



# LIFE CARE **planning**

Мои ценности, мои предпочтения, мое медицинское обслуживание

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)





# Содержание

В этом буклете рассказывается о том, как подготовиться к принятию решений в отношении медико-санитарной помощи, если вы тяжело заболите и не сможете говорить за себя.

Заблаговременные медицинские распоряжения .....	2
ЧАСТЬ 1. Самостоятельный выбор в вопросах, касающихся медико-санитарной помощи .....	3
Решение о донорстве органов .....	4
ЧАСТЬ 2. Выбор доверенного лица по вопросам медико-санитарной помощи (составление доверенности по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным) .....	5
ЧАСТЬ 3. Составление распоряжения о принятии медицинских решений (прижизненное волеизъявление) .....	6
ЧАСТЬ 4. Заполнение формы «Переносимые распоряжения по искусственному поддержанию жизни» (Portable Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST) .....	6
ЧАСТЬ 5. Передача форм заблаговременных распоряжений .....	7
ЧАСТЬ 6. Полезные материалы .....	8
Таблица ценностей .....	9
Форма «Доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным» .....	11
Форма «Распоряжение о принятии медицинских решений (прижизненное волеизъявление)» .....	13

# Заблаговременные медицинские распоряжения

Тяжелое заболевание или несчастный случай может затронуть кого угодно в любом возрасте. При заблаговременном планировании медицинского обслуживания вы сможете задокументировать решения о предоставлении вам медико-санитарной помощи на тот случай, если вы заболите или получите травму и не сможете говорить за себя.

Подготовка заблаговременных медицинских распоряжений является одним из лучших подходов к извещению родственников, друзей и поставщиков услуг здравоохранения относительно своего выбора в вопросах медико-санитарной помощи. К заблаговременным медицинским распоряжениям относятся следующие формы:

- доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным;
- распоряжение о принятии медицинских решений (прижизненное волеизъявление);
- переносимые распоряжения по искусственному поддержанию жизни (Portable Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST);
- карта донора органов.

Информация и формы в этом буклете помогут вам подумать о том, какие варианты выбора у вас есть, и подготовить заблаговременные распоряжения. Вы можете заполнить все формы или только те части, которые вам нужны. Если у вас есть какие-либо вопросы, поговорите с поставщиком услуг здравоохранения, социальными работниками, родственниками или друзьями.

Этот буклет содержит следующую информацию.

## **Часть 1. Самостоятельный выбор в вопросах, касающихся медико-санитарной помощи**

Начните планирование, узнав о решениях по медико-санитарной помощи, которые вам может потребоваться принять, и выяснив свои собственные мысли и чувства. При заблаговременном составлении планов поставщик услуг здравоохранения, родственники или другие люди будут знать, какое лечение вы хотите получать или какое лечение будет максимально соответствовать вашим интересам, если вы не сможете говорить за себя.

## **Часть 2. Выбор доверенного лица по вопросам медико-санитарной помощи**

При выборе доверенного лица по вопросам медико-санитарной помощи вы даете ему доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным. Это означает, что тот,

кого вы назначили доверенным лицом по вопросам медико-санитарной помощи, уполномочен принимать за вас медицинские решения, если вы не можете делать это самостоятельно. Подписание доверенности на медицинское обслуживание не лишает вас возможности принимать собственные решения, кроме тех случаев, когда вы не можете говорить за себя.

## **Часть 3. Составление распоряжения о принятии медицинских решений (прижизненное волеизъявление)**

Когда вы создаете распоряжение о принятии медицинских решений, что также называется прижизненным волеизъявлением, вы выбираете лечение на тот случай, если смертельно заболите или окажетесь в перманентном бессознательном состоянии. Ваше прижизненное волеизъявление дает другим знать, что вы хотите умереть естественной смертью и не желаете получать лечение, которое искусственно продлевает умирание. Эта форма также дает другим знать, нужны ли вам искусственные питание и гидратация.

## **Часть 4. Заполнение формы «Переносимые распоряжения по искусственному поддержанию жизни» (Portable Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)**

Если у вас тяжелая смертельная болезнь, квалифицированный поставщик услуг здравоохранения может заполнить форму под названием «Переносимые распоряжения по искусственному поддержанию жизни» (Portable Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST). В этой форме ваши пожелания представлены в виде четких и конкретных медицинских указаний для лечащих вас людей.

