



Предварительное распоряжение о медицинской помощи

Если вы оформите и подпишите это Предварительное распоряжение о медицинской помощи, вы поможете тем людям, которым возможно придется принимать важные решения о предоставляемой вам в будущем медицинской помощи. Предварительное распоряжение состоит из трех частей.

Часть 1

В этой части вы можете указать «представителя по медицинской помощи», который будет принимать за вас решения, если вы утратите способность выражать свои мысли. Здесь же указывается фамилия вашего лечащего врача.

Часть 2

В этой части содержится «Распоряжение на случай терминального состояния (living will)». Вы можете указать, хотите ли вы, чтобы при определенных условиях использовались механические системы жизнеобеспечения для продления вашей жизни. Здесь же указываются ваши пожелания о донорстве органов.

Часть 3

Документ обретет юридическую силу, если будет подписан в присутствии двух совершеннолетних свидетелей, с которыми вы знакомы лично, ИЛИ в присутствии нотариуса.

Вы можете вычеркивать любые слова, добавлять инструкции и объяснения, а также пропускать любые фрагменты документа в частях 1 и 2. (На каждой добавленной странице необходимо поставить подпись и дату.) **Часть 3 является обязательной.**

Как вносить изменения

Предварительное распоряжение может быть изменено или отменено вами в любое время. Оно остается в силе до тех пор, пока вы его не отмените, не оформите новое или не укажете дату, когда согласно вашему желанию оно перестанет действовать. Рекомендуется периодически проверять Предварительное распоряжение, чтобы быть уверенным в том, что оно продолжает отражать ваши пожелания.

Что делать дальше

После оформления Предварительное распоряжение необходимо хранить в таком месте, где его легко найти. Храните подписанный подлинник документа в надежном, но доступном месте. **Передайте копию подписанного документа вашему представителю по медицинской помощи (и альтернативным представителям), а также другим лицам, на которых вы рассчитываете в случае медицинского кризиса. Попросите лечащего врача включить Предварительное распоряжение в вашу медицинскую карту. Если вы пользуетесь услугами адвоката, то ему или ей тоже необходимо иметь копию.**

Документ можно зарегистрировать в Реестре предварительных распоряжений штата Калифорния (California Advanced Healthcare Directive Registry at sos.ca.gov/ahcdr).

В процессе заполнения этой формы расскажите о своих пожеланиях в отношении будущей медицинской помощи своему представителю, близким вам людям и лечащему врачу. Информировать их об изменениях в состоянии вашего здоровья и предпочтениях в отношении лечения.

Дополнительную информацию о планировании медицинской помощи можно посмотреть на сайте медицинской этики Cedars-Sinai Center for Healthcare Ethics по адресу cedars-sinai.edu/ethics.

Часть 1. Мой представитель по медицинской помощи

В этом разделе вы можете указать человека, которому вы доверяете принимать решения в отношении медицинской помощи, если вы утратите способность принимать такие решения самостоятельно. Вашему представителю должно быть 18 или более лет; представитель не может быть вашим врачом или сотрудником больницы или клиники, где вас лечат, кроме случаев, когда он или она являются вашим родственником.

Я хочу, чтобы этот человек представлял мои интересы в соответствии со своими возможностями и принимая во внимание все, что он или она знают о моих целях и желаниях, а также предпочтениях, выраженных мною в этом документе.

ИМЯ, ФАМИЛИЯ

АДРЕС

ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН

СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН

ЭЛ. ПОЧТА

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ №1 (ПО ЖЕЛАНИЮ). Если мой представитель либо отсутствует, либо не хочет, либо не может принимать вместо меня решения в отношении медицинской помощи, то первым альтернативным представителем назначается следующее лицо:

ИМЯ, ФАМИЛИЯ

АДРЕС

ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН

СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН

ЭЛ. ПОЧТА

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ №2 (ПО ЖЕЛАНИЮ). Если мой представитель либо отсутствует, либо не хочет, либо не может принимать вместо меня решения в отношении медицинской помощи, то вторым альтернативным представителем назначается следующее лицо:

ИМЯ, ФАМИЛИЯ

АДРЕС

ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН

СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН

ЭЛ. ПОЧТА

Часть 1. Полномочия моего представителя по медицинской помощи

Когда мой представитель может принимать решения вместо меня

<p>Мой представитель может начать принимать вместо меня решения в отношении медицинской помощи, когда мой лечащий врач скажет, что я уже не могу этого делать.</p> <p>_____ ИНИЦИАЛЫ</p>	<p>ИЛИ</p>	<p>Мой представитель может немедленно начать принимать вместо меня решения в отношении медицинской помощи.</p> <p>_____ ИНИЦИАЛЫ</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ограничения полномочий и(или) особые инструкции для моего представителя по медицинской помощи

Принимая вместо меня решения о медицинской помощи, в дополнение к выполнению пожеланий, указанных на последующих страницах этого документа, мой представитель обязан действовать с учетом ограничений и(или) выполнять указанные ниже особые инструкции.

