LIVING WILL TEMPLATE
അഡ്വാൻസ് ഡയറക്ടീവ്സ് / ലിവിംഗ് വിൽ

ഞാൻ ....

വയസ്............... ജനനതീയതി............................. വിലാസം...

....

.... എന്റെ ജീവിതത്തിൽ രോഗങ്ങൾ കൊണ്ടോ അപകടങ്ങൾ മൂലമോ വാർധക്യം മൂലമോ എനിക്ക് സ്വയം തീരുമാനമെടുക്കാനും പ്രകടിപ്പിക്കാനും കഴിയാത്ത ശാരീരിക അവസ്ഥ യിൽ എത്തിച്ചേരുകയും ചെയ്താൽ താഴെ പറയുന്ന ചികിത്സാവിധികൾക്ക് വിധേയമാകാൻ എനിക്ക് താൽപ്പ ര്യമില്ലെന്ന് ബോധിപ്പിക്കുന്നു. ഈ തീരുമാനം മാനസികമായ ഒരുക്കത്തോടും ആലോചനയിലും പൂർണ ബോധ്യ ത്തോടും മറ്റാരുടെയും പ്രേരണ കൂടാതെയുമാണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

1. എനിക്ക് ഡിമെൻഷ്യ രോഗം ബാധിക്കുകയും ഭക്ഷണം വായിൽക്കൂടി കഴിക്കാൻ സാധിക്കാതെ വരികയും ചെയ്യുന്ന അവസ്ഥയിൽ ട്യൂബുകളിലൂടെ (nasal, gastro / jejunal) ഭക്ഷണം തരുന്നത് എനിക്ക് ഇഷ്ടമല്ല; അത് ജീവൻ അപകടത്തിലാക്കുന്ന അവസ്ഥയിലാണെങ്കിലും.

2. ഞാൻ പ്രായാധിക്യം മൂലം സ്വാഭാവികമായി ക്ഷീണിതനാകുകയും ഭക്ഷണം വായിൽക്കൂടി കഴിക്കാൻ സാധി ക്കാതെ വരികയും ചെയ്യുന്ന അവസ്ഥയിൽ ട്യൂബുകളിലൂടെ (nasal, gastric/jejunal) ഭക്ഷണം തരുന്നത് എനി ക്ക് ഇഷ്ടമല്ല; അത് ജീവൻ അപകടത്തിലാക്കുന്ന അവസ്ഥയിലാണെങ്കിലും.

3. ഞാൻ കാൻസർ രോഗബാധിതനാവുകയും തലച്ചോറിനെ ബാധിച്ച് ഒരാഴ്ചയിലധികം കോമയിലാകുകയും ഭക്ഷ ണം വായിൽക്കൂടി കഴിക്കാൻ സാധിക്കാതെ വരികയും ചെയ്യുന്ന അവസ്ഥയിൽ ട്യൂബുകളിലൂടെ (nasal, gas-tric/jejunal) ഭക്ഷണം തരുന്നത് എനിക്ക് ഇഷ്ടമല്ല; അത് ജീവൻ അപകടത്തിലാക്കുന്ന അവസ്ഥയിലാണെങ്കിലും. നിലവിൽ ട്യൂബുകൾ ഇട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അത് നീക്കം ചെയ്യണം.

4. തലച്ചോറിൽ രക്തസ്രാവം മൂലമോ രക്തസംക്രമണം തടസപ്പെടുന്നതുമൂലമോ (stroke) അപകടങ്ങൾ മൂലമോ (Head Injury) ഒരു മാസം കോമയിലാകുകയും ഭക്ഷണം വായിൽക്കൂടി കഴിക്കാൻ സാധിക്കാതെ വരികയും ചെ യ്യുന്ന അവസ്ഥയിൽ ട്യൂബുകളിലൂടെ (nasal, gastric/jejunal) ഭക്ഷണം തരുന്നത് എനിക്ക് ഇഷ്ടമല്ല; അത് ജീവൻ അപകടത്തിലാക്കുന്ന അവസ്ഥയിലാണെങ്കിലും. നിലവിൽ ട്യൂബുകൾ ഇട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അത് നീക്കം ചെയ്യണം.

5. വാർധക്യം, ഡിമെൻഷ്യ, അപകടം (Head Injury), സ്ട്രോക്ക്, കാൻസർ എന്നിവ മൂലം ദീർഘനാൾ (ഒരു മാസ ത്തിലധികം) ഓർമയില്ലാതെ കിടപ്പിലാവുന്ന അവസ്ഥയിൽ ശ്വാസകോശത്തിലുണ്ടാകുന്ന അണുബാധ (Aspira-tion Pneumonia) ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾ ഉപയോഗിച്ച് ചികിത്സിക്കാൻ എനിക്ക് താൽപ്പര്യമില്ല.