## **Часть 5. Передача форм заблаговременных распоряжений**

Заполнив необходимые формы, поделитесь соответствующей информацией с поставщиком услуг здравоохранения, родственниками и друзьями. Передайте копию своему поставщику услуг здравоохранения и людям, которым необходимо знать эту информацию, если с вами что-то произойдет. Сохраните у себя оригиналы форм и отправьте копии в Реестр заблаговременных распоряжений в Kaiser Permanente.

## **Часть 6. Полезные материалы**

Вы найдете дополнительные полезные материалы, которые помогут вам подготовить формы заблаговременных распоряжений.

# ЧАСТЬ 1. Самостоятельный выбор в вопросах, касающихся медико-санитарной помощи

Следующий контрольный список поможет вам подумать о лечении, которое вы хотите получить при тяжелом заболевании или несчастном случае. Кроме того, на странице 9 есть таблица ценностей — она позволит вам прояснить свои ценности, убеждения и цели. После изучения контрольного списка и таблицы ценностей заполните и подпишите две формы в этом буклете: «Доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным» и «Распоряжение о принятии медицинских решений (прижизненное волеизъявление)».

Подумайте о том, что придает вашей жизни смысл. Поставьте крестик (X) рядом с утверждениями, с которыми вы больше всего согласны.

## Моя жизнь имеет смысл, только если я могу:

- разговаривать с родственниками или друзьями;
- выйти из комы;
- питаться, мыться и ухаживать за собой;
- жить без боли;
- жить без подключения к аппаратам.

## Моя жизнь всегда имеет смысл независимо от того, насколько плохо я себя чувствую.

- Да
- Нет

## Если я умираю, мне важно быть:

- дома;
- в больнице.

## Для меня важна религия или духовность.

- Да
- Нет

Я хочу, чтобы поставщик услуг здравоохранения знал следующее о моих религиозных или духовных убеждениях:

---

Лечение с поддержанием основных жизненных функций — медицинское обслуживание, которое может продлить вашу жизнь. Это может быть хирургическая операция, прием лекарств или что-либо из следующего.

- Переливание крови
  - Переливание используется для восполнения крови, которая может быть потеряна в результате операции, травмы или болезни.
- Дыхательный аппарат или ИВЛ
  - Этот аппарат нагнетает воздух в легкие и дышит за человека, если он не может делать это самостоятельно.
- СЛР (сердечно-легочная реанимация) При СЛР могут совершаться следующие действия:
  - сильное надавливание на грудную клетку для поддержания циркуляции крови;
  - подача электрических импульсов для восстановления работоспособности сердца;
  - ввод лекарств в вены.
- Диализ
  - При диализе используется аппарат для очистки крови, если перестают работать почки.
- Зонд для искусственного питания
  - Зонд для искусственного питания вводится через горло в желудок для кормления человека, если он не может глотать.



Поставьте крестик (X) рядом с утверждениями, с которыми вы больше всего согласны.

**Если я так плохо себя чувствую, что могу скоро умереть:**

- пробовать все средства поддержания основных жизненных функций, способные, по мнению моего поставщика услуг здравоохранения, помочь. Если эти средства не помогают и надежды на улучшение состояния почти нет, я хочу продолжать пользоваться аппаратами для поддержания основных жизненных функций;
- пробовать все средства поддержания основных жизненных функций, способные, по мнению моего поставщика услуг здравоохранения, помочь. Если эти средства не помогают и надежды на улучшение состояния почти нет, я не хочу продолжать пользоваться аппаратами для поддержания основных жизненных функций;
- пробовать любые или все следующие средства поддержания основных жизненных функций, способные, по мнению моего поставщика услуг здравоохранения, помочь:
  - СЛР;
  - дыхательный аппарат или ИВЛ;
  - диализ;
  - зонд для искусственного питания;
  - переливание крови;
  - лекарства;
  - другие средства \_\_\_\_\_
- я не хочу пользоваться никакими средствами поддержания основных жизненных функций;
- я хочу, чтобы решение за меня приняло мое доверенное лицо по вопросам медико-санитарной помощи.

**Решение о донорстве органов**

Донорство органов и тканей, включая глаза, почки, сердце, сердечные клапаны, печень, кости, легкие и кожу, может помочь спасти жизни других людей. Органы и ткани также можно использовать в исследовательских целях.

Поставьте крестик (X) рядом с утверждениями, с которыми вы больше всего согласны.

- Я хочу быть донором органов.

**Каких?**

- Любых
- Только этих:  
\_\_\_\_\_

- Я не хочу быть донором органов
- Я хочу, чтобы решение приняло мое доверенное лицо по вопросам медико-санитарной помощи

Что еще должны знать поставщик услуг здравоохранения, родственники или другие о медико-санитарной помощи, которую вы хотите получить, если заболите или получите травму и не сможете говорить за себя?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Если вы хотите быть донором органов, вы должны подписать соответствующую карту.

Это можно сделать следующими двумя способами.

- Позвонить в LifeCenter Northwest на бесплатный номер 1-877-275-5269 и попросить карту донора органов.
- Сообщить о желании быть донором органов Департаменту лицензирования (Department of Licensing, DOL) во время подачи заявления на получение водительских прав, разрешения на обучение вождению или идентификационной карты штата.

## ЧАСТЬ 2. Выбор доверенного лица по вопросам медико-санитарной помощи (составление доверенности по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным)

Доверенное лицо по вопросам медико-санитарной помощи — человек, которого вы выбираете для принятия медицинских решений за вас на тот случай, если не сможете принимать их самостоятельно. Вы уполномочиваете этого человека принимать решения вместе с поставщиками услуг здравоохранения относительно вашего лечения.

### Кого можно выбрать как доверенное лицо по вопросам медико-санитарной помощи?

Вы можете выбрать любого человека из родственников или друзей, который:

- не младше 18 лет;
- может быть доступен при необходимости;
- вызывает у вас уверенность в том, что поступит так, как для вас будет лучше всего;
- может сообщить врачам о решениях, которые вы приняли в отношении медико-санитарной помощи.

Вы **не можете** назначить доверенным лицом по вопросам медико-санитарной помощи своего поставщика услуг здравоохранения или любого человека, работающего в вашей больнице, центре сестринского ухода, доме для проживания с уходом или клинике, если это не ваш родственник.

### Что произойдет, если я не выберу доверенное лицо по вопросам медико-санитарной помощи?

Если вы не можете принимать медицинские решения самостоятельно и не выбрали доверенное лицо по вопросам медико-санитарной помощи, то согласно законодательству штата Вашингтон ваши врачи должны получить согласие людей из следующих категорий в порядке, в котором они перечислены:

- назначенный судом законный опекун (при наличии);
- лицо, указанное в форме доверенности по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным (при наличии такого лица);
- супруг или сожитель, зарегистрированный в штате Вашингтон;
- взрослые дети пациента (согласие требуется от всех);
- родители пациента (согласие требуется от всех);
- взрослые родные братья и сестры пациента (согласие требуется от всех);
- взрослые внуки пациента (согласие требуется от всех);
- взрослые племянницы и племянники пациента (согласие требуется от всех);
- взрослые тети и дяди пациента (согласие требуется от всех);

- любой взрослый, отвечающий критериям раздела 7.70.065 Свода пересмотренных законов штата Вашингтон (Revised Code of Washington, RCW).

### Какие решения может принимать мое доверенное лицо по вопросам медико-санитарной помощи?

Ваше доверенное лицо по вопросам медико-санитарной помощи может принимать решения относительно следующего:

- лекарства или анализы, которые могут назначаться вам;
- дальнейшая судьба ваших органов после смерти;
- выполнение советов ваших поставщиков услуг здравоохранения и социальных работников;
- больницы или клиники, в которых вы будете находиться;
- средства поддержания основных жизненных функций, назначаемые вам, в том числе:
  - СЛР;
  - переливание крови;
  - дыхательный аппарат
  - лекарства;
  - или ИВЛ;
  - другие средства.
  - диализ;
  - зонд для искусственного питания;

### Как сделать свое решение официальным?

После выбора доверенного лица по вопросам медико-санитарной помощи заполните и подпишите «Форма доверенности по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным» (см. страницы 11–12 этого буклета). Инструкции по подаче заполненной формы содержатся в части 5.

### Нужно ли заверить форму у нотариуса?

Подпись жителей штата Вашингтон в форме «Доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным», должны засвидетельствовать два человека ИЛИ должен удостоверить публичный нотариус.

См. требования к засвидетельствованию, включенные в форму «Доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным», на странице 12.

## ЧАСТЬ 3. Составление распоряжения о принятии медицинских решений (прижизненное волеизъявление)

Помимо разговоров с поставщиками услуг здравоохранения, родственниками и друзьями, вы должны изложить свои пожелания в письменной форме. Один из документов, который можно составить, — прижизненное волеизъявление, также известное как распоряжение о принятии медицинских решений или распоряжение для врачей.

Прижизненное волеизъявление — распоряжение для врачей и родственников, в котором говорится о решении человека отказаться от поддерживающего жизнь лечения в случае неизлечимого заболевания или болезни либо травмы, которая оставляет в перманентном бессознательном состоянии. Это распоряжение позволяет врачу отказаться от поддерживающего жизнь лечения или остановить его. Вы по-прежнему будете получать паллиативную помощь.

Право на прижизненное волеизъявление закреплено в Законе штата Вашингтон о естественной смерти.

Чтобы составить распоряжение о принятии медицинских решений (прижизненное волеизъявление), заполните форму на страницах 13 и 14 этого буклета. Инструкции по подаче заполненной формы содержатся в части 5.

### Нужно ли заверить форму у нотариуса?

Подпись жителей штата Вашингтон в форме «Распоряжение о принятии медицинских решений (прижизненное волеизъявление)», должны засвидетельствовать два человека ИЛИ должен удостоверить нотариус.

См. требования к засвидетельствованию, включенные в форму «Распоряжение о принятии медицинских решений (прижизненное волеизъявление)», на странице 14.

## ЧАСТЬ 4. Заполнение формы «Переносимые распоряжения по искусственному поддержанию жизни (Portable Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)»

Переносимые распоряжения по искусственному поддержанию жизни (Portable Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST) — форма, которую вы заполняете вместе с квалифицированным поставщиком услуг здравоохранения и которая содержит указания определенным людям (например, врачам в больнице и парамедикам в машине скорой помощи) относительно того, какое медицинское обслуживание вы хотите получить в случае тяжелого заболевания или травмы.

POLST — это набор медицинских распоряжений, утвержденных квалифицированным поставщиком услуг здравоохранения. В такой форме перечислены виды искусственного поддержания жизни, которые вы хотите или не хотите использовать в конце жизни.

**В форме POLST фиксируется следующая информация:**

- ваши заболевания;
- ваши предпочтения в отношении:
  - СЛР, если ваше сердце не бьется и вы не дышите;
  - использования искусственно вводимых жидкостей и питания.

**Форма POLST заполняется добровольно, и ее предназначение заключается в следующем:**

- помогать вам и квалифицированному поставщику услуг здравоохранения обсуждать и разрабатывать планы, соответствующие вашим пожеланиям;
- помогать врачам, медсестрам, медицинским учреждениям и работникам скорой помощи в исполнении ваших пожеланий относительно искусственного поддержания жизни;
- определять подходящие процедуры, которые должен применять персонал служб неотложной медицинской помощи.

**Часто задаваемые вопросы о форме POLST**

- **Нужно ли подписывать форму POLST?** Да. Чтобы эта ярко-зеленая форма была распоряжением, которое понимают и выполняют профессиональные работники здравоохранения, ее должны подписать врач (доктор медицины [Medical Doctor, MD] или остеопатии [Doctor of Osteopathic Medicine, DO]), практикующая медсестра либо дипломированный ассистент врача (Physician Assistant-Certified, PA-C).



- Если у меня есть подписанная форма POLST, нужно ли мне также составить заблаговременное распоряжение? Да, мы рекомендуем вам также составить заблаговременное распоряжение, хотя это необязательно. Если вам нужна дополнительная информация о заблаговременных распоряжениях, поговорите с поставщиком услуг здравоохранения.
- Что делать, если мой близкий больше не может сообщить о своих пожеланиях относительно лечения? Если вы доверенное лицо по медико-санитарной помощи, которое для себя назначил ваш близкий, вы можете говорить от его имени. Квалифицированный поставщик услуг здравоохранения может заполнить форму POLST, исходя из вашего понимания желаний вашего близкого.
- Где используется форма POLST? Заполненная

форма POLST — форма медицинского предписания, которая остается с вами при перемещении между местами медицинского обслуживания, где бы вы ни находились — дома, в больнице или в учреждении долгосрочного ухода.

- Где хранится форма POLST? Если вы живете дома, вы должны хранить оригинальную ярко-зеленую форму POLST в таком месте, где ее могут легко увидеть люди, входящие в ваш дом (например, спереди холодильника, на двери спальни, на прикроватной тумбочке или в аптечке). Если вы живете в учреждении долгосрочного ухода, форма POLST может храниться в вашей медицинской карте вместе с другими медицинскими распоряжениями.
- Как получить копию формы POLST? Попросите форму POLST у своего врача или другого поставщика услуг здравоохранения.

## ЧАСТЬ 5. Передача форм заблаговременных распоряжений

После заполнения всех полей и подписания необходимыми подписями или нотариального заверения формы «Распоряжение о принятии медицинских решений (прижизненное волеизъявление)» и «Доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным» становятся юридическими документами.

