PROCURAÇÃO E DIRETIVAS ANTECIPADAS DA VONTADE

Eu, (*identificação do REPRESENTADO)*

No caso em que eu tenha sido considerado como incapaz de fornecer consentimento para os tratamentos médicos, cirúrgicos, diagnósticos e procedimentos informados, desejo designar como meu REPRESENTANTE PARA AS DECISÕES DE CUIDADOS DE MINHA SAÚDE, o (a) Sr (a)

Identificação do representante *(Preferencialmente o cônjuge ou companheiro, o pai ou a mãe, os filhos, os irmãos, ou parente próximo E somente na falta deles ou apontada inidoneidade neste rol, é possível a nomeação de um terceiro).*

1. DAS AUTORIZAÇÕES DO REPRESENTANTE

Meu REPRESENTANTE está autorizado a agir por mim em todos os assuntos relacionados aos meus cuidados de saúde. Os poderes do meu REPRESENTANTE incluem, mas não estão limitados a:

1. Poder total para consentir, recusar consentimento ou retirar o consentimento para todos os tratamentos médicos, cirúrgicos, hospitalares e de saúde relacionados e procedimentos em meu nome, de acordo com meus desejos, conforme declarado neste documento, conforme declarado nas Diretivas Antecipadas de Vontade abaixo descritas ou conforme expressado ao meu REPRESENTANTE por mim;
2. Plena capacidade de revisar e receber qualquer informação sobre minha saúde física ou mental, incluindo assistência médica e hospitalar.
3. Pleno poder de assinar qualquer liberação para obter esta informação;
4. Poder total para assinar quaisquer documentos necessários para solicitar, retirar ou recusar tratamento ou para ser libertado ou transferido para outra instalação médica ou mesmo para o retorno à minha residência.
5. Meu REPRESENTANTE não tem autoridade para agir por mim para qualquer outra finalidade que não tenha relação com meus cuidados de saúde. Todas as ações do meu REPRESENTANTE sob este poder, durante qualquer período em que eu não possa tomar ou comunicar decisões sobre cuidados de saúde, têm o mesmo efeito sobre os meus herdeiros, representantes pessoais como se eu fosse competente e agisse por mim mesmo.

2. DA EFICÁCIA DA AUTORIDADE DO REPRESENTANTE

A designação do meu REPRESENTANTE de saúde tornar-se-á eficaz na minha incapacidade de tomar ou comunicar decisões de cuidados de saúde determinado pelo meu médico responsável e permanecerá em vigor até a minha morte, ou até que eu recupere a competência e revogue-a.

3. DAS OBRIGAÇÕES DO REPRESENTANTE

Meu REPRESENTANTE tomará decisões de assistência médica para mim de acordo com este documento e de acordo com as instruções que descrevo nas Diretivas Antecipadas

MODELO - ANYA

da Vontade ou outro documento (incluído neste documento ou em um documento separado), e conhecidas pelo meu REPRESENTANTE.

Na medida em que meus desejos são desconhecidos, meu REPRESENTANTE tomará decisões de saúde para mim em de acordo com o que meu REPRESENTANTE determina que seja do meu interesse. Ao determinar meu melhor interesse, meu REPRESENTANTE considerará meus valores até o ponto conhecido pelo meu REPRESENTANTE.

4. DA NOMEAÇÃO DO REPRESENTANTE COMO CURADOR

Se um curador da minha pessoa precise ser nomeado para mim por um tribunal, eu nomeio o REPRESENTANTE designado neste formulário, sendo que ele não tem a obrigado de dar quaisquer garantias como títulos ou valores mobiliários.

5. DO EFEITO DA CÓPIA DA PROCURAÇÃO

Uma cópia autenticada desta PROCURAÇÃO tem o mesmo efeito que o original.

6. DA DIVISIBILIDADE

Se qualquer parte ou partes deste documento forem consideradas inválidas ou ilegais sob a lei aplicável por um tribunal de jurisdição competente, a invalidade ou ilegalidade de tal parte ou partes não afetará de maneira alguma as partes restantes, e este documento deve ser interpretado como se partes ou partes inválidas ou ilegais nunca tivessem sido incluídas aqui.

7. DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DA VONTADE

Se eu, _____, ficar incapacitado e não conseguir orientar meus responsáveis médicos quanto à minha própria saúde, que esta declaração seja lida como um verdadeiro reflexo dos meus desejos de cuidados de saúde.