6. വാർധക്യം, ഡിമെൻഷ്യ, അപകടം (Head Injury), സ്ട്രോക്ക്, കാൻസർ എന്നിവ മൂലം ദീർഘനാൾ (ഒരു മാസ ത്തിലധികം) ഓർമയില്ലാതെ കിടപ്പിലാവുന്ന അവസ്ഥയിൽ രക്തത്തിൽ സോഡിയത്തിന്റെ അളവ് കുറയുകയാ ണെങ്കിൽ ഐ.വി. ഡ്രിപ്പ് ഉപയോഗിച്ച് മരുന്നുകൾ നൽകുന്ന ചികിത്സ എനിക്ക് താൽപ്പര്യമില്ല.

7. വാർധക്യം, ഡിമെൻഷ്യ, സ്ട്രോക്ക്, കാൻസർ എന്നിവ മൂലം ഓർമയില്ലാതെ കിടപ്പിലാവുന്ന അവസ്ഥയിൽ രക്തത്തിലെ ഓക്സിജന്റെ അളവ് കുറയുന്ന അവസ്ഥ (Hypoxia) യിൽ ശ്വസന സഹായിയുടെ(വെന്റിലേറ്റർ) പി ന്തുണയോടെ ചികിത്സിക്കാൻ എനിക്ക് താൽപ്പര്യമില്ല; അത് ജീവൻ അപകടത്തിലാക്കുന്ന അവസ്ഥയിലാണെങ്കിലും.

8. വാർധക്യം, ഡിമെൻഷ്യ, സ്ട്രോക്ക്, കാൻസർ എന്നിവ മൂലം ഓർമയില്ലാതെ കിടപ്പിലാവുന്ന അവസ്ഥയിൽ രക്തത്തിലെ ക്രിയാറ്റിനിന്റെ (കിഡ്നികളുടെ പ്രവർത്തനം മോശമാകുന്ന അവസ്ഥ) അളവ് ക്രമീകരിക്കാൻ ഡ യാലിസിസ് ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയമാകാൻ എനിക്ക് താൽപ്പര്യമില്ല; അത് എന്റെ ജീവൻ അപകടത്തിലാക്കുന്ന അവസ്ഥയിലാണെങ്കിൽപ്പോലും.

9. വാർധക്യം, ഡിമെൻഷ്യ, സ്ട്രോക്ക്, കാൻസർ എന്നിവ മൂലം ഓർമയില്ലാതെ കിടപ്പിലാവുന്ന അവസ്ഥയിൽ എനിക്ക് ഹൃദയസ്തംഭനം (Cardiac Arrest) സംഭവിക്കുകയാണെങ്കിൽ കാർഡിയോ പൾമണറി റിസസിറ്റേഷൻ

(CPR) ചികിത്സ എനിക്ക് താൽപ്പര്യമില്ല; അത് എന്റെ ജീവൻ അപകടത്തിലാക്കുമെങ്കിൽപ്പോലും.

10. വാർധക്യം, ഡിമെൻഷ്യ, സ്ട്രോക്ക്, കാൻസർ എന്നിവ മൂലം ഓർമയില്ലാതെ കിടപ്പിലാവുന്ന അവസ്ഥയിൽ രക്തത്തിലെ ഹീമോഗ്ലാബിന്റെ അളവ് കുറയുകയാണെങ്കിൽ (Anaemia) രക്തം നൽകുന്നത് (Blood Transfusion) എനിക്ക് താൽപ്പര്യമില്ല.

11. ഹൃദയം, ശ്വാസകോശം, കരൾ, വൃക്ക എന്നിവ പ്രവർത്തനരഹിതമാകുന്ന അവസ്ഥയിൽ അവയവമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനാകാൻ എനിക്ക് താൽപ്പര്യമില്ല; അത് എന്റെ ജീവൻ അപകടത്തിലാക്കുമെങ്കിൽപ്പോലും.

മേൽപ്പറഞ്ഞ സാഹചര്യങ്ങളിൽ സ്വന്തമായി തീരുമാനമെടുക്കാൻ പറ്റാത്ത അവസ്ഥയിൽ എന്റെ താൽപ്പര്യങ്ങൾ

നടപ്പിലാക്കുന്നതിന് എനിക്കുവേണ്ടി തീരുമാനങ്ങൾ എടുക്കാൻ ....

പേര് ....

വയസ് .... വിലാസം...

....

.... ടി ആളെ ചുമതലപ്പെടുത്തുന്നു.

പേര് .... ഒപ്പ് ....

ആധാർ നമ്പർ: ....

സാക്ഷികൾ:

(1) പേര് .... വയസ് ....

ആധാർ നമ്പർ .... വിലാസം ....

....

....

ഒപ്പ് ....

(2) പേര് .... വയസ് ....

ആധാർ നമ്പർ .... വിലാസം ....

....

....

ഒപ്പ് ....

* *തുടർ രജിസ്ട്രേഷൻ നടപടികൾക്ക് ഒരു അഭിഭാഷകനുമായി ബന്ധപ്പെടുക.*
* *ഈ ഡോക്യുമെന്റ് പ്രത്യേകം സ്റ്റാമ്പ് പേപ്പറിൽ എടുക്കേണ്ട ആവശ്യമില്ല.*