Сохраните оригинальные документы для себя. Сделайте копии для родственников или других лиц, которых могут попросить принять решения от вашего имени, включая ваше доверенное лицо по вопросам медико-санитарной помощи и вашего личного адвоката.

Кроме того, формы должны быть внесены в вашу медицинскую карту в Kaiser Permanente. Для этого можно сделать следующее.

- Отправить по почте одну (1) копию каждой формы на следующий адрес:

Kaiser Permanente Advance Directives  
Registry  
Mailstop ACN-AC3  
P.O. Box 204  
Spokane, WA 99210-0204

ИЛИ

- Отправить копии по электронной почте на адрес [kradvancedirectives@kp.org](mailto:kradvancedirectives@kp.org) или по факсу на номер 509-434-3185

ИЛИ

- Передать копии лечащей бригаде.

После внесения форм в вашу медицинскую карту у врачей Kaiser Permanente будет круглосуточный доступ к ним. Если вы хотите проверить, внесены ли формы в медицинскую карту, позвоните в Реестр заблаговременных распоряжений в Kaiser Permanente по номеру 1-877-850-9445.

### Принятие решений, не указанных в формах

Если вы хотите принять в отношении медико-санитарной помощи решения, не указанные в формах:

- напишите свои решения на листе бумаги;
- храните такие листы вместе с другими формами заблаговременных распоряжений;
- расскажите о своих решениях людям, которые о вас заботятся.

### Редактирование или обновление форм

Если вы хотите внести изменения в свои заблаговременные распоряжения, сначала сообщите об этом людям, которые о вас заботятся. Затем после внесения изменений в формы разошлите их копии доверенному лицу по вопросам медико-санитарной помощи, родственникам и близким, а также Kaiser Permanente, как вы это сделали в первый раз. Попросите уничтожить предыдущие версии. Примечание. Любые изменения в POLST должны сопровождаться подписью квалифицированного поставщика услуг здравоохранения.

## ЧАСТЬ 6. Материалы, которые могут пригодиться при составлении форм заблаговременных распоряжений

### **Программа Kaiser Permanente Washington**

**«Планирование в вопросах здоровья и жизни»**

1-866-458-5276

Электронный адрес: [kpwa.lifecareplanning@kp.org](mailto:kpwa.lifecareplanning@kp.org)

Проведение бесплатных двухчасовых семинаров по заблаговременным распоряжениям в различных центрах Kaiser Permanente.

### **Горячая линия Kaiser Permanente Washington по предоставлению доступа к ресурсам**

1-800-992-2279

Электронный адрес: [KPWA.resource-L@kp.org](mailto:KPWA.resource-L@kp.org)

Предоставление форм «Доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным» и «Распоряжение о принятии медицинских решений (прижизненное волеизъявление)».

ТОЛЬКО В ОКРУГЕ КИНГ: предоставление контактной информации волонтеров программы Senior Rights Assistance, которые могут поговорить с вами о заполнении форм заблаговременных распоряжений.

### **Реестр заблаговременных распоряжений в Kaiser Permanente Washington**

1-877-850-9445

Помощь в сканировании заблаговременных распоряжений и внесении их в медицинскую карту.

### **Медико-санитарные услуги, паллиативная медицинская помощь и услуги хосписа на дому Kaiser Permanente Washington**

1-800-332-5735

Лечение на дому при необходимости в услугах по реабилитационному уходу или паллиативной помощи на поздних стадиях заболеваний.

### **Медицинская ассоциация штата Вашингтон**

206-441-9762 (район Сиэтла)

1-800-552-0612

Предоставление форм «Доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным» и «Распоряжение о принятии медицинских решений (прижизненное волеизъявление)».

### **LifeCenter Northwest**

1-877-275-5269

[www.lcnw.org](http://www.lcnw.org)

Предоставление информации о донорстве органов и тканей.

### **Служба направления к адвокатам Коллегии адвокатов штата Вашингтон**

1-800-945-9722

Предоставление номера ближайшей службы направления к адвокатам в вашем районе.

### **Департамент социального обеспечения и здравоохранения штата Вашингтон**

[www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/legal-planning](http://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/legal-planning)

Предоставление информации и материалов о заблаговременных распоряжениях.

## ТАБЛИЦА ЦЕННОСТЕЙ

Ниже приведены вопросы, над которыми нужно подумать, когда вы принимаете решения и готовите документы для выражения своих пожеланий в отношении медико-санитарной помощи. Вы можете записать свои ответы и передать копии родственникам и поставщикам услуг здравоохранения или просто прочитать вопросы для размышлений и обсуждения.