7.1 DEFINIÇÕES

Para os propósitos deste documento, as seguintes definições se aplicam:

1. "Alimentos e água administrados por sonda” significa o fornecimento de nutrientes ou líquidos por meio de um tubo inserido na veia, sob a pele nos tecidos subcutâneos ou no estômago (trato gastrointestinal).

2. “Ventilação mecânica” significa um ventilador ou respirador (às vezes chamado de máquina de respiração) que força o ar para os pulmões quando não se consegue respirar sozinho.

3. "Cuidados de conforto", dentro dos “Cuidados Paliativos”, significa tratamento, incluindo medicação por prescrição, fornecido ao cliente sob cuidados com o único propósito de aliviar a dor. Alimentos e água administrados artificialmente não estão incluídos.

MODELO - ANYA

4. "Coma irreversível (permanente)" significa um estado profundo de inconsciência causado por doença, lesão, veneno ou outros meios e para os quais foi determinado que não exista expectativa razoável de recuperação da consciência.

5. "Procedimento de sustentação da vida" significa qualquer procedimento médico, tratamento ou intervenção que sustente, restaure ou suplante uma função vital espontânea. Neste documento, o termo não inclui a administração de alimento e hidratação ou a provisão de medicação ou a realização de procedimento médico quando tal medicação ou procedimento é considerado necessário para proporcionar cuidado de conforto ou para aliviar a dor.

6. “Procedimentos ou tratamentos fúteis” são os tratamentos e procedimentos que não possuem importância, que não tenham mérito, sejam inúteis ou superficiais no prolongamento da vida do “cliente sob cuidados” em FASE TERMINAL, de ENFERMIDADE GRAVE e INCURÁVEL.

7. "Estado vegetativo persistente", condição permanente e irreversível na qual haja:
    a. Ausência de ação voluntária ou comportamento cognitivo de qualquer natureza.
    b. Incapacidade de se comunicar ou interagir propositadamente com o ambiente.

8. "Estado terminal" significa uma condição causada por lesão ou doença da qual não há probabilidade médica razoável de recuperação e que, sem tratamento, pode levar ao óbito.

7.2 INSTRUÇÕES MÉDICAS E DECISÕES PARA O FINAL DA VIDA

Aos responsáveis administrativos e Corpo Clínico do Hospital e outros envolvidos no atendimento,

1. *SE estiver numa condição incurável e irreversível (terminal) que resultará em óbito num prazo relativamente curto OU*

2. *SE for diagnosticado como estando em coma irreversível e, num grau razoável de certeza médica, sem a possibilidade de recuperação da consciência OU*

3. *SE for diagnosticado como estando em estado vegetativo persistente e, num grau razoável de certeza médica, sem a possibilidade de recuperação da consciência*

É de minha vontade que se ofereçam, retenham ou retirem os tratamentos e procedimentos de acordo com as instruções abaixo:

a. *Não manter quaisquer tipos de procedimentos de sustentação de vida, inclusive da ventilação mecânica.*
b. *Suspender todos os tratamentos ou procedimentos fúteis, inclusive antibióticos e de controle de pressão arterial.*

MODELO - ANYA

c. *Não receber alimentação enteral e água via sonda.*
d. *Não efetuar quaisquer procedimentos de ressuscitação cardiopulmonar.*
e. *Receber e manter os cuidados de conforto e alívio da dor, incluindo quaisquer medicações para redução da dor e inalação de oxigênio ou ar comprimido, mesmo que isso prolongue temporariamente a vida.*

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

Esta PROCURAÇÃO duradoura para cuidados de saúde com a inclusão das DIRETIVAS ANTECIPADAS DA VONTADE é feita após uma reflexão cuidadosa, enquanto eu estou de mente sã. Estou totalmente informado sobre todo o conteúdo deste documento e compreendo a plena importância desta concessão de poderes ao meu REPRESENTANTE.

Eu entendo perfeitamente que ao assinar este documento, vou permitir que o meu REPRESENTANTE tome decisões sobre cuidados de saúde para mim.

Eu entendo que minha assinatura neste documento dá ao meu REPRESENTANTE autoridade para fornecer, suspender ou retirar o consentimento para tratamentos ou procedimentos de saúde em meu nome; para solicitar benefícios públicos para custear o custo dos meus cuidados de saúde; e autorizar minha admissão ou transferência de um serviço de saúde.

Estas Diretivas Antecipadas de Vontade, que está em conformidade com as resoluções do CFM de nº 1.805/2006 e nº 1995/2012, devem ser registradas no prontuário médico.

São Paulo,

_____ _____

Nome do Representado Nome do Representante

Testemunhas:

_____ _____

MODELO - ANYA