



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

פירוט תמצית המידע הרפואי (יירשם על ידי רופא מומחה/ רופא/ אחות מוסמכת):

הרפוא  
האחות  
'מלא כבת  
ידע את  
ציקרי  
ההסגר  
הרפוא  
שניתן  
לחולה.  
כאן לא המקום  
לאבחונים  
רפואיים של  
נותן ההתחלות,  
אלא אם הוא

**(ב)** ידוע לי כי יפיו הכוח ייכנס לתוקפו, רק אם ייקבע לגבי שאני חולה הנוטה למות ולאחר הוצאתי מחזקת היותי כשר, ושאיני סובל סבל משמעותי, והכול לפי הוראות חוק החולה הנוטה למות.

**(ג)** ידוע לי שאם יקבע לגבי כי אני חולה הנוטה למות, אך לא הוצאתי מחזקת כשרותי, לא "כנס יפוי" הכוח לתוקף ורצוני באותה העת יגבר.

**(ד)** ידוע לי כי אני רשאי לשנות או לבטל את ייפוי הכוח בכל עת, וכל עוד לא ייקבע לגבי שאיני בעל כשרות כאמור בחוק החולה הנוטה למות; אופן הביטול יהיה במתן ייפוי כוח חדש, או בטופס ביטול בנוסח שבתוספת הרביעית.

**(ה)** ידוע לי כי תוקף ייפוי כוח זה הוא חמש שנים או עד לתקופה שאינה עולה על חמש שנים, כמצוין להלן: \_\_\_\_\_ (ניתן למלא תאריך שאינו עולה על חמש שנים מתאריך החתימה על ההנחיות הרפואיות המקדימות).

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

### יפוי הכוח (מינוף כוח אינו רשאי enef עס כעד)

אני נותן בזה יפוי 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 ביפוי כוח זה, אני נותן את יפוי הכוח ל:

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

לא יוכל או יסרב האדם האמור לעיל להיות מינוף הכוח שלי, אני ממנה במקומו להיות מינוף 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 ולמסמך 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 חיי או בתוחלת חייו, 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 1 – 5ג**

*רק מי שברר בחלופה ד ימלא סעיפים 1 – 5ד*

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

ג1. **במצב של חולה הנוטה למות:** (יש למלא רק אם בחרת בייפוי כוח בחלופה ט')

סמן ב-X את הפעולות הכלולות בייפוי הכוח

חלפה 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, אלו מהטיפוליים המוכרים מטרות ריפוי, אלו מטרות הארכת חיים ואלו טיפוליים מטרות העיקריות היא מניעת כאב או סבל. ללא מידע זה, לא ניתן לתת הנחיות מוקדמות מוצקות, ולכן יתכן ולא יהיה להן תוקף. (דואל: מתן הקרנות מהווה במקרים רבים טיפול פליאטיבי יציף המונע או מפחית כאב)

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

### ג2. במצב של חולה הנוטה למות בשלב סופי:

(יש למלא רק אם בחרת בייפוי כוח בחלופה ט')

### סמן ב-X את הפעולות הכלולות בייפוי הכוח

	(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 (אחק את האיותר)
	(ז)	חיבור לדיאליזה אם סימנת שאינך מסכים: 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

חולה נוטה  
למות בשלב  
סופי – חולה  
שבאופן כמעט  
אספר  
מצרכות  
חינוניות  
ותוחלת חייו  
אינה צוה  
צף שפוציט



## '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:

---

---

---

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

## הצהרות וחתימות

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

(ימלא רק אם נותן ייפוי הכוח שוחח עם מי מהאנשים המנויים להלן ו/או נתן לאנשים אלה צוה. אין חובה לייצר, אולם יש בכך כדי לשפר את הסיכוי ליישום יציל 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 למלא שם  
כתובת  
וטלפון.  
בקריבה יש  
לרשום:  
בן-זל, עו"ד, רופא,  
שכן, אח, בן,  
רב, קאד',  
כו"מ וכד'

_____	פרטיו:	_____	קירבה:	<input type="checkbox"/>
_____	פרטיו:	_____	קירבה:	<input type="checkbox"/>
_____	פרטיו:	_____	קירבה:	<input type="checkbox"/>
_____	פרטיו:	_____	קירבה:	<input type="checkbox"/>
_____	פרטיו:	_____	קירבה:	<input type="checkbox"/>

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

(במידה ונותן ייפוי הכוח אינו דובר או קורא עברית, יש לזרז אישור מוסמך של מתרגם ההסכרים 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 ימלא  
ע"י החותם



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

## חתימת העדים

(שני העדים 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 ערני/ת 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 צד אינטרס כלכלי או אחר, לרבות בן משפחה צד אינטרס כלכלי או אחר, אק יוכל שרופא או אחות יהיו צד).