Насколько важно для вас приведенное ниже?	ОЧЕНЬ ВАЖНО			→	НЕ ВАЖНО	
Не нарушать естественный ход событий	4	3	2	1	0	
Сохранить качество жизни	4	3	2	1	0	
Сохранить верность духовным убеждениям и традициям	4	3	2	1	0	
Прожить как можно дольше независимо от качества жизни	4	3	2	1	0	
Ни от кого (чего) не зависеть	4	3	2	1	0	
Чувствовать себя комфортно и по возможности не испытывать боль	4	3	2	1	0	
Оставить хорошие воспоминания родственникам и друзьям	4	3	2	1	0	
Сделать вклад в медицинские исследования или обучение	4	3	2	1	0	
Обладать возможностью понимать чувства родственников и друзей	4	3	2	1	0	
Не испытывать физических ограничений	4	3	2	1	0	
Обладать ясным разумом и дееспособностью	4	3	2	1	0	
Обладать возможностью оставить деньги родственникам, друзьям, на благотворительность	4	3	2	1	0	
Умереть быстро, а не угасать медленно	4	3	2	1	0	
Не тратить деньги на дорогостоящее лечение	4	3	2	1	0	

Что будет для вас важно, когда вы будете умирать (например, физический комфорт, отсутствие боли, присутствие родственников и т. д.)?

---

---

---

Как вы относитесь к использованию процедур по искусственному поддержанию жизни в случае смертельной болезни? Перманентной комы? Необратимого хронического заболевания или инвалидности (например, болезни Альцгеймера)?

---

---

Вы всегда хотите знать факты о своем состоянии, даже если они могут быть вам неприятны?

---

---

Испытываете ли вы сильные чувства по поводу определенных методов лечения? Некоторые методы лечения, в отношении которых вы должны принять решение: механическое дыхание (дыхательный аппарат), СЛР (сердечно-легочная реанимация), искусственное питание и гидратация (ввод питания и жидкости через трубку в венах, носу или желудке), антибиотики, диализ почек, интенсивная терапия в больнице, обезболивающие, химиотерапия или лучевая терапия и хирургическая операция.

---

---

Изменяются ли ваши чувства в отношении этих методов лечения в зависимости от состояния вашего здоровья и прогноза? Хотите ли вы отказаться от определенных методов лечения только при неизбежности смерти или также тогда, когда вы, вероятно, останетесь недееспособными? Хотите ли вы отказаться от определенных методов лечения, если они только продлят умирание, но примите ли вы их, если они облегчат боль?

---

---

Какие ограничения вашего физического и психического здоровья повлияют на решения, которые вы примете в отношении медико-санитарной помощи?

---

---

Хотите ли вы, чтобы при принятии решений о лечении учитывались финансы?

---

---

Хотите ли вы, чтобы вас поместили в центр сестринского ухода?

---

---

Хотите ли вы получать вместо госпитализации услуги хосписа, чтобы вам было комфортно дома в конце жизни?

---

---

Хотите ли вы участвовать в принятии решений относительно предоставляемых вам медико-санитарной помощи и лечения?

---

---

Хотите ли вы стать донором органов в момент смерти?

---

---

**ДОВЕРЕННОСТЬ ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ, ДЕЙСТВИЕ КОТОРОЙ НЕ ПРЕКРАЩАЕТСЯ  
ВСЛЕДСТВИЕ ПРИЗНАНИЯ ДОВЕРИТЕЛЯ НЕДЕЕСПОСОБНЫМ**

Это заблаговременное распоряжение, доверенность по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным, позволяет указать человека, который принимает решения о медико-санитарной помощи за вас, когда вы не можете делать это самостоятельно. Этот человек — доверенное лицо по вопросам медико-санитарной помощи. Форма соответствует требованиям законодательства штата Вашингтон.

