de saúde, na medida do permitido pelas leis de privacidade estaduais e federais, a discutir o seu estado de saúde e cuidados com as pessoas que identificar abaixo. Apenas o seu procurador de cuidados de saúde pode tomar decisões sobre os seus cuidados.

Nome (primeiro, do meio, último):		Parentesco:
Contactos: Casa	Trabalho:	Telemóvel:
Morada:		Endereço eletrónico:

## 5. A minha assinatura

\_\_\_\_\_

A minha assinatura

\_\_\_\_\_

Data

## 6. Testemunha

Complete A ou B quando assinar

## A. Notário

Estado \_\_\_\_\_

Distrito de \_\_\_\_\_

Assinado ou atestado  
na minha presença em \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  
Data

---

Notário Público do Estado do Oregon

## B. Declaração da testemunha

A pessoa que preenche este formulário é pessoalmente conhecida por mim ou forneceu prova de identidade, assinou ou reconheceu a assinatura da pessoa no documento na minha presença e parece não estar sob coação e compreender o objetivo e efeito deste formulário. Além disso, não sou o procurador de cuidados de saúde ou o procurador de cuidados de saúde suplente da pessoa, nem sou o prestador de cuidados de saúde da pessoa.

---

Nome da testemunha (impresso)

---

Assinatura

---

Data

---

Nome da testemunha (impresso)

---

Assinatura

---

Data

## 7. Aceitação pelo meu procurador de cuidados de saúde

Aceito esta nomeação e concordo em exercer a função de procurador de cuidados de saúde.

### Procurador de cuidados de saúde:

\_\_\_\_\_  
Nome impresso

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou outra verificação da aceitação

\_\_\_\_\_  
Data

### Primeiro procurador de cuidados de saúde:

\_\_\_\_\_  
Nome impresso

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou outra verificação da aceitação

\_\_\_\_\_  
Data

### Procurador de cuidados de saúde suplente:

\_\_\_\_\_  
Nome impresso

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou outra verificação da aceitação

\_\_\_\_\_  
Data

**Acessibilidade do documento:** Para indivíduos portadores de deficiências ou indivíduos que falem outras línguas que não o inglês, a OHA pode fornecer informação em formatos alternativos, tais como traduções, impressões em caracteres grandes ou braile. Contacte o Centro de Informações sobre Saúde através do número 1-971-673-2411, 711 TTY ou [COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us).