

# 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

## תוספת שנייה

### ייפוי כוח

### למתן הנחיות רפואיות לטיפול בחולה הנוטה למות

(סעיפים 37 ו-42)

טופס זה מיועד למילוי בידי אדם המעוניין למנות מיופה כוח, כדי שיהיה מוסמך להחליט במקומו על הטיפול הרפואי שיינתן או שלא יינתן לו, אם יהיה חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות, או חולה הנוטה למות בשלב סופי שאינו בעל כשרות<sup>1</sup>

אני החתום מטה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_,

שנת לידה \_\_\_\_\_, מען: \_\_\_\_\_

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, ייפוי כוח:

### לצורך מתן ייפוי הכוח אני מצהיר כדלקמן:

לצורך מתן ההנחיות הרפואיות המקדימות אני מצהיר כדלקמן  
(אין חובה שנותן ההנחיות ימלא סעיף זה, הוא יכול לבקש מרופא לעשות זאת עבורו):

#### (א) (1) מצבי הרפואי הנוכחי הוא:

בריא בדרך כלל

נקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות

אחר \_\_\_\_\_

#### (2) קיבלתי מידע רפואי<sup>2</sup> מד"ר \_\_\_\_\_

או אחות מוסמך/כת גב' /מר \_\_\_\_\_

לחולפה נוטה למות:  
המידע יינתן צי"י  
רופא מומחה בלבד

#### <sup>1</sup> "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

#### <sup>2</sup> מידע רפואי – הגדרה חוקית

- א. 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.
- ב. 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.



**ייפוי הכוח** (מיופה כוח אינו רשאי enef מט כצד)

אני נותן בזה ייפוי כוח למנויים להלן, על מנת שיפעלו בשמי בעת שאהיה חולה הנוטה למות, או בעת שאהיה חולה הנוטה למות בשלב סופי, ובאותה עת לא אוכל לתת הנחיות והסכמות לטיפולים רפואיים או להימנעות מטיפולים רפואיים בגלל היעדר יכולת שכלית, נפשית או גופנית לעשות זאת, ואסבול סבל משמעותי, וכדי שיפעלו בהתאם להנחיות בייפוי כוח זה, אני נותן את ייפוי הכוח ל:

גב' / מר \_\_\_\_\_  
ת.ז. \_\_\_\_\_ מען \_\_\_\_\_

לא יוכל או יסרב האדם האמור לעיל להיות מיופה הכוח שלי, אני ממנה במקומו להיות מיופה כוח שלי את:

גב' / מר \_\_\_\_\_  
ת.ז. \_\_\_\_\_ מען \_\_\_\_\_

**הגדרת סבל משמעותי עבורי**

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:** (אין חובה למלא פסקה זו. אפשר להשאיר ריקה ולהסתמך על פסקה 2, ואפשר לבחור אחת או יותר מהאפשרויות הבאות)

היזקקות למתן מזון באמצעים מלאכותיים

מצב בו אני משותק בארבע גפיים

מצב של שטיון (דמנציה – Dementia)

היזקקות לכל אחד מטיפולים רפואיים אלו: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 חיו או בתוחלת חיו, ורק במצב זה, אם אהיה חולה נוטה למות חסר כשרות, יפעלו בהתאם להנחיות רפואיות אלה.

**סמכויות מיופה הכוח**

*בחר אחת מהחלופות הבאות א-ד :*

- א.** מיופה כוחי יוכל לקבל כל החלטה בדבר טיפול רפואי או אי-טיפול רפואי בי בכל הנוגע לכל הטיפולים הרפואיים מאריכי-החיים, בין אם מדובר בהסכמה למתן טיפול רפואי מאריך חיים, ובין אם מדובר בהימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים.
- ב.** מיופה כוחי רשאי לפעול בשמי רק בהסכמה למתן טיפול רפואי חריג מאריך חיים, גם כאשר לדעת המטפלים אין להם הצדקה בנסיבות העניין, אך אינו רשאי לקבל החלטה בדבר הימנעות מטיפול רפואי מאריך חיים.

**ג.** מיופה הכוח רשאי להחליט לגבי הטיפולים המנויים להלן והמסומנים:

לתת לי טיפול רפואי מאריך חיים

**או**

להימנע מלתת לי טיפול רפואי מאריך חיים

**זאת בהתאם להנחיות המופיעות בסעיפים 1ג – 5ג**

*רק מי שבחר בחלופה א' ימלא סעיפים 1ד – 5ד*

חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

1ג. **במצב של חולה הנוטה למות:** (יש למלא רק אם בחרת בייפוי כוח בחלופה ט')  
 סמן ב-X את הפעולות הכפולות בייפוי הכוח

חולה נוטה  
 למות -  
 תוחלת חיים  
 עד שישה  
 חודשים

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

לתשומת לב הרופא או האחות מוסרי המידע הרפואי:  
 יש להדגיש בפני נותן ההוראות, אילו מהטיפולים המוצעים מטרות ריפוי, אילו מטרות הארכת חיים ואילו טיפולים מטרות הציקרית היא מניעת 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)