Полномочия представителя после моей смерти

Мой представитель может принимать вместо меня решения в отношении донорства органов, проведения аутопсии и распоряжения останками, за исключением указанного мною ниже или в части 2 настоящего документа.

Если вам не хватает места для записей на этой странице, то можно добавлять дополнительные листы. Каждая дополнительная страница должна быть подписана и датирована вами при подписании документа в присутствии свидетелей или нотариуса.

Часть 1. Лечащий врач

Вы можете назначить врача, которому вы доверяете, для участия в принятии решений в отношении медицинской помощи. В оптимальном варианте это должен быть врач, который постоянно вас лечит и который понимает ваши цели и пожелания.

Я назначаю следующее лицо моим врачом:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВРАЧА

АДРЕС

ГОРОД ШТАТ

ПОЧТ. ИНДЕКС

ТЕЛЕФОН ОФИСА

СОТОВЫЙ ТЕЛ. (ЕСЛИ ЕСТЬ)

ЭЛ. ПОЧТА

Альтернативный врач

Я назначаю следующее лицо альтернативным лечащим врачом:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВРАЧА

АДРЕС

ГОРОД ШТАТ

ПОЧТ. ИНДЕКС

ТЕЛЕФОН ОФИСА

СОТОВЫЙ ТЕЛ. (ЕСЛИ ЕСТЬ)

ЭЛ. ПОЧТА

Просим вас предоставить копию Предварительных распоряжений в отношении медицинской помощи указанным выше врачам и поговорить с ними о своих пожеланиях. Обязательно обсудите подробно, какое качество жизни вы считаете для себя неприемлемым, какие агрессивные меры (если понадобятся) для вас приемлемы и какова приемлемая вероятность успеха для применения или продолжения таких мер.

Часть 2. Решения по лечению при терминальном состоянии

Я даю указание лечащему врачу и другому мед. персоналу предоставить лечение, не начинать лечение или прекратить лечение в соответствии с помеченным мною ниже выбором. Выражение «механическое поддержание жизни» относится к нескольким видам жизнеподдерживающего лечения и включает сердечно-легочную реанимацию (CPR), респиратор или вентилятор, питание через трубку и диализ.

Выбор: **ОТКАЗАТЬСЯ ПРОДЛЕВАТЬ ЖИЗНЬ**

(дать умереть естественной смертью)

Поставьте свои инициалы для каждого варианта, который соответствует вашим пожеланиям.

Я **НЕ ХОЧУ** искусственно продлевать свою жизнь при следующих обстоятельствах:

_____ 1) Я при смерти, и механическое поддержание жизни только продлит процесс
инициалы умирания;

_____ 2) Я без сознания, и врачи считают, что я уже не проснусь;
инициалы

_____ 3) Я болен смертельной болезнью на финальной стадии, и вероятность того, что я
инициалы вылечусь или что мне станет намного лучше, крайне мала или равна нулю.

Если вы выбрали НЕ ПРОДЛЕВАТЬ жизнь, вы будете получать помощь для профилактики и успокоения боли и страданий.

ИЛИ

Выбор: **ПРОДЛЕВАТЬ ЖИЗНЬ**

Я хочу, чтобы мою жизнь продлевали настолько это возможно с учетом общепринятых стандартов медицинского обслуживания.

_____ инициалы

Укажите ниже любые исключения к пунктам, которые были помечены вашими инициалами. Если вам не хватает места для исключений, инструкций или объяснений, то можно добавлять дополнительные листы. Каждая дополнительная страница должна быть подписана и датирована вами при подписании документа в присутствии свидетелей или нотариуса.

Часть 3. Подписи

Чтобы документ имел юридическую силу, вы должны поставить свою подпись в указанном ниже месте в присутствии двух свидетелей ИЛИ нотариуса.