**Информация о себе**

Ф. И. О.: \_\_\_\_\_ Номер медицинской карты: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(дд.мм.гггг)

**МОИ ДОВЕРЕННЫЕ ЛИЦА ПО ВОПРОСАМ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

**Человек, которого я назначаю своим доверенным лицом по вопросам медико-санитарной помощи:**

Ф. И. О.: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Адрес, город, штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

**Если человек, указанный выше, не может или не желает выполнять свои функции либо с ним невозможно связаться при приложении разумных усилий, я предоставляю эти полномочия следующему установленному доверенному лицу по вопросам медико-санитарной помощи, указанному ниже:**

**Первое запасное**

Ф. И. О.: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Адрес, город, штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

**Второе запасное**

Ф. И. О.: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Адрес, город, штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

**ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ ДОВЕРЕННОМУ ЛИЦУ ПО ВОПРОСАМ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

**Заявление об общих полномочиях своего доверенного лица по вопросам медико-санитарной помощи:** мое доверенное лицо по вопросам медико-санитарной помощи обладает определенными полномочиями давать согласие на лечение, когда я не могу самостоятельно принимать решения. Мое доверенное лицо по вопросам медико-санитарной помощи уполномочено выполнять мои пожелания в отношении процедур искусственного поддержания жизни, таких как кормление через зонд для искусственного питания, СЛР, использование дыхательного аппарата и диализ почек. Это включает согласие на начало, продолжение или прекращение лечения. Этот документ дает человеку, которого вы назначаете своим доверенным лицом по вопросам медико-санитарной помощи, полномочия принимать решения о медико-санитарной помощи за вас и вступает в силу, только если вы утрачиваете способность самостоятельно взвешенно принимать такие решения. Пока у вас есть возможность самостоятельно принимать взвешенные решения о медико-санитарной помощи, вы сохраняете за собой право принимать все решения о медицинском обслуживании и других вопросах, связанных со здравоохранением. К этой форме можно приложить ваши пожелания относительно лечения. При необходимости вы можете указать в этом документе конкретные ограничения полномочий доверенного лица по принятию решений о медико-санитарной помощи.

**Я подтверждаю, что:** я понимаю важность и значение этой доверенности по вопросам медицинского обслуживания, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным (Durable Power of Attorney for Health Care, DPOA-HC). Эта форма отражает мои решения в отношении доверенного лица по вопросам медико-санитарной помощи. Форма заполнена по моей воле. Я ясно мыслю. Я понимаю, что могу в любой момент передумать. Я понимаю, что могу заменить эту форму в любое время, в результате чего будет аннулирована любая предыдущая



Ф. И. О.:

Номер медицинской карты:

Дата рождения:

/ /

доверенность DPOA-НС. Я хочу, чтобы эта доверенность DPOA-НС вступила в силу, если выбранный мной врач или назначенное мной лицо определит, что я не в состоянии самостоятельно принимать решения о медико-санитарной помощи. Это распоряжение действует до прекращения моей недееспособности.

**Чтобы эта форма была юридически действительной, она должна подписываться мной в присутствии двух свидетелей ИЛИ нотариуса.**

Моя подпись:

Дата:

## ТРЕБОВАНИЕ ПРИСУТСТВИЯ СВИДЕТЕЛЕЙ ИЛИ НОТАРИУСА

Без подписей свидетелей или нотариального заверения эта форма не обладает юридической силой.

### Вариант 1. Два свидетеля

Требования к свидетелям:

- должны быть не младше 18 лет и обладать дееспособностью;
- не должны быть связаны с вами или вашим доверенным лицом по вопросам медико-санитарной помощи узамы родства (по крови, через брак или зарегистрированное сожительство);
- не должны быть вашим поставщиком услуг по уходу на дому, в доме семейного типа для взрослых или учреждении долговременного ухода, где вы проживаете.

**Свидетельское подтверждение:** я заявляю, что соответствую правилам для того, чтобы быть свидетелем.

Подпись свидетеля № 1:

Дата:

Ф. И. О. печатными буквами:

Подпись свидетеля № 2:

Дата:

Ф. И. О. печатными буквами:

### Вариант 2. Нотариус

Штат Вашингтон )

)

Округ \_\_\_\_\_ )

Эту подпись подтвердило в моем присутствии \_\_\_\_\_ (число)

следующее лицо (Ф. И. О. лица):

Подпись:

Должность:

Дата истечения срока действия:

### Kaiser Foundation Health Plan of Washington

Эта юридическая форма — одна из многих общедоступных версий. Она не должна рассматриваться как юридическая консультация. Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь, обратитесь к юрисконсульту. (08-2021)

## РАСПОРЯЖЕНИЕ О ПРИНЯТИИ МЕДИЦИНСКИХ РЕШЕНИЙ (ПРИЖИЗНЕННОЕ ВОЛЕИЗЪЯВЛЕНИЕ)

Ф. И. О.:

Номер медицинской карты:

Дата рождения:                    /            /

Распоряжение составлено \_\_\_\_\_ (число) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ .  
(год)

Я, \_\_\_\_\_ будучи в здравом уме, сознательно и добровольно заявляю о своем желании, чтобы мое умирание не продлевалось искусственно при обстоятельствах, изложенных ниже, и настоящим заявляю о следующем.

(А) Если в какой-либо момент у меня будет неизлечимое и необратимое состояние, признанное моим лечащим врачом как смертельное, и поддержание жизни будет только искусственно продлевать умирание, я распоряжаюсь, чтобы в таком лечении было отказано или оно было отменено и чтобы мне позволили умереть естественной смертью. Я понимаю, что выражение «смертельное состояние» означает вызванное травмой или заболеванием неизлечимое и необратимое состояние, которое, по разумно обоснованному медицинскому заключению, может привести к смерти в течение разумно обоснованного периода времени в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.

(Б) Если я нахожусь в необратимой коме, персистирующем вегетативном состоянии или другом перманентном бессознательном состоянии, подтвержденном двумя врачами, и эти врачи считают, что разумно обоснованной вероятности выйти из такого состояния нет, я распоряжаюсь, чтобы в искусственном поддержании жизни было отказано или оно было отменено.

(В) Если согласно диагнозу я нахожусь в смертельном или перманентном бессознательном состоянии, [выберите подходящий вариант]

\_\_\_ я ХОЧУ, чтобы мне искусственно вводили питание и жидкости.

\_\_\_ я НЕ ХОЧУ, чтобы мне искусственно вводили питание и жидкости.

Я понимаю, что искусственный ввод питания и жидкостей при определенных обстоятельствах — форма поддержания жизни. Я прошу всех поставщиков услуг здравоохранения, которые ухаживают за мной, выполнять это распоряжение.

(Г) При отсутствии у меня возможности давать указания относительно искусственного поддержания жизни я намеренно прошу, чтобы мои родственники, врачи и другие поставщики услуг здравоохранения, а также любые другие лица, назначенные мной для принятия решений за меня, будь то по доверенности, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным, или на другом основании, выполняли это распоряжение как окончательное выражение моего основополагающего права на отказ от медицинского или хирургического лечения. Я принимаю последствия такого отказа.

(Д) Если у меня определили беременность и это известно моему врачу, распоряжение не будет действовать в течение моей беременности.

(Е) Я понимаю весь смысл этого распоряжения и нахожусь в адекватном эмоциональном и психическом состоянии для его составления. Я также понимаю, что могу изменить или отозвать это распоряжение в любое время.

(Ё) Я даю относительно лечения следующие дополнительные распоряжения:

---

---

---

На следующей странице нужны *моя подпись и подпись нотариуса или двух свидетелей*

Ф. И. О.:

Номер медицинской карты:

Дата рождения:

/ /

**Чтобы эта форма была юридически действительной, она должна подписываться мной в присутствии двух свидетелей ИЛИ нотариуса.**

**Моя подпись:**

## ТРЕБОВАНИЕ ПРИСУТСТВИЯ СВИДЕТЕЛЕЙ ИЛИ НОТАРИУСА

Без подписей свидетелей или нотариального заверения эта форма не обладает юридической силой.

### Вариант 1. Два свидетеля

Требования к свидетелям:

- должны быть не младше 18 лет и обладать дееспособностью;
- не должны быть связаны с вами или вашим доверенным лицом по вопросам медико-санитарной помощи узам родства (по крови, через брак или зарегистрированное сожительство);
- не должны быть вашим поставщиком услуг по уходу на дому, в доме семейного типа для взрослых или учреждении долговременного ухода, где вы проживаете;
- не должны быть лицом, которое во время подписания распоряжения претендует на какую-либо часть имущества заявителя в случае его смерти.

**Свидетельское подтверждение:** я заявляю, что соответствую правилам для того, чтобы быть свидетелем.

**Подпись** свидетеля № 1:

Дата:

Ф. И. О. печатными буквами:

**Подпись** свидетеля № 2:

Дата:

Ф. И. О. печатными буквами:

### Вариант 2. Нотариус

Штат Вашингтон )

)

Округ \_\_\_\_\_ )

)

Эту подпись подтвердило в моем присутствии \_\_\_\_\_ (число)

следующее лицо (Ф. И. О. лица):

Подпись:

Должность:

Дата истечения срока действия:

### Kaiser Foundation Health Plan of Washington

Эта юридическая форма — одна из многих общедоступных версий. Она не должна рассматриваться как юридическая консультация. Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь, обратитесь к юрисконсульту. (08-2021)