**2ג. במצב של חולה הנוטה למות בשלב סופי:**

(יש להאזין רק אם בחרת בייפוי כוח בחלופה ג')

**סמך ג-א את הפעולות הכלולות בייפוי הכוח**

חוליה נוטה  
למות בשלב  
סופי - חוליה  
שבאופן כללי  
מספר  
מצרכות  
חינוניות  
ותוחלת חייו  
אינה עולה  
על שבועיים

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

## 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

**ג3. מצבי חירום אחרים** (מצב בו נדרש טיפול מיידי שאם לא כן החולה ימות)

---

---

---

---

**ג4. הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל** (יש למלא סעיף זה רק אם ברצונך ליתן הנחיה לגבי מצב חירום שונה מהאמור לעיל)

---

---

---

---

**ג5. בכל שאלה רפואית הנוגעת לטיפול בי בתנאים האמורים לעיל, אני מנחה את המטפלים בי לפנות ראשית למיופה הכוח הראשון, אם לא ניתן להשיג את מיופה הכוח במועד הדרוש, או שהוא אינו יכול או סירב למלא את תפקידו, אני מנחה את המטפלים בי לפנות למיופה הכוח השני.**

### התייחסות להנחיות רפואיות מקדימות

(1) בנוסף לייפוי כוח זה, נתתי גם הנחיות רפואיות מקדימות  (סמן אם כן) ואני מנחה את המטפלים בי לפעול הן בהתאם להנחיות האמורות והן בהתאם לייפוי כוח זה.

(2) כן אני מנחה בזה כי במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית מקדימה לבין הוראה של מיופה כוח, תגבר הוראה של:  הנחיה רפואית מקדימה  הוראה של מיופה כוח  
(בחר באחת החלופות)

(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:

---

---

---

## הצהרות וחתימות

### הצהרה על יידוע אנשים נוספים על קיום ייפוי הכוח

נימולא רק אט נותן ייפוי הכוח שוחח עט מי מהאנשים המנויים להלן וואו נתן לאנשים אלה עותק. אין חובה ליידיע, אולט יש בכך כדי לשפר את הסיכוי ליישום יציף 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

מחק את האותר

יש לאמלא שם  
כתובת  
וטלפון.  
בקריבה יש  
לרשום:  
בן-זוא,  
צו"ד, רופא,  
שכן, אח, בן,  
רה, קאדי,  
כואר וכד'

_____	פרטיו:	_____	□ קירבה:
_____	פרטיו:	_____	□ קירבה:
_____	פרטיו:	_____	□ קירבה:
_____	פרטיו:	_____	□ קירבה:
_____	פרטיו:	_____	□ קירבה:

### חתימת נותן ייפוי הכוח יש לחתום בפני שני עדים

(במידה ונותן ייפוי הכוח אינו דובר או קורא עברית, יש לזרף אישור מוסמך של מתרגם ההסברית וההוראות שבטופס)

אני חותם על מסמך זה לאחר שיקול דעת מעמיק ומתוך רצון חופשי ועצמאי, ולא מתוך לחץ משפחתי, חברתי או אחר.

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

התאריך ימולא  
צ"י החותם



# 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 – ייפוי כוח

## חתימת העדים

(שני הצדדים צריכים לחתום באותו מצמד עם נותן ההנחיות)

אנו החתומים מטה מעידים שחותם/ת המסמך דלעיל

מוכר/ת לנו אישית

הזדהה/תה בפנינו באמצעות תעודה מזהה הכוללת תמונה

סמן את אחת האפשרויות

עשה/תה כן בנוכחותי, וכי הוא/היא נראה בעיני שהוא/היא ערנית 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 צד מי שהוא בצד אינטרס כלכלי או אחר, לרבות בן משפחה בצד אינטרס כלכלי או אחר, אך יכול שרופא או אחות יהיו צד).

עד 1: שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מען \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ טל. נייד \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

התאריך יחיד  
צ"י החותם

עד 2: שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מען \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ טל. נייד \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

## חתימת מוסר המידע הרפואי

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

אני \_\_\_\_\_ רופא/ אחות מוסמכת (מחק את המיותר) מאשר בזאת כי רשמתי את

תמצית המידע הרפואי 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 \_\_\_\_\_

**רופא מומחה יחתום כאשר נקבע לצדו נותן ההנחיות כי הוא כבר חולה הנוטה למות.**

אני \_\_\_\_\_, רופא מומחה ל \_\_\_\_\_, מאשר

בזאת, כי רשמתי את תמצית המידע הרפואי ומסרתי למר/גב' \_\_\_\_\_

בתאריך \_\_\_\_\_ הסבר בדבר מצבו הרפואי, לרבות מידע רפואי בדבר מצבו שהוא רלוונטי

למתן ההנחיות וכן 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: \_\_\_\_\_ מס' רישיון רופא מומחה: \_\_\_\_\_

מען \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ טל. נייד \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_