עד 1: שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

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

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

התאריך 'מולא' 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 לצדיו 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 לצדיו 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 \_\_\_\_\_



תוספת שנייה-ייפוי כוח

## לפני שאת/ה שולח/ת...

כדי למנוע טעויות שכיחות במילוי טופס ייפוי הכוח, ולחסוך התכתבויות מיותרות לתיקון הליקויים, אנא בדוק את כל הבאים טרם משלוח הטופס.

<input type="checkbox"/> עמ' 1	חובה עליך לציין כתובת מגורים עדכנית בהתאם לרישום במרשם האוכלוסין. באם אתה מעוניין הנך רשאי לציין גם כתובת נוספת למשלוח דואר.
<input type="checkbox"/> עמ' 2	על נותן ההסבר הרפואי (רופא או אחות מוסמכת) לכתוב שנתן הסבר על המונחים הרפואיים בעמ' 5 ו-6, תוך פירוט מספר דוגמאות וציון כי וידא שהבנת את ההסבר. זה לא המקום לאבחנות רפואיות שלך. (רק במידה ואתה חולה נוטה למות, על רופא מומחה לכתוב את האבחנות הרפואיות שלך, בנוסף להסבר על המונחים הרפואיים כאמור).
<input type="checkbox"/> עמ' 3	חובה לציין שם מלא של מיופה הכוח, ומס' זהות שלו. רצוי להוסיף מס' טלפון.
<input type="checkbox"/> עמ' 4	יש לבחור אך ורק אחת מהחלופות הבאות: א', ב' או ג'. אם בחרת בחלופה א' אין למלא את הטבלאות בעמ' 5 ו-6. רק אם בחרת בחלופה ג' עליך למלא את הטבלאות בעמ' 5 ו-6 ולסמן בכל אחד מהסעיפים האם ברצונך לקבל טיפול רפואי מאריך חיים או האם ברצונך להימנע ממנו.
<input type="checkbox"/> עמ' 7	במידה והנך ממלא גם הנחיות רפואיות מקדימות: - עליך לסמן זאת (חלק ג' סעיף 1), ולשלוח אלינו גם את טופס ההנחיות הרפואיות. - עליך לסמן איזה הוראה תגבר במקרה של ניגוד בין הנחיה רפואית לבין ייפוי כוח (חלק ג' סעיף 2).
<input type="checkbox"/> עמ' 8	- בתחתית העמוד חובה עליך לחתום ולציין תאריך. תאריך חתימתך חייב להיות זהה לתאריך חתימות העדים בעמ' 9. - מומלץ לציין מס' טלפון לצורך בירורים במידת הצורך.
<input type="checkbox"/> עמ' 9	- בראש העמוד ישנן שתי משבצות ריקות ( ) ( ) בהן חובה על העדים לסמן את אופן היכרותם אתך. - עליך להחתים שני עדים, שאינם קרובי משפחה מדרגה ראשונה. - העדים ואתה תחתמו בו זמנית, באותו מעמד ולכן תאריך חתימתך המופיע בעמוד 8 חייב להיות זהה לתאריך חתימת העדים. - "חתימת מוסר המידע הרפואי"-על הרופא או האחות המוסמכת, למלא את כל הפרטים הנדרשים ולחתום.
<input type="checkbox"/>	יש לצרף צילום ברור של ת.ז. כולל ספח.
<input type="checkbox"/>	את הטופס יש לשלוח בדואר רשום לכתובת: משרד הבריאות המרכז להנחיות רפואיות מקדימות רח' ירמיהו 39 ירושלים 9446724