



XY000240

# My Advance Care Plan (Please Complete in English)

## План моје будуће неге (Молимо испуните на енглеском)

Last name: / Презиме: \_\_\_\_\_

First name: / Име: \_\_\_\_\_ Date of birth / Датум рођења \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Address: / Адреса: \_\_\_\_\_

My Advance Care Plan is a record of your advance care planning discussion and a way of informing those who are caring for you of your preferences. Your preferences may not necessarily be health related but will guide your treating health professionals, Enduring Guardian and or family as to how you wish to be treated including any special requests or messages.

Please note: Should you wish to make legally binding treatment decisions, it is recommended that you record these decisions in an Advance Health Directive. You may also wish to give consideration to appointing an Enduring Guardian to make personal, lifestyle and treatment decisions on your behalf. See the Guide for further detail.

I have given a copy of my Advance Care Plan to:

‘План моје будуће неге’ је запис дискусије о планирању ваше неге у будућности и начин да онима који се старају о вама дате до знања које су ваше жеље. Ваше жеље не морају неопходно да се односе на здравље, али ће оне бити водич здравственим радницима који се старају о вама, вашем Сталном старатељу и или породици о томе како ви желите да се поступа с вама укључујући било које специјалне захтеве или поруке.

Молимо упамтите: Ако бисте желели да донесете одлуке о свом лечењу које ће бити законски обавезујуће, препоруча се да их запишете на формулару Директиве о будућој здравственој нези (Advance Health Directive). Можда бисте такође требали да размислите и о именовану свог Трајног старатеља (Enduring Guardian) који би у ваше име доносио/ла одлуке личне природе, о вашем начину живота као и о лечењу. Погледајте Водич за више појединости.

Дао/ла сам примерак Плана моје будуће неге следећим особама:

Full name / Име и презиме	Telephone / Телефон	Mobile / Мобител	Relationship to me / Сродство са мном

**I have completed one or more of the following:**

**Испунио/ла сам један или више од следећих докумената:**

**Advance Health Directive**

**Директиве о будућој здравственој нези**

**Yes/No (please circle)**

**Да/Не (молимо заокружите)**

I have stored a copy at: / Један примерак чувам у: \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / Један примерак може такође да се добије од:

Name: / Име и презиме: \_\_\_\_\_

Telephone: / Телефон: \_\_\_\_\_

---

**Enduring Power of Guardianship**

**Трајно старатељство**

**Yes/No (please circle)**

**Да/Не (молимо заокружите)**

I have stored a copy at: / Један примерак чувам у: \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / Један примерак може такође да се добије од:

Name: / Име и презиме: \_\_\_\_\_

Telephone: / Телефон: \_\_\_\_\_

---

**Enduring Power of Attorney**

**Трајно пуномоћје**

**Yes/No (please circle)**

**Да/Не (молимо заокружите)**

I have stored a copy at: / Један примерак чувам у: \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / Један примерак може такође да се добије од:

Name: / Име и презиме: \_\_\_\_\_

Telephone: / Телефон: \_\_\_\_\_

---

**Will**

**Опорука**

**Yes/No (please circle)**

**Да/Не (молимо заокружите)**

I have stored a copy at: / Један примерак чувам у: \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / Један примерак може такође да се добије од:

Name: / Име и презиме: \_\_\_\_\_

Telephone: / Телефон: \_\_\_\_\_

## Preferences for my future care

These are my preferences, in relation to my future care.

Please refer to the *Advance Care Planning Guide for Patients*.

## Моје жеље за моју будућу негу

Ово су моје жеље у вези моје будуће неге. Молим погледајте Водич за планирање неге унапред за пацијенте.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Other outcomes of the Advance Care Planning conversation:

For example, you may have considered completing other relevant legal documents such as an Advance Health Directive or Enduring Power of Guardianship or you may have decided to become an organ donor.

Други исходи произишли из разговора о Планирању неге унапред.

На пример, можда сте одлучили да испуните друге релевантне правне документе као што су Директиве о будућој здравственој нези или Трајно старатељство или сте можда одлучили да будете дариваоц органа.

Outcome / Исход	Description / Опис

**If I have lost capacity or am approaching end of life, where practical and appropriate, I would prefer to be cared for:**

**Ако будем изгубио/ла способност или сам при крају свог живота, где то буде практично и одговарајуће, волео/волела бих да се о мени стара:**

Initial the option you prefer: / Ставите своје иницијале на ону опцију коју преферишете:

- In my usual home: / У мом дому: \_\_\_\_\_
- At a family member's home: / У дому члана моје породице: \_\_\_\_\_
- At a hospice or palliative care unit / У хоспицију или одељењу за палијативну негу
- In hospital / У болници
- On country (for Aboriginal and Torres Strait Islanders) / На селу (за Абориджине или становнике острва Torres мореуза)
- At another place: / На другом месту: \_\_\_\_\_

### **I would like to leave the following message(s)**

For example: I am a carer for my partner/family member or I would like the following person to care for my pet, or I would like a particular song played or I would like a particular complementary therapy to be used or I would like my family to respect my preferences to be an organ donor etc.

### **Волео/волела бих да оставим следеће поруке**

На пример: Ја се старам о свом партнеру/члану породице или желим да се следећа особа брине о мом кућном љубимцу, или хтео/хтела бих да ми се свира нека одређена песма или да се користи одређена комплиментарна терапија или желим да моја породица поштује моју жељу да дарујем своје органе.

---



---



---



---

Signed: / Потпис: \_\_\_\_\_ Date: / Датум: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

This document can be made available in alternative formats on request for a person with disability.

Овај се документ може на захтев направити и у другим форматима за особе с инвалидитетом.

Produced by WA Cancer and Palliative Care Network  
© Department of Health 2017

Copyright to this material is vested in the State of Western Australia unless otherwise indicated. Apart from any fair dealing for the purposes of private study, research, criticism or review, as permitted under the provisions of the Copyright Act 1968, no part may be reproduced or re-used for any purposes whatsoever without written permission of the State of Western Australia.