Требования к свидетелям:

- возраст 18 или более лет
- лично вас знают
- присутствуют при подписании документа

Ограничения. Свидетели не могут:

- быть вашими представителями по медицинской помощи
- быть вашими поставщиками медицинских услуг
- работать у вашего поставщика медицинских услуг
- работать по месту вашего проживания

Одним из ваших свидетелей должен быть человек, который не является вашим родственником и после вашей смерти не извлечет выгоды в виде унаследованных денег или имущества.

Место для подписи:

ПОДПИСЬ

ДАТА

ВАШИ ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

АДРЕС

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Если вы живете в доме сестринского ухода и подписываете документ со свидетелями, то один из них должен поставить подпись на следующей странице. Другим свидетелем должен быть защитник прав пациентов или омбудсмен, который должен подписать заявление особого свидетеля на последней странице.

Часть 3. Заявление свидетелей

Под страхом наказания за дачу заведомо ложных показаний в соответствии с законами штата Калифорния, я заявляю, (1) что лицо, подписавшее или удостоверившее это Предварительное распоряжение в отношении медицинской помощи, мне известно лично или что его личность была для меня подтверждена предоставлением убедительных доказательств, (2) что это лицо подписало или удостоверило это Предварительное распоряжение о медицинской помощи в моем присутствии, 3) что это лицо, по-видимому, находится в здравом уме и не сделало это под принуждением или вследствие мошенничества или ненадлежащего влияния, (4) что я не являюсь лицом, назначенным представителем в этом Предварительном распоряжении о медицинской помощи, и (5) что я не являюсь поставщиком медицинских услуг для этого лица, не работаю по найму у оператора услуг, предоставляемых на дому, не являюсь оператором интерната для престарелых и не работаю по найму у оператора интерната для престарелых.

Первый свидетель

ПОДПИСЬ ПЕРВОГО СВИДЕТЕЛЯ		ДАТА
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ		
АДРЕС		
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТ. ИНДЕКС

Второй свидетель

ПОДПИСЬ ВТОРОГО СВИДЕТЕЛЯ		ДАТА
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ		
АДРЕС		
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ СВИДЕТЕЛЯ

Хотя бы один из ваших свидетелей должен подписать следующее заявление.

Под страхом наказания за дачу заведомо ложных показаний в соответствии с законами штата Калифорния, я также заявляю, что я не являюсь родственником лица, оформляющего это Предварительное распоряжение о медицинской помощи либо по крови, либо в результате брака или усыновления и что, насколько мне известно, я не имею права на какую-либо часть имущества данного лица после его смерти по имеющемуся на данный момент завещанию или по закону.

ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ	ДАТА
-------------------	------

ALTERNATIVE TO SIGNING WITH WITNESSES

Часть 3. Notary Public

You may use this certificate of acknowledgement before a Notary Public instead of the Statement of Witnesses:

State of California }
 County of _____ }

On _____ before me, _____
DATE HERE INSERT NAME AND TITLE OF THE OFFICER

personally appeared _____
NAME(S) OF SIGNER(S)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____
SIGNATURE OF NOTARY PUBLIC

PLACE NOTARY SEAL ABOVE

ЧАСТЬ 3 ОБЯЗАТЕЛЬНА ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ

ЧАСТЬ 3. ПОДПИСИ (ПРОД.) > ЗАЯВЛЕНИЕ ОСОБОГО СВИДЕТЕЛЯ

ЕСЛИ ВЫ ЖИВЕТЕ В ДОМЕ ПРЕСТАРЕЛЫХ ИЛИ В ДОМЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Часть 3. Особое требование для свидетеля

Если вы являетесь пациентом дома престарелых или дома сестринского ухода, то защитник прав пациентов или омбудсмен должен подписать следующее заявление.

Заявление защитника прав пациентов или омбудсмена

Под страхом наказания за дачу заведомо ложных показаний в соответствии с законами штата Калифорния я заявляю, что являюсь защитником прав пациентов или омбудсменом в соответствии с определением Отдела штата по делам пожилого населения и что я выступаю свидетелем в соответствии с Разделом 4675 наследственного кодекса.

ПОДПИСЬ ЗАЩИТНИКА ПРАВ ПАЦИЕНТОВ ИЛИ ОМБУДСМЕНА

ДАТА

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

АДРЕС

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС