



Предварительное планирование медицинского обслуживания

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ И ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ РАСПОРЯЖЕНИЕ

Overview and Advance Directive – Russian Translation



This form meets the requirements of Washington state law. (Данная форма отвечает требованиям законодательства штата Вашингтон.)

Что такое предварительное планирование медицинского обслуживания?

Предварительное планирование медицинского обслуживания — это заблаговременное определение того, какую медицинскую помощь вы хотите получать в будущем. В рамках такого планирования вы обсуждаете, записываете и рассказываете, что для вас важно. Это поможет другим принимать за вас медицинские решения, если вы окажетесь не в состоянии делать это самостоятельно. В такой ситуации ответственность за принятие решений будет возложена на близкого вам человека. Это так называемый представитель по медицинским вопросам (другие названия — представитель по доверенности, доверенное лицо или ответственный за принятие медицинских решений).

Важно подготовить своего представителя по медицинским вопросам, рассказать ему, как принимать решения о вашем лечении.

Что такое предварительное распоряжение?

Предварительное распоряжение — это добровольно составленный юридический документ, в котором зафиксированы ваши решения касательно предварительного планирования медицинского обслуживания. Предварительное распоряжение необходимо передать близким людям, например представителю по медицинским вопросам и родственникам, а также медицинским сотрудникам, клинике или больнице. Следует регулярно обновлять предварительное распоряжение. Составить предварительное распоряжение может любой человек в возрасте от 18 лет.

В штате Вашингтон действительны предварительные распоряжения двух типов: 1) долгосрочная медицинская доверенность и 2) распоряжение о медицинском обслуживании.

В этом буклете представлено предварительное распоряжение под названием Durable Power of Attorney for Health Care (DPOA-НС, долгосрочная медицинская доверенность). DPOA-НС отвечает требованиям законов штата Вашингтон (Revised Code of Washington (RCW, Свод законов штата Вашингтон с поправками), глава 11.125).

С помощью этой юридической формы вы можете назначить представителя по медицинским вопросам, который будет принимать за вас медицинские решения, если вы будете не в состоянии делать это самостоятельно. Эта форма также поможет вам подготовить своего представителя по медицинским вопросам, рассказав о своих целях, ценностных ориентирах и предпочтениях. Исследования показывают, что лучший способ обеспечить соблюдение своих пожеланий — назначить и подготовить представителя по медицинским вопросам.

Предварительное распоряжение в данном буклете не является распоряжением о медицинском обслуживании (RCW, глава 70.122). Медицинские распоряжения также называют «завещаниями о жизни». Вы можете также составить медицинское распоряжение о воздержании или отказе от искусственного поддержания жизни, действующее в определенных ситуациях согласно законам штата Вашингтон. Для получения дополнительных сведений о медицинском распоряжении посетите сайт www.HonoringChoicesPNW.org или проконсультируйтесь с поставщиком медицинских услуг.

Кто такой представитель по медицинским вопросам?

Представитель по медицинским вопросам — это человек, которому вы доверяете принятие медицинских решений за вас, если вы будете не в состоянии делать это самостоятельно. Стоит рассказать своему представителю по медицинским вопросам о том, что важно для вас, например о ваших ценностных ориентирах и целях при лечении. Эта информация может помочь вашему представителю по медицинским вопросам и медицинским сотрудникам принимать наиболее целесообразные решения о вашем лечении, если вы будете не в состоянии делать это самостоятельно. Составив предварительное распоряжение (долгосрочную медицинскую доверенность), вы разрешаете указанному человеку принимать решения о вашем лечении вместе с медицинскими работниками. Ваш представитель по медицинским вопросам несет личной финансовой ответственности за лечение, выбранное для вас при выполнении возложенных на него обязанностей.

Какие качества важны для представителя по медицинским вопросам?

Представитель по медицинским вопросам ДОЛЖЕН:

- Понимать обязанности представителя по медицинским вопросам и согласиться исполнять их.
- Рассказывать медицинским работникам о ваших целях, ценностях и предпочтениях, а также о том, что для вас значит «благополучная жизнь» и «хороший день».
- Соблюдать ваши пожелания, даже если не согласен с ними.
- Уметь принимать решения в трудных и напряженных ситуациях.

Представитель по медицинским вопросам НЕ МОЖЕТ:

- Быть младше 18 лет.
- Быть вашим лечащим врачом или его подчиненным (если только этот человек не является вашим супругом или супругой, официально зарегистрированным сожителем, родителем, совершеннолетним ребенком, братом или сестрой).
- Быть владельцем, администратором или работником медицинского учреждения либо центра долговременного ухода (если только этот человек не является вашим супругом или супругой, официально зарегистрированным сожителем, родителем, совершеннолетним ребенком, братом или сестрой).



Каковы полномочия представителя по медицинским вопросам?

Если вы не в состоянии самостоятельно принимать медицинские решения, ответственность за это будет возложена на вашего представителя по медицинским вопросам. При этом он может руководствоваться информацией, предоставленной вами в предварительном распоряжении и в ходе личных бесед.

Согласно законам штата и собственному пониманию ваших целей, ценностных ориентиров и предпочтений, ваш представитель по медицинским вопросам может:

- принимать решения о процедурах и операциях, проведении сердечно-легочной реанимации (СЛР), использовании дыхательного аппарата, трубки питания и других методов лечения;
- принимать решения о прекращении поддержания жизни и переходе на паллиативную помощь;
- просматривать и предоставлять медицинские записи о вашем лечении и/или медицинской страховке от вашего имени;
- выбирать медицинских работников, учреждения и места оказания медицинской помощи.

Что такое СЛР?

Сердечно-легочная реанимация, или СЛР (CPR, cardiopulmonary resuscitation), — это процедура, к которой прибегают при остановке сердцебиения и дыхания. СЛР наиболее эффективна, если пациент пребывает в хорошей физической форме и процедура начата сразу после остановки сердцебиения. Если пациент ослаблен, стар или серьезно болен, шансов на положительный результат СЛР меньше.

Если удастся избежать смертельного исхода, пациенту может потребоваться респиратор (дыхательный аппарат), поскольку его легкие ослаблены. Важно обсудить с медицинскими сотрудниками, соответствует ли СЛР вашим потребностям.

Стандартной практикой в штате Вашингтон является проведение СЛР в случае остановки сердцебиения и дыхания. Ваши пожелания в отношении СЛР, изложенные в форме DPOA-НС, могут помочь определить ваш «кодовый статус» (code status) в случае госпитализации. Кодовый статус определяет, какую неотложную помощь следует оказывать пациенту в случае остановки сердцебиения или дыхания, а какую нет.

Некоторые люди отказываются от СЛР не только в больнице, но и в других ситуациях. В такой ситуации следует спросить поставщика медицинских услуг о заполнении формы Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST, портативные распоряжения об искусственном поддержании жизни). POLST — это медицинское распоряжение с инструкциями для сотрудников бригады неотложной помощи и других медицинских специалистов.

Что такое искусственное жизнеобеспечение?

Искусственное жизнеобеспечение, или искусственное поддержание жизни, — это комплекс медицинских процедур, призванных поддерживать и заменять работу жизненно важных органов пациента. Эти процедуры не направлены на лечение заболеваний. Они поддерживают жизнь пациента, пока его состояние здоровья не улучшится или жизнеобеспечение не будет отключено, чтобы позволить ему умереть естественным образом. К примерам процедур и средств искусственного жизнеобеспечения относятся СЛР, дыхательные аппараты, трубки питания, переливание крови и диализ почек. Важно понимать, что обезболивание и симптоматическая терапия являются составляющими обычного лечения и не считаются процедурами искусственного жизнеобеспечения.

Что будет, если я не назначу представителя по медицинским вопросам?

Если вы не в состоянии самостоятельно принимать медицинские



решения и не назначили представителя по медицинским вопросам, то медицинские сотрудники определяют, кто имеет право принимать такие решения, руководствуясь законодательством штата Вашингтон. Это означает, что они будут просить ваших родственников или друзей принимать медицинские решения за вас.

Если определить родственников или друзей по приведенному ниже списку не удается, сотрудники медучреждения могут обратиться в суд, чтобы назначить опекуна, который будет принимать медицинские решения от вашего имени.

Поставщики медицинских услуг обращаются к людям в указанном ниже порядке, пока не найдут лицо, способное принимать за вас медицинские решения (RCW, глава 7.70.065).

1. Назначенный судом опекун (если применимо)
2. Назначенные представители по медицинским вопросам*
3. Супруг(-а) или зарегистрированный сожитель
4. Совершеннолетние дети*
5. Родители*
6. Совершеннолетние братья или сестры*
7. Совершеннолетние внуки или внучки, знакомые с пациентом*
8. Совершеннолетние племянники или племянницы, знакомые с пациентом*
9. Совершеннолетние тети и дяди, знакомые с пациентом*
10. Близкий совершеннолетний друг, отвечающий определенным критериям

* Если в любой из групп несколько человек, каждый из них должен дать согласие на лечение.

продолжение >

Особые случаи, связанные этим документом

Назначение супруга или супруги представителем по медицинским вопросам

Если вы назначите супруга, супругу или зарегистрированного сожителя своим представителем по медицинским вопросам с помощью этой формы, этот человек перестанет быть вашим представителем по медицинским вопросам в случае подачи заявления на расторжение или аннулирование брака либо раздельное жительство (RCW, глава 11.125.100). Однако в данной форме можно указать, что этот человек должен оставаться вашим представителем по медицинским вопросам даже в случае развода.

Если эта ситуация для вас актуальна, поставьте свои инициалы рядом с таким предложением на стр. 2 этой формы: «Если я назначу своим представителем по медицинским вопросам супруга (супругу) или зарегистрированного сожителя, но позже мы подадим заявление на расторжение или аннулирование брака либо раздельное жительство, я хочу, чтобы этот человек оставался моим представителем по медицинским вопросам».

Заполнение формы без назначения представителя по медицинским вопросам

Хотя главной целью этой формы является назначение представителя по медицинским вопросам, вы можете его не указывать. Если представитель по медицинским вопросам не назначен, то медицинские работники определяют, кто имеет право принимать такие решения, руководствуясь законодательством штата Вашингтон (RCW, глава 7.70.065).

Если вы заполните другие разделы формы, она будет считаться заявлением о личных ценностях, а не предварительным распоряжением. Заявление о личных ценностях — это сводное описание ваших целей, ценностных ориентиров и предпочтений. Ваш представитель по медицинским вопросам может руководствоваться этой информацией, принимая решения от вашего имени.

Если эта ситуация для вас актуальна, поставьте свои инициалы рядом с таким предложением на стр. 2 этой формы: «Я не назначаю представителя по медицинским вопросам. Я излагаю в данной форме свои цели и ценностные ориентиры, и ее следует толковать как заявление о личных ценностях, а не предварительное распоряжение».

В такой ситуации вы можете также составить медицинское распоряжение (так называемое «завещание о жизни») о воздержании или отказе от искусственного поддержания жизни, действующее в определенных ситуациях согласно законам штата Вашингтон. Для получения дополнительных сведений посетите сайт www.HonoringChoicesPNW.org или проконсультируйтесь с поставщиком медицинских услуг.

Как следует поступить с этим предварительным распоряжением?

Составив предварительное распоряжение, следует рассказать о своих пожеланиях и раздать копии этого документа близким людям, например своему представителю по медицинским вопросам и родственникам, а также поставщикам медицинских услуг, работникам клиники и больницы. При необходимости передайте копии сотрудникам своего центра сестринского ухода или дома престарелых. Важно, чтобы у каждого заинтересованного лица была копия распоряжения.

Что делать, если я передумаю?

Если вы захотите отказаться от решений, изложенных в вашем предварительном распоряжении, расскажите об этом каждому, у кого есть копия, в том числе представителю по медицинским вопросам, близким людям, поставщикам медицинских услуг, сотрудникам клиники и больницы. Вы можете в любой момент отозвать или аннулировать свое предварительное распоряжение. В таком случае необходимо сообщить поставщику медицинских услуг, что вы хотите отозвать распоряжение, в письменной (обязательно подпишите и датируйте письмо) или устной форме. Важно составить новое предварительное распоряжение. Обязательно раздайте копии нового предварительного распоряжения близким людям, например представителю по медицинским вопросам и родственникам, а также поставщикам медицинских услуг, работникам клиники и больницы.

Донорство органов и тканей

Если вы хотите стать донором, сообщите своему представителю по медицинским вопросам, родственникам и поставщикам медицинских услуг. Вы можете также зафиксировать свои пожелания в отношении донорства органов, тканей и глаз на сайте www.registerme.org.

Кто решает, как поступить с моими останками после смерти?

Эта форма не включает инструкции по захоронению останков. Вы можете заполнить специальную форму с инструкциями о том, как поступить с вашими останками после смерти, согласно законам штата (RCW, глава 68.50.160).

К кому обратиться за помощью с предварительным планированием медицинского обслуживания?

Компания Honoring Choices PNW рада помочь вам. Посетите страницу www.honoringchoicespnw.org/locations или свяжитесь с нами по адресу info@honoringchoicespnw.org для получения помощи.

ВНИМАНИЮ ПОСТАВЩИКОВ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ATTENTION HEALTH CARE PROVIDERS)

МОЕ ИМЯ (MY NAME): _____

МОЯ ДАТА РОЖДЕНИЯ (MY DATE OF BIRTH): / /

МОЙ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
(MY HEALTH CARE PROVIDER): _____

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН ПОСТАВЩИКА
(PROVIDER OFFICE PHONE): () _____

ПРОШУ УЧЕСТЬ МОИ ПОЖЕЛАНИЯ (PLEASE HONOR MY WISHES)

МОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПО МЕДИЦИНСКИМ ВОПРОСАМ (указанный в DPOA-HC)
(MY HEALTH CARE AGENT (named on DPOA-HC)): _____

ОСНОВНОЙ ТЕЛЕФОН (BEST PHONE): () _____

МОЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ РАСПОРЯЖЕНИЕ POLST НАХОДИТСЯ ЗДЕСЬ:
MY ADVANCE DIRECTIVE POLST CAN BE FOUND AT: _____

Отрежьте эту карточку и положите ее в бумажник, чтобы другие знали, что у вас есть представитель по медицинским вопросам.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ РАСПОРЯЖЕНИЕ: ДОЛГОСРОЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОВЕРЕННОСТЬ

ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

Настоящее предварительное распоряжение (долгосрочная медицинская доверенность) дает возможность назначить и подготовить представителя по медицинским вопросам.

Данная форма отвечает требованиям законодательства штата Вашингтон.

This advance directive, a durable power of attorney for health care, allows you to name and prepare your health care agent.

This form meets the requirements of Washington state law.

Информация обо мне:

My Information:

ФИО: FULL NAME:	МЕСТОИМЕНИЯ (необязательно): PRONOUNS (OPTIONAL):
Дата рождения: DATE OF BIRTH:	(m. e. он/она/они) (i.e., he/she/they)
/(мм/дд/гггг) (mm/dd/yyyy)	

НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПО МЕДИЦИНСКИМ ВОПРОСАМ

NAMING A HEALTH CARE AGENT

Человек, которого я назначаю своим представителем по медицинским вопросам:

The person I designate as my health care agent is:

ФИО: FULL NAME:	МЕСТОИМЕНИЯ (необязательно): PRONOUNS (optional):	
Кем приходится: RELATIONSHIP:	Основной телефон: () BEST PHONE:	Дополнительный телефон: () ALTERNATE PHONE:
Адрес, город, штат, почтовый индекс: ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		

Люди, которых я назначаю своими альтернативными представителями:

The people I designate as my alternate agents are:

На случай, если указанный выше человек не может или не желает принимать решения о моем лечении, я назначаю упомянутых ниже людей своими первым и вторым альтернативными представителями по медицинским вопросам.
If the person listed above is unable or unwilling to make my health care decisions, then I designate the people listed below as my first and second alternate health care agents.

Первый альтернативный представитель

First Alternate

ФИО: FULL NAME:	МЕСТОИМЕНИЯ (необязательно): PRONOUNS (optional):	
Кем приходится: RELATIONSHIP:	Основной телефон: () BEST PHONE:	Дополнительный телефон: () ALTERNATE PHONE:
Адрес, город, штат, почтовый индекс: ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		

Второй альтернативный представитель

Second Alternate

ФИО: FULL NAME:	МЕСТОИМЕНИЯ (необязательно): PRONOUNS (OPTIONAL):	
Кем приходится: RELATIONSHIP:	Основной телефон: () BEST PHONE:	Дополнительный телефон: () ALTERNATE PHONE:
Адрес, город, штат, почтовый индекс: ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		



Honoring Choices®
PACIFIC NORTHWEST

AN INITIATIVE OF



Washington State
Hospital Association



Foundation
for Health Care Improvement

Имя:
NAME:

Дата рождения:
DATE OF BIRTH:

/(мм/дд/гггг)
(mm/dd/yyyy)

/(мм/дд/гггг)
(mm/dd/yyyy)

НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПО МЕДИЦИНСКИМ ВОПРОСАМ NAMING A HEALTH CARE AGENT

Дополнительные условия:

Situations that may apply:

Поставьте свои инициалы рядом с пунктами, которые применимы к вам. Вы можете зачеркнуть предложения, которые не относятся к вашей ситуации. Для получения дополнительных сведений ознакомьтесь с обзором АСР, посетите сайт [www.HonoringChoicesPNW.org](http://HonoringChoicesPNW.org) или проконсультируйтесь со своим поставщиком медицинских услуг.

Initial next to the statements below that apply to you. You may draw a line through statements that do not apply to you. For more information: see the ACP Overview, visit www.HonoringChoicesPNW.org, or talk with your health care provider.

- Если я назначу своим представителем по медицинским вопросам супруга (супругу) или зарегистрированного сожителя, но позже мы подадим заявление на расторжение или аннулирование брака либо раздельное жительство, я хочу, чтобы этот человек оставался моим представителем по медицинским вопросам.
If I name my spouse or registered domestic partner as my health care agent and we later file for a dissolution, annulment, or legal separation; I want them to continue as my health care agent.

— Я не назначаю представителя по медицинским вопросам. Я излагаю в данной форме свои цели и ценностные ориентиры, и ее следует толковать как заявление о личных ценностях, а не предварительное распоряжение.
I am not naming a health care agent. By sharing my goals and values in this form, it will be considered a personal values statement and not an advance directive.

ПОДГОТОВКА ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПО МЕДИЦИНСКИМ ВОПРОСАМ

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Главные ценностные ориентиры

What matters most to me?

Этот раздел поможет вам решить, чем вы дорожите больше всего. Эта информация может помочь дорогим для вас людям (например, представителю по медицинским вопросам и вашим близким) принимать за вас медицинские решения, если вы будете не в состоянии делать это самостоятельно.

Вы можете дать ответы на такие вопросы:

This section helps you think about what matters most to you. This information can guide the people who matter to you—like your health care agent and loved ones—to make health care decisions for you if you cannot make them yourself.

Consider sharing:

- **Каковы ваши любимые занятия (умственные и физические)?**
What do you love to do, mentally and physically?
 - **Насколько для вас важно знать, кто вы и кто с вами рядом?**
How important is it for you to know who you are and who you are with?
 - **Насколько для вас важно общение с родными и друзьями?**
How important is communicating with family and friends to you?
 - **Что для вас значит «благополучная жизнь» или «хороший день»?**
What does "living well" or "a good day" look like to you?
 - **Чем вы больше всего дорожите в жизни?**
What do you value most in your life?

В жизни я больше всего дорожу вот чем: (Расскажите подробнее. При необходимости заполните несколько строк.)

The following is what matters most to me: (Be specific. Add pages if needed.)

ИМЯ:
NAME:
ДАТА РОЖДЕНИЯ: / /
DATE OF BIRTH: (MM/DD/YYYY)
(MM/DD/YYYY)

ПОДГОТОВКА ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПО МЕДИЦИНСКИМ ВОПРОСАМ

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Убеждения, предпочтения и традиции

What are my beliefs, preferences, and practices?

Важно, чтобы дорогие вам люди (например, представитель по медицинским вопросам и ваши близкие) и медицинские работники знали о ваших убеждениях, предпочтениях и традициях. Вы можете дать ответы на такие вопросы:

It is important for the people who matter to you—like your health care agent and loved ones—and your health care team to know about your beliefs, preferences, and practices. Consider sharing:

- **Что помогает вам, дарит комфорт и придает сил в трудные времена?**
What provides you support, comfort, and strength during difficult times?
 - **На какие медицинские процедуры вы согласны, а на какие нет (например, переливание крови, обезболивание, искусственное кормление)?**
What medical treatments would you want or not want (e.g., blood transfusion, pain management, artificial feeding)?
 - **Как принимаются медицинские решения в вашей общине, культуре или семье?**
How are health care decisions made in your community, culture, or family?

Для меня важны такие убеждения, предпочтения и традиции: (Расскажите подробнее. При необходимости заполните несколько строк.)

The following beliefs, preferences, and practices are important to me: (Be specific. Add pages if needed.)

Указанные ниже люди могут рассказать о моих убеждениях, предпочтениях и традициях: (Они не смогут принимать медицинские решения.)

I would want the following person(s) contacted to support my beliefs, preferences, and practices: (They will not have power to make health care decisions.)

ИМЯ: РОД ЗАНЯТИЙ:
NAME: ROLE:
ТЕЛЕФОН: () ОРГАНИЗАЦИЯ:
PHONE: ORGANIZATION:

БМН:

NAME:

ДАТА РОЖДЕНИЯ: / /

DATE OF BIRTH: (MM/DD/YYYY)

ПОДГОТОВКА ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПО МЕДИЦИНСКИМ ВОПРОСАМ

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Ответы на приведенные ниже вопросы отражают мои предпочтения в отношении медицинской помощи. Если я буду не в состоянии принимать медицинские решения самостоятельно, я хочу, чтобы мой представитель по медицинским вопросам руководствовался этой информацией при принятии решений. Я осознаю, что от этой информации может зависеть мое лечение, но не в каждой ситуации будет возможно полностью соблюдать мои пожелания.

In answering the following questions, I am sharing my health care preferences. If I cannot make health care decisions for myself, I want my health care agent to use this information to guide their decisions. I understand that this information can guide my care, but it might not be possible to follow my wishes exactly in every situation.

СЛР: мои пожелания

CPR: What are my wishes?

В штате Вашингтон стандартной практикой в случае остановки сердцебиения и дыхания является сердечно-легочная реанимация (СЛР). Этот раздел поможет вашему представителю по медицинским вопросам и поставщикам медицинских услуг решить, следует ли выполнять СЛР в случае

вашией госпитализации с остановкой сердцебиения и дыхания. Это так называемый «кодовый статус» (code status).

Standard care in Washington state is to provide cardiopulmonary resuscitation (CPR) to people if their heart and breathing stop. This section can guide your health care agent and health care providers on whether to perform CPR if you are hospitalized and your heart and breathing stop (also known as "code status").

В случае моей госпитализации с остановкой сердцебиения и дыхания:

If I am hospitalized and my heart and breathing stop:

Я хочу, чтобы мне попытались провести СЛР.

I want CPR attempted.

Я хочу, чтобы мне попытались провести СЛР, если только мое состояние здоровья не изменилось, в результате чего

у меня:

I want CPR attempted, unless there has been a change in my health, and I have:

- почти не осталось шансов на жизнь, соответствующую целям и ценностным ориентирам, изложенным в данной форме и/или рассказанным моему представителю по медицинским вопросам; либо
Little chance of living a life that aligns with the goals and values I have stated in this form and/or discussed with my health care agent; or
- есть неизлечимое заболевание, от которого я, скорее всего, скоро умру; или
A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or
- почти нет шансов выжить, даже если работа сердца восстановится.
Little chance of survival even if my heart is started again.

Я не хочу, чтобы мне пытались провести СЛР. Я хочу, чтобы мне позволили умереть естественным образом.

(Поговорите со своим поставщиком медицинских услуг о форме POLST.)

I do not want CPR attempted. I want to be allowed to die naturally. (Talk to your health care provider about a POLST form.)

Искусственное жизнеобеспечение: мои пожелания

Life Support: What are my wishes?

Ваш ответ на поставленный ниже вопрос должен помочь вашему представителю по медицинским вопросам принять решение. Ответ на этот вопрос не делает данную форму медицинским распоряжением о воздержании или отказе от искусственного поддержания жизни, действующим в определенных ситуациях согласно законам штата Вашингтон. Для получения дополнительных сведений посетите сайт www.HonoringChoicesPNW.org или проконсультируйтесь со своим поставщиком медицинских услуг.

Your response below is intended to guide your health care agent. Answering this question does not make this form a health care directive, which is a directive to withdraw or withhold life-sustaining treatment in specific situations under Washington state law. For more information, visit www.HonoringChoicesPNW.org or talk with your health care provider.

В случае болезни или травмы, которая наверняка приведет к моей скорой смерти, или если я впаду в кому, выход из которой маловероятен, я хочу, чтобы мой представитель по медицинским вопросам:

If I am so sick or injured that I am likely to die soon or am in a coma and unlikely to recover, I want my health care agent to:

Использовал все доступные средства поддержания жизни, даже если шансов на выздоровление почти нет. Я хочу оставаться на жизнеобеспечении.

Use all life-support treatments to keep me alive even if there is little chance of recovery. I want to stay on life support.

Попробовал все средства поддержания жизни, которые, по мнению медицинских работников, могут привести к моему выздоровлению. Если лечение не поможет и у меня почти не останется шансов на жизнь, соответствующую моим целям и ценностным ориентирам, я не хочу оставаться на жизнеобеспечении. В таком случае я хочу, чтобы мне позвоили умереть естественным образом.

Try all life-support treatments that my health care providers think might help me recover. If the treatments do not work and there is little chance of living a life that aligns with my goals and values, I do not want to stay on life support. At that point, allow me to die naturally.

Позволил мне умереть естественным образом. Я не хочу, чтобы мою жизнь поддерживали искусственным путем. Если процедуры поддержания жизни были начаты, я хочу, чтобы их прекратили.

Allow me to die naturally. I do not want to be on life support. If life-support treatments have been started, I want them to be stopped.

Я хочу, чтобы мой представитель по медицинским вопросам принял решение за меня.

I want my health care agent to decide for me.



ИМЯ: _____

NAME: _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ: / /

DATE OF BIRTH: (мм/дд/гггг)
(mm/dd/yyyy)

ПОДГОТОВКА ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПО МЕДИЦИНСКИМ ВОПРОСАМ PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Дополнительные указания

Additional Directions

Если я умираю, а медицинское обслуживание, система поддержания жизни и ресурсы дают возможность выбора, я предпочту умереть:

If I am dying and my medical care, support system, and resources allow, my preference would be to die:

- У себя дома или в доме близкого человека (желательно с уходом).
At my home or the home of a loved one (with hospice if desired).

В медицинском учреждении.
In a medical facility.

У меня нет предпочтений.
I do not have a preference.

Другое (опишите): _____
Other (please describe): _____

Если я беременна и не могу самостоятельно принимать медицинские решения, я хочу, чтобы мой представитель по медицинским вопросам и врачи учитывали изложенное ниже при принятии медицинских решений от моего имени.

If I am pregnant and cannot make health care decisions for myself, I would like my health care agent and health care providers to take the following into consideration as they make health care decisions on my behalf:

Запишите любые другие пожелания по поводу своего здоровья, которые следует знать вашему представителю по медицинским вопросам, поставщикам медицинских услуг или другим людям. Обратите внимание, что свои пожелания в отношении донорства органов и захоронения останков следует задокументировать отдельно.

Write any additional information you want your health care agent, health care providers, or others to know about your health care wishes. Please note that your wishes for organ donation and for the disposition of your remains should be documented separately.

Write any additional information you want your health care agent, health care providers, or others to know about your health care wishes. Please note that your wishes for organ donation and plans for your remains should be documented separately.

Имя:

NAME:

ДАТА РОЖДЕНИЯ: / /

DATE OF BIRTH: (MM/DD/YYYY)
(mm/dd/yyyy)

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ ПО МЕДИЦИНСКИМ ВОПРОСАМ

AUTHORIZING A HEALTH CARE AGENT

Заявление об общих полномочиях моего представителя по медицинским вопросам: Я разрешаю своему представителю по медицинским вопросам давать согласие на медицинские процедуры в ситуациях, когда я не в состоянии принять решение самостоятельно. Я разрешаю своему представителю по медицинским вопросам исполнять мою волю в отношении средств поддержания жизни, таких как СЛР, дыхательные аппараты, трубки питания, переливание крови и почечный диализ. Это также касается согласия на начало, продолжение и прекращение лечения.

Statement of General Authority and Powers of My Health Care Agent: I authorize my health care agent to give consent for medical treatments when I cannot make my own decisions. I authorize my health care agent to carry out my wishes regarding life-support treatments such as a CPR, breathing machines, feeding tubes, blood transfusions, and kidney dialysis. This includes consent to start, continue, or stop medical treatment.

Я подтверждаю следующее: Я осознаю важность и значимость настоящей долгосрочной медицинской доверенности (DPOA-НС). В данной форме указаны выбранные мною представители по медицинским вопросам, а также изложены мои цели, ценностные ориентиры и предпочтения. Эта форма заполнена мною по собственному желанию. Я нахожусь в здравом уме. Я осознаю, что в любой момент могу изменить свое мнение. Я понимаю, что в любой момент могу отозвать и заменить данную форму. Я отзываю все свои предыдущие долгосрочные медицинские доверенности. Я хочу, чтобы настоящая доверенность вступила в силу, если лечащий врач или лицензированный психолог установит, что я не в состоянии самостоятельно принимать медицинские решения. Настоящая директива остается в силе, пока я нахожусь в невменяемом состоянии.

I attest to the following: I understand the importance and meaning of this durable power of attorney for health care (DPOA-HC). This form reflects my health care agent choices and my goals, values, and preferences. I have filled out this form willingly. I am thinking clearly. I understand that I can change my mind at any time. I understand I can revoke and replace this form at any time. I revoke any prior durable power of attorney for health care. I want this DPOA-HC to become effective if a physician or licensed psychologist determines I do not have the capacity to make my own health care decisions. This directive will continue as long as my incapacity lasts.

МОЯ ПОДПИСЬ:

MY SIGNATURE:

АДРЕС, ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

ДАТА:

DATE:

Свидетели подписания или нотариус

Witnesses or Notary Requirement

Подписание вами документа должны засвидетельствовать два человека или должен подтвердить публичный нотариус.

You must have your signature either witnessed by two people or acknowledged by a notary public.

ВАРИАНТ 1: ДВА СВИДЕТЕЛЯ

OPTION 1 – TWO WITNESSES

Свидетельское показание: Я заявляю, что отвечаю требованиям к свидетелям.

Witness Attestation: I declare I meet the rules for being a witness.

СВИДЕТЕЛЬ №1 ПОДПИСЬ:

ДАТА:

WITNESS #1 SIGNATURE:

DATE:

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ:

NAME PRINTED:

СВИДЕТЕЛЬ №2 ПОДПИСЬ:

ДАТА:

WITNESS #2 SIGNATURE:

DATE:

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ:

NAME PRINTED:

ВАРИАНТ 2: НОТАРИУС

OPTION 2 – NOTARY

STATE OF WASHINGTON
ШТАТ ВАШИНГОН

)

COUNTY OF
ОКРУГ

)

This record was acknowledged before me on this

day of

,

Данная запись заверена мною

by (name of individual):

имя:

Signature:

Title:

Exp:

Подпись:

Звание:

Действительно до:

Требования к свидетелям:

Rules for Witnesses:

- Дееспособные лица не младше 18 лет.
Must be at least 18 years of age and competent.
- Не должны состоять в кровном родстве, браке или официально зарегистрированном сожительстве с вами или вашим представителем по медицинским вопросам.
Cannot be related to you or your health care agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.
- Не могут быть лицами, осуществляющими уход за вами на дому, в семейном доме престарелых или учреждении долговременного ухода.
Cannot be your home care provider or a care provider at an adult family home or long-term care facility where you live.
- Не могут быть вашими представителями по медицинским вопросам.
Cannot be your designated health care agent.



Имя:
NAME:
Дата рождения: / /
DATE OF BIRTH: (мм/дд/гггг)
(mm/dd/yyyy)