

Заблаговременное распоряжение о принятии медицинских решений (Advance Health Care Directive)

Штат Калифорния

Планирование в вопросах здоровья и жизни:

ценности, предпочтения, медицинское обслуживание

kp.org/lifecareplan

Обязательно заполните настоящий документ.

1. Подпишите и укажите дату в соответствующих полях.
2. Заверьте документ со свидетелем или нотариусом. Ваше доверенное лицо по медицинским вопросам (доверенное лицо, уполномоченное принимать медицинские решения) **не может** поставить подпись в качестве свидетеля.
3. Не забудьте вернуть **копию** в компанию Kaiser Permanente, а также направить **копию** своему доверенному лицу по медицинским вопросам.
Оригинал формы остается у Вас.

Заблаговременное распоряжение о принятии медицинских решений (Advance Health Care Directive)

Что представляет собой
заблаговременное распоряжение о принятии медицинских решений?

Заблаговременное распоряжение о принятии медицинских решений (Advance Health Care Directive, АНCD) — это юридический документ, содержащий указания для Ваших лечащих бригад о том, что делать, если Вы не можете принимать решения по медицинским вопросам самостоятельно.

АНCD позволяет Вам:

- выбрать доверенное лицо по медицинским вопросам (доверенное лицо, уполномоченное принимать медицинские решения) в целях принятия медицинских решений от Вашего имени, если Вы не можете сделать это самостоятельно, И (ИЛИ)
- указать свои ценности, убеждения и предпочтения в отношении медицинского обслуживания.

АНCD предоставляет Вашему доверенному лицу по медицинским вопросам (доверенному лицу, уполномоченному принимать медицинские решения) и Вашей лечащей бригаде руководство по разработке плана лечения для Вас. Оно **НЕ сообщает сотрудникам службы неотложной медицинской помощи информацию о предпочтительном для Вас лечении в экстренной ситуации.**

Вы можете изменить ЛЮБЫЕ предпочтения в своем АНCD в любой момент времени. Для этого необходимо оформить новый документ. Настоящее новое АНCD заменяет любое АНCD, заполненное Вами ранее.

Почему важно
заполнить АНCD?

Вы имеете право указать свои предпочтения касательно предоставляемой Вам медико-санитарной помощи. В настоящем документе содержатся инструкции для Вашего доверенного лица по медицинским вопросам (доверенного лица, уполномоченного принимать медицинские решения) и врачей по оказанию Вам надлежащей медицинской помощи.

Распоряжение также дает повод задуматься о том, что для Вас означает качество жизни и как Ваши предпочтения могут повлиять на Ваших близких. **Заполняя настоящий документ, по возможности обсуждайте его со своими близкими, чтобы избежать недопонимания и разногласий в отношении Ваших предпочтений.**

Для кого
предназначено
АНCD?

Совершеннолетнему лицу (старше 18 лет), находящемуся в здравом уме, стоит рассмотреть вопрос о заполнении заблаговременного распоряжения о принятии медицинских решений, независимо от своего состояния здоровья.

Прочие ссылки

Планирование в вопросах здоровья и жизни:
ценности, предпочтения, медицинское обслуживание

kp.org/lifecareplan

Ф. И. О. (Full Name): _____

Номер медицинской карты (Medical Record #): _____

Какая информация содержится в данном документе?

Вы можете указывать информацию в настоящем документе в таком объеме, в каком захотите.

Если Вы решите не заполнять какой-то раздел, просто перечеркните страницу и поставьте на ней свою подпись. Это будет означать, что страница намеренно оставлена пустой.

Часть 5 требуется для вступления настоящего документа в законную силу в штате Калифорния.

Кому принадлежит заблаговременное распоряжение о принятии медицинских решений

Заблаговременное распоряжение о принятии медицинских решений (AHCD) компании Kaiser Permanente содержит пять частей, в том числе информацию о том, как оформить его в качестве юридического документа.

Часть 1. Выбор моего доверенного лица (лиц) по медицинским вопросам (доверенных лиц, уполномоченных принимать медицинские решения)

Здесь Вы можете указать лицо, которое будет принимать решения по медицинским вопросам от Вашего имени в ситуациях, когда Вы не сможете принимать такие решения самостоятельно.

Часть 2. Мои взгляды и убеждения

Дает возможность поразмыслить о том, что для Вас означает качество и смысл жизни. Рекомендуем заполнить данный раздел, так как он поможет Вам тщательно обдумать остальную часть документа.

Часть 3. Выбор предпочтений в отношении медицинского обслуживания

Предоставляет возможность задокументировать свои предпочтения в отношении медицинского обслуживания в ситуациях, когда Вы не сможете принимать медицинские решения самостоятельно по причине травмы или заболевания.

Часть 4. Мои пожелания после смерти

Позволяет Вам сообщить любые пожелания после смерти, включая донорство органов, пожелания в отношении похорон и т. д.

Часть 5. Оформление в качестве юридического документа

После заполнения данного раздела настоящий документ будет иметь законную силу в штате Калифорния.

Настоящий документ также включает контрольный список, который поможет Вам передать свои предпочтения компании Kaiser Permanente и другим лицам.

Ф. И. О. (Full name)

Номер медицинской карты (Medical Record number) Дата рождения (Date of birth)

Почтовый адрес (Mailing address)

Город (City)

Штат (State)

Почтовый индекс (Zip code)

Основной номер телефона
(Primary phone)

Дополнительный номер телефона
(Secondary phone)

Адрес электронной почты (Email)

Выбор моего доверенного лица (лиц) по медицинским вопросам (доверенного лица, уполномоченного принимать медицинские решения) (Choosing My Health Care Agent[s] [Decision Maker])

В данном разделе нужно указать имя человека, которому я доверяю принимать медицинские решения от моего имени в ситуациях, когда я не смогу принимать такие решения самостоятельно.

Часть 1

Выбор доверенного лица по медицинским вопросам также означает предоставление такому лицу информации о Ваших ценностях и убеждениях, о предпочтениях в отношении медицинского обслуживания в случае неспособности принимать медицинские решения самостоятельно.

Если мой поставщик услуг здравоохранения установит, что я не в состоянии самостоятельно принимать решения касательно своего лечения, в настоящей форме указано (-ы) лицо (-а), которое (-ых) я выбираю для принятия медицинских решений от моего имени.

Мое доверенное лицо по медицинским вопросам (доверенное лицо, уполномоченное принимать медицинские решения) будет принимать медицинские решения от моего имени на основании моих предпочтений, о которых я сообщил (-а) ему ранее, или в моих интересах, опираясь на понимание доверенным лицом моих жизненных ценностей и убеждений.

Примечание. Поговорите со своим доверенным лицом о том, что для Вас важнее всего, и убедитесь, что оно сможет выполнить Ваши пожелания. Обязательно сообщите своим близким о том, кого Вы выбрали своим доверенным лицом.

Кого мне следует выбрать в качестве своего доверенного лица по медицинским вопросам?

При выборе доверенного лица по медицинским вопросам рассмотрите кандидатуру близкого Вам человека, который способен принимать сложные решения в трудную минуту. В соответствии с законодательством Вашим доверенным лицом не может быть Ваш врач или другой профессиональный работник здравоохранения, который предоставляет Вам медицинское обслуживание в составе Вашей лечащей бригады.

Вы не можете предвидеть все ситуации, связанные с предоставлением медицинского обслуживания. Вашему доверенному лицу придется принимать медицинские решения в конкретных жизненных ситуациях на основе предоставленной лечащей бригадой информации. Обсудив со своим доверенным лицом свои предпочтения в отношении медицинского обслуживания, которое Вы хотели бы или не хотели бы получать, Вы достигнете взаимопонимания и обретете душевное спокойствие.

Иногда супруг (супруга) или член семьи — лучший выбор, но *не всегда*. Вам виднее.

Ф. И. О. (Full Name): _____

Номер медицинской карты (Medical Record #): _____

Надежное доверенное лицо по медицинским вопросам — это человек, который:

- желает быть Вашим доверенным лицом по медицинским вопросам и может выступить в этой роли;
- хорошо знаком с Вашими ценностями и убеждениями;
- готов уважать и представлять Ваши предпочтения, даже если они отличаются от его собственных;
- не побоится задавать вопросы и говорить от Вашего имени, даже если это будет противоречить привычкам или желаниям близких людей;
- способен принимать решения в стрессовых ситуациях;
- будет время от времени интересоваться Вашими предпочтениями, чтобы узнать, не передумали ли Вы.

Примечание. Вашим доверенным лицом по медицинским вопросам может быть *тот же человек*, которого Вы выбрали бы в качестве контактного лица для экстренных ситуаций, или же *другой человек*

Данная форма не уполномочивает Ваше доверенное лицо принимать за Вас финансовые или другие деловые решения.

Поговорите со своим **доверенным лицом** о том, какого рода обязанности оно может взять на себя. Воспользуйтесь вопросами из **части 2** для ориентира в беседе.

Мое доверенное лицо по медицинским вопросам может принимать за меня **ВСЕ** медицинские решения, если я не в состоянии принимать их самостоятельно. **Если я не ограничу полномочия своего доверенного лица, оно может принимать за меня перечисленные ниже решения.**

- Отвечать **да/нет** на вопросы о применении лекарственных препаратов, проведении обследований, анализов и лечения. Выбирать или менять поставщиков услуг здравоохранения и решать, где я буду получать медицинское обслуживание.
- **Начинать, не начинать или прекращать** все виды вмешательств по искусственному поддержанию жизненных функций для сохранения моей жизни.
- Отдавать необходимые распоряжения и принимать решения о том, что произойдет с моим телом после смерти (включая вскрытие, донорство органов, захоронение и (или) кремацию останков).

Выбор основного доверенного лица по медицинским вопросам

Я выбираю приведенное далее лицо в качестве своего основного (главного) доверенного лица по медицинским вопросам для принятия медицинских решений от моего имени, если я не смогу принимать их самостоятельно.

Ф. И. О. (Full Name): _____

Номер медицинской карты (Medical Record #): _____

**Мое основное (главное) доверенное лицо по °медицинским вопросам
(My Primary [main] health care agent)**

Ф. И. О. (Full name)

Кем приходится (Relationship)

Почтовый адрес (Mailing address)

Город (City)

Штат (State)

Почтовый индекс (Zip code)

Основной номер телефона
(Primary phone)

Дополнительный номер телефона
(Secondary phone)

Адрес электронной почты (Email)

Полномочия моего доверенного лица вступают в силу с момента установления врачом моей неспособности самостоятельно принимать медицинские решения.

Отметьте нужный вариант «X». (Please mark an “X” to select one of the following)

- Я понимаю, что мое доверенное лицо приступит к выполнению своих обязанностей, когда я уже буду **не в состоянии** самостоятельно принимать решения, и соглашаюсь с этим. **ИЛИ** (I understand and accept that my agent will become active when I can **no longer** make my own decisions, OR)
- Я хочу, чтобы мое доверенное лицо начало принимать решения от моего имени **немедленно**, несмотря на то, что в настоящее время я в состоянии самостоятельно принимать решения. (I prefer that my agent make decisions on my behalf **immediately**, even though I am currently able to make my own decisions)

Примечание. Если Вашим доверенным лицом является супруг (супруга) или сожитель, назначение доверенного лица будет аннулировано в случае расторжения или аннулирования брака или гражданского брака. (**Note:** If your agent is a spouse or domestic partner, the agent designation is revoked in the event of a dissolution, annulment, or termination of the marriage or domestic partnership)

Ф. И. О. (Full Name): _____

Номер медицинской карты (Medical Record #): _____

Первое и второе альтернативное доверенное лицо по медицинским вопросам

Данный раздел рекомендуется, но не является обязательным к заполнению. Если никто не приходит ум, переходите к следующему разделу.

Если мое основное доверенное лицо по медицинским вопросам не хочет, не может или в силу весомых обстоятельств не имеет возможности принимать медицинские решения от моего имени, я выбираю приведенных далее лиц в качестве своего первого и второго альтернативных доверенных лиц.

Первое альтернативное доверенное лицо по медицинским вопросам (First Alternate health care agent)

Ф. И. О. (Full name)

Кем приходится (Relationship)

Почтовый адрес (Mailing address)

Город (City)

Штат (State)

Почтовый индекс (Zip code)

Основной номер телефона (Primary phone)

Дополнительный номер телефона (Secondary phone)

Адрес электронной почты (Email)

Второе альтернативное доверенное лицо по медицинским вопросам (Second Alternate health care agent)

Ф. И. О. (Full name)

Кем приходится (Relationship)

Почтовый адрес (Mailing address)

Город (City)

Штат (State)

Почтовый индекс (Zip code)

Основной номер телефона (Primary phone)

Дополнительный номер телефона (Secondary phone)

Адрес электронной почты (Email)

Ф. И. О. (Full Name): _____

Номер медицинской карты (Medical Record #): _____

Ограничения полномочий доверенного лица по медицинским вопросам.

Если я хочу ограничить полномочия своего доверенного лица по медицинским вопросам, ниже я укажу медицинские решения, которые **НЕ ДОЛЖНО** принимать мое доверенное лицо.

(If I wish to limit my health care agent's authority, I will write below what health care decisions **I DO NOT** want my agent to make)

Если ничего не приходит на ум в отношении какого-либо из этих утверждений, переходите к следующему разделу.

Ниже я также укажу имена людей, если таковые имеются, которые **НЕ ДОЛЖНЫ** принимать медицинские решения от моего имени.

(I will also write below the names of any individuals, if any, who **I DO NOT** want to make health care decisions for me)

Мои взгляды и убеждения (My Values & Beliefs)

Данный раздел дает мне возможность поразмыслить о том, что для меня означают качество жизни и благополучие. Данный раздел послужит основой для моих ответов на вопросы в остальной части настоящего документа.

Часть 2

В разделе **Мои взгляды и убеждения** Вы можете указать, что для Вас важнее всего в жизни. Не торопитесь с ответами на эти вопросы, они помогут Вам обдумать **часть 3** настоящего документа.

Чтобы заблаговременно принять решения о медицинском обслуживании, которые отвечают Вашим взглядам, нужно хорошенько подумать и понять, что имеет для Вас первостепенное значение. Также важно, чтобы доверенное лицо по медицинским вопросам (доверенное лицо, уполномоченное принимать медицинские решения) понимало Ваши ценности и приоритеты.

Я расскажу кое-что о себе (например, что для меня самое важное в жизни, что для меня означает благополучие и какие способности я ценю). Также я расскажу о том, как мое мировоззрение может повлиять на мое медицинское обслуживание. (I will share some things about myself, such as what is most important in my life, what living well means to me, and what abilities I value. I will also share how my belief system may influence my health care.)

Отметьте все пункты, с которыми Вы согласны, и запишите другие свои мысли в поле внизу. (Check all that apply and use the space below to describe more.)

1. Для благополучной жизни мне важны приведенные далее вещи. (For me to live well, the following matter most to me:)

- Проводить время с близкими людьми и поддерживать с ними теплые отношения (Spending time and connecting with loved ones)
- Самостоятельно принимать решения (Making my own decisions)
- Осмысленно общаться (Communicating meaningfully)
- Вести активный образ жизни (Being physically active)
- Узнавать друзей и членов семьи (Recognizing friends and family)
- Быть социально активным (Being socially active)
- Жить независимо (Living independently)
- Питаться без посторонней помощи (Feeding myself without assistance)
- Заботиться о личной гигиене (самостоятельно купаться, одеваться) (Taking care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- Жить в своем доме (Living in my home)
- Работать и (или) заниматься волонтерством (Working and/or volunteering)
- Заниматься своими хобби или увлечениями (Participating in hobbies or interests)
- Следовать своим духовным и (или) религиозным убеждениям (Honoring my spiritual beliefs and/or religion)
- Другое (расскажите ниже) (Other [say more below])

Еще для меня важно... (It also matters to me that...)

Ф. И. О. (Full Name): _____

Номер медицинской карты (Medical Record #): _____

2. ВОТ ПОЧЕМУ для меня так важны аспекты, отмеченные в вопросе 1. Я расскажу еще немного о том, что наделяет мою жизнь смыслом. (This is WHY the choices I made in Question 1 matter to me. I will also share additional thoughts about what brings meaning to my life.)

Подумайте о том, что Вы цените больше всего. Что для Вас означает качество жизни? Эти вопросы могут показаться сложными, но **Вы уже знаете больше чем думаете.**

Почему эти вещи важны для Вас? (Why are these important to you?)

Отвечайте, только если это имеет к Вам отношение.

3. Как моя культура, духовные и (или) религиозные убеждения и мировоззрение влияют на мои медицинские решения? Насколько это важно для меня? (How does my culture, spirituality, religion, and/or belief system influence my health care decisions? How important is this to me?)

Для меня важно, чтобы... (It is important to me that...)

Выбор предпочтений в отношении медицинского обслуживания (Choosing My Health Care Preferences)

В настоящем разделе наряду с **частью 2 «Мои взгляды и убеждения»** описаны мои предпочтения, которыми будут руководствоваться **мои врачи и доверенное лицо по медицинским вопросам** при принятии медицинских решений от моего имени, если я не смогу самостоятельно принимать медицинские решения, **И** решения по искусственному поддержанию жизненных функций для сохранения моей жизни.

Часть 3

Выбирать предпочтения в отношении медицинского обслуживания может быть неприятно, но это важно сделать, пока Вы здоровы.

В настоящем документе описаны мои предпочтения в отношении медицинского обслуживания.

Если в период, когда я не могу самостоятельно принимать медицинские решения, возникнет необходимость в искусственном поддержании жизненных функций для сохранения моей жизни, я прошу свое доверенное лицо по медицинским вопросам сообщить врачам мои предпочтения в отношении медицинского обслуживания, перечисленные ниже.

Я понимаю, что решения будут приниматься совместно с моими врачами и лечащей бригадой, которые будут учитывать мои ценности и убеждения, предпочтения в отношении медицинского обслуживