

# Предварительное медицинское распоряжение

Простая в использовании форма для информирования  
о ваших целях, ценностях и предпочтениях

# Почему вам следует иметь Предварительное медицинское распоряжение?

Важно заранее спланировать и четко обозначить свои цели, ценности и предпочтения в отношении медицинского обслуживания. Предварительное медицинское распоряжение является лучшим способом сделать это. Заполненное распоряжение принесет больше спокойствия вам и вашим близким. Процесс заполнения распоряжения также может помочь вам поговорить с близкими о том, что для вас наиболее важно.

В медицинском центре Cedars-Sinai есть множество ресурсов, которые могут помочь вам в заполнении распоряжения, в том числе, социальные работники, специалисты по духовной помощи, а также бесплатные занятия по предварительному планированию медицинского обслуживания. Информацию об этих и других ресурсах см. на задней обложке этого документа.

## Что вам следует делать после того, как вы заполнили свое Предварительное медицинское распоряжение?

1. Заверьте распоряжение нотариально или с помощью подписей двух правомочных свидетелей.

- Вариант 1: Подписать документ в присутствии нотариуса.
- Вариант 2: Попросить двух правомочных свидетелей подписать документ.

2. Раздайте копии документа:

- Своему представителю по медицинским вопросам
- Своим близким людям
- Врачу, у которого вы обычно лечитесь
- Своему юристу

3. Убедитесь, что распоряжение загружено в вашу электронную медицинскую карту с помощью одного из следующих вариантов:

<b>Загрузите на портал My CS-Link™</b>	<b>Отправьте по факсу в Cedars-Sinai</b>	<b>Отправьте по почте в Cedars-Sinai</b>	<b>Отправьте электронную копию в Cedars-Sinai</b>
<p><b>Веб-сайт:</b> myslink.org</p> <p>Используйте страницу с Предварительным медицинским распоряжением, указанную в разделе «Ресурсы».</p> <p>Пожалуйста, укажите свое ФИО и дату рождения на первой странице.</p>	<p><b>Номер факса:</b> 310-248-8078</p> <p>Пожалуйста, укажите свое ФИО и дату рождения на первой странице.</p>	<p><b>Почтовый адрес:</b> Health Information Department (Отделение медицинских данных) 8700 Beverly Blvd. South Tower, Room 2901 Los Angeles, CA 90048</p> <p>Пожалуйста, укажите свое ФИО и дату рождения на первой странице.</p>	<p><b>Электронный адрес:</b> groupMNSHID@cshs.org</p> <p>Пожалуйста, укажите свое ФИО и дату рождения на первой странице.</p>

4. Храните оригинал в надежном (но доступном) месте.

# Содержание

---

## Часть 1:

### Мой представитель по медицинским вопросам

Раздел А. Выбор представителя по медицинским вопросам	2
Раздел Б. Ситуации, в которых мой представитель по медицинским вопросам будет меня представлять	3

---

## Часть 2:

### Мои цели, ценности и предпочтения в отношении медицинского обслуживания

Раздел А. Качество жизни	4
Раздел Б. Охват лечения	5
Раздел В. Дополнительные пояснения (необязательно)	6

---

## Часть 3 (необязательно):

### Дополнительные предпочтения

Донорство органов	
Мои пожелания после смерти	7

---

## Часть 4:

Насколько строго будет выполняться мое Предварительное медицинское распоряжение?	8
--	---

---

## Часть 5 (необязательно):

Выбор врача	9
-------------	---

---

## Часть 6:

Подписание Предварительного медицинского распоряжения	11
---	----

---

Дополнительные страницы	16–17
-------------------------	-------

---

Дополнительные ресурсы	Задняя обложка
------------------------	----------------

Мое ФИО: \_\_\_\_\_

Моя дата рождения: \_\_\_\_\_

## Часть 1:

# Мой представитель по медицинским вопросам

---

## Раздел А. Выбор представителя по медицинским вопросам

- Чтобы получить помощь при заполнении этого раздела, обратитесь к части 1, разделу А Пошагового руководства (страницы 3–4).
- 

**Я выбираю следующего человека для выступления от моего имени, если в какой-либо момент у меня не будет возможности (или выбора) выразить свои цели, ценности и предпочтения:**

ФИО представителя по медицинским вопросам: \_\_\_\_\_

Кем он/она вам приходится: \_\_\_\_\_

Номер(а) телефона(ов): \_\_\_\_\_

Эл. почта (если известно): \_\_\_\_\_

**Следующие лица могут выступать в качестве альтернативных представителей (это необязательно):**

### Первый альтернативный представитель

ФИО альтернативного представителя: \_\_\_\_\_

Кем он/она вам приходится: \_\_\_\_\_

Номер(а) телефона(ов): \_\_\_\_\_

Эл. почта (если известно): \_\_\_\_\_

### Второй альтернативный представитель

ФИО альтернативного представителя: \_\_\_\_\_

Кем он/она вам приходится: \_\_\_\_\_

Номер(а) телефона(ов): \_\_\_\_\_

Эл. почта (если известно): \_\_\_\_\_

## **Раздел Б. Ситуации, в которых мой представитель по медицинским вопросам будет меня представлять**

- Чтобы получить помощь при заполнении этого раздела, обратитесь к части 1, разделу Б Пошагового руководства (страница 5).
- 

### **Я хочу, чтобы мой представитель по медицинским вопросам начал участвовать в принятии решений о моем медицинском обслуживании в следующий момент времени:**

Завершите предложение выше, поставив свои инициалы рядом с вариантом 1 или вариантом 2:

#### **Вариант 1**

Когда мой врач определит, что я не могу выражать свои цели, ценности и предпочтения.

---

(Поставьте инициалы здесь)

**или**

#### **Вариант 2**

Начиная с этого момента, даже если я все еще могу говорить от своего имени.

---

(Поставьте инициалы здесь)

## Часть 2:

# Мои цели, ценности и предпочтения в отношении медицинского обслуживания

---

## Раздел А. Качество жизни

- Чтобы получить помощь при заполнении этого раздела, обратитесь к части 2, разделу А Пошагового руководства (страницы 6–9).
- 

**Моя жизнь стоит того, чтобы продолжаться, поэтому я бы хотел(-а), чтобы моя жизнь продлилась как можно дольше при следующих обстоятельствах:**

Завершите предложение выше, выбрав вариант 1, 2 или 3:

### Вариант 1

- При любых обстоятельствах - даже если это означает только базовое функционирование моих органов (сердца, легких, почек и т.д.) с аппаратами или без них.

**или**

### Вариант 2

- При любых обстоятельствах, за исключением случаев, когда я НИКОГДА не смогу восстановить способность (пожалуйста, заполните поле ниже):

В физическом и телесном аспектах (например, жить без постоянного подключения к аппаратам жизнеобеспечения, вставать с постели, выходить на улицу):

---

---

---

В когнитивном аспекте (например, бодрствовать, быть в сознании, уметь ясно мыслить):

---

---

---

В интерактивном, социальном и общественном аспектах (например, как-то общаться с другими людьми, жить за пределами медицинского учреждения):

---

---

---

**или**

### Вариант 3

- Я не уверен(-а)
- 

**Если вы хотите указать дополнительную информацию, вы можете использовать для этого линованное пространство на странице 6 или в конце этого документа.**







## Часть 3 (необязательно):

# Дополнительные предпочтения

---

- Чтобы получить помощь при заполнении этого раздела, обратитесь к части 3 Пошагового руководства (страница 12).
- 

### Донорство органов

Я хочу стать донором всех своих органов и тканей.

или

Я не хочу стать донором всех своих органов и тканей.

или

Я хочу стать донором только следующих органов и тканей (пожалуйста, укажите):

---

---

---

---

### Мои пожелания после смерти

У меня есть следующие пожелания относительно организации похорон, захоронения и/или кремации:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Если вы хотите указать дополнительную информацию, вы можете использовать для этого линованное пространство в конце этого документа.**

## Часть 4:

# Насколько строго будет выполняться мое Предварительное медицинское распоряжение?

---

- Чтобы получить помощь при заполнении этого раздела, обратитесь к части 4 Пошагового руководства (страница 13).
- 

### **Я хочу, чтобы мои цели, ценности и предпочтения, изложенные в настоящем распоряжении:**

Завершите предложение выше, поставив свои инициалы рядом с вариантом 1 или вариантом 2:

#### Вариант 1

Служили в качестве общего руководства, основываясь на том, что мне известно на данный момент.

---

(Поставьте инициалы здесь)

**или**

#### Вариант 2

Строго соблюдались при любых обстоятельствах.

---

(Поставьте инициалы здесь)

Если вы хотите указать другие соображения или информацию, пожалуйста, используйте место ниже:

---

---

---

---

---

---

---

**Если вы хотите указать дополнительную информацию, вы можете использовать для этого линованное пространство в конце этого документа.**

## Часть 5 (необязательно):

### Выбор врача

---

- Чтобы получить помощь при заполнении этого раздела, обратитесь к части 5 Пошагового руководства (страница 14).
- 

**Вы можете привлечь к своему лечению врачей, которые понимают ваши цели, ценности и предпочтения. Если вы хотите, чтобы они участвовали в обсуждении вашего состояния и вариантов лечения, укажите их ФИО и контактную информацию ниже.**

ФИО врача: \_\_\_\_\_

Номер(а) телефона(ов) (если известно): \_\_\_\_\_

Эл. почта (если известно): \_\_\_\_\_

ФИО врача: \_\_\_\_\_

Номер(а) телефона(ов) (если известно): \_\_\_\_\_

Эл. почта (если известно): \_\_\_\_\_

ФИО врача: \_\_\_\_\_

Номер(а) телефона(ов) (если известно): \_\_\_\_\_

Эл. почта (если известно): \_\_\_\_\_

---

**Если вы хотите указать дополнительную информацию, вы можете использовать для этого линованное пространство в конце этого документа.**

---

**Эта страница специально оставлена пустой**

## Часть 6:

# Подписание Предварительного медицинского распоряжения

---

- Чтобы получить помощь при заполнении этого раздела, обратитесь к части 6 Пошагового руководства (страница 15).
- 

**Чтобы настоящий документ стал правовым и действительным, вы должны поставить свою подпись ниже в присутствии нотариуса (страница 13) или двух свидетелей (страница 14):**

ФИО (печатными буквами): \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата подписи: \_\_\_\_\_

---

**Эта страница специально оставлена пустой**

# Подписание Предварительного медицинского распоряжения в присутствии нотариуса

Примечание: если вы заполните раздел ниже, вам не нужно заполнять страницу 14.

## НОТАРИАЛЬНОЕ ЗАВЕРЕНИЕ

(Универсальное нотариальное свидетельство штата Калифорния, Гражданский кодекс 1189)

Нотариус или другое должностное лицо, заполняющее это свидетельство, проверяет только личность человека, подписавшего документ, к которому оно прилагается, а не правдивость, точность или действительность этого документа.

Штат Калифорния

Округ \_\_\_\_\_

}

\_\_\_\_\_ в моем присутствии в качестве \_\_\_\_\_

*Дата*

*Укажите имя и должность должностного лица*

лично явившийся(-аяся) ко мне \_\_\_\_\_

*Имя (имена) лица (лиц), поставившего(-их) свою(-и) подпись(-и)*

на основании удовлетворительных доказательств подтвердил(-а), что он (она) является лицом, чье имя проставлено в настоящем документе, а также, что он (она) сделал(-а) это в рамках своих законных полномочий, а также то, что своей подписью на настоящем документе лицо(-а) или организация, от имени которой действовало лицо(-а), оформило(-и) настоящий документ.

Осознавая ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЗАВЕДОМО ЛОЖНЫХ СВЕДЕНИЙ в соответствии с законодательством штата Калифорния, я подтверждаю, что вышеизложенная информация является подлинной и правильной.

В ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЧЕГО ставлю свою подпись и официальную печать.

Подпись \_\_\_\_\_

*Подпись нотариуса*

*Поставьте печать нотариуса выше*

# Подписание Предварительного медицинского распоряжения в присутствии свидетелей

Примечание: если вы заполните раздел ниже, вам не нужно заполнять страницу 13.

## ЗАЯВЛЕНИЕ СВИДЕТЕЛЕЙ

Под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Калифорния настоящим заявляю следующее: 1) лицо, подписавшее или подтвердившее данное Предварительное медицинское распоряжение, известно мне лично или же я получил(-а) убедительные доказательства личности этого человека; 2) физическое лицо подписало или подтвердило настоящее Предварительное медицинское распоряжение в моем присутствии; 3) данное лицо находится в здравом уме и не находится под принуждением, шантажом или ненадлежащим влиянием; 4) я не являюсь лицом, назначенным в качестве представителя по медицинским вопросам согласно данному Предварительному медицинскому распоряжению; 5) я не являюсь в отношении данного лица медицинским работником, сотрудником организации общественного учреждения по уходу или сотрудником организации по уходу за престарелыми людьми; 6) я старше 18 лет.

### Свидетель №1

Подпись свидетеля №1

Дата

ФИО свидетеля №1 печатными буквами

Номер телефона

### Свидетель №2

Подпись свидетеля №2

Дата

ФИО свидетеля №2 печатными буквами

Номер телефона

### Один из свидетелей также должен подписать следующее заявление:

Под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Калифорния я также заявляю, что я не связан с лицом, оформляющим данное Предварительное медицинское распоряжение, кровными, брачными узами или путем усыновления/удочерения, и, насколько мне известно, я не имею права на какую-либо часть имущества этого лица после его или ее смерти согласно действующему завещанию или в силу закона.

Подпись свидетеля №1 или №2

Дата

ФИО свидетеля №1 или №2 печатными буквами

Дата



## Особые требования к свидетелю

Примечание. Только для пациентов в домах престарелых или учреждениях квалифицированного сестринского ухода в дополнение к заполнению страницы 13 или страницы 14 требуется подпись защитника интересов пациента или омбудсмена.

Если вы **не** являетесь пациентом дома престарелых или учреждения квалифицированного сестринского ухода, вы можете пропустить этот раздел.

---

### **ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАЩИТНИКА ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТА ИЛИ ОМБУДСМЕНА**

С учётом ответственности за предоставление заведомо ложных сведений согласно законодательству штата Калифорния, я заявляю, что являюсь защитником интересов пациента или омбудсменом, назначенным Государственным департаментом по вопросам помощи пожилым людям, и что я выступаю в качестве свидетеля в соответствии с требованиями раздела 4675 Кодекса о наследовании.

---

Подпись защитника интересов пациента или омбудсмена

---

Дата

---

ФИО защитника интересов или омбудсмена печатными буквами

---

Номер телефона





# Дополнительные ресурсы

Чтобы записаться на бесплатный курс по предварительному планированию медицинского обслуживания, позвоните по телефону 800-700-6424.

## Поддерживающая медицина в Cedars-Sinai 310-423-9520

Команда по вопросам поддерживающей медицины (SCM) центра Cedars-Sinai помогает стационарным и амбулаторным пациентам, которые сталкиваются с ограничивающим продолжительность жизни или прогрессирующим заболеванием, достичь наилучшего возможного качества жизни, а также оказывает поддержку их семьям. Практикующие врачи SCM являются экспертами в лечении полного спектра симптомов, как физических, так и психологических; они также проходят специальную подготовку по вопросам предварительного планирования медицинского обслуживания и Предварительных медицинских распоряжений.

## Духовная помощь в Cedars-Sinai 310-423-5550; [cedars-sinai.org/spiritualcare](https://cedars-sinai.org/spiritualcare)

Участники Отделения духовной помощи в Cedars-Sinai предлагают услуги духовной помощи пациентам Cedars-Sinai и их близким. Священники могут навещать пациентов и помогать решать сложные вопросы, связанные с решениями в конце жизни и уходом за пациентами.

## Центр медицинской этики в Cedars-Sinai

310-423-9636; [cedars-sinai.org/ethics](https://cedars-sinai.org/ethics)

Для пациентов, госпитализированных в Cedars-Sinai, центр предлагает консультации по клинической этике. Цель состоит в том, чтобы помочь пациентам, членам их семей, врачам и другим участникам группы по уходу за пациентами изучить и обсудить соответствующие этические ценности и цели.

## Центр социальной работы в Cedars-Sinai

Стационарный: 310-423-4446    Амбулаторный: 310-248-8311

## На следующих веб-сайтах представлена информация о предварительном планировании медицинского обслуживания:

- Реестр предварительных медицинских распоряжений - по штату Калифорния: [sos.ca.gov/registries/advance-health-care-directive-registry](https://sos.ca.gov/registries/advance-health-care-directive-registry)
- НКО «Старение с достоинством» (Aging With Dignity): [agingwithdignity.org](https://agingwithdignity.org)
- Американская больничная ассоциация: [putinwriting.org](https://putinwriting.org)
- Калифорнийская медицинская ассоциация: [cmanet.org](https://cmanet.org)
- Программа Caring Connections: [caringinfo.org](https://caringinfo.org)
- Коалиция за милосердную заботу Калифорнии: [coalitionccc.org](https://coalitionccc.org) and [capolst.org](https://capolst.org) (формы для распоряжения врача об искусственном поддержании жизни на английском и других языках)
- Ассоциация хосписов Америки: [hospice.nahc.org](https://hospice.nahc.org)
- Donate Life California - Реестр доноров органов и тканей: [donatelifecalifornia.org](https://donatelifecalifornia.org)
- Департамент США по делам ветеранов: [losangeles.va.gov/patients/advance.asp](https://losangeles.va.gov/patients/advance.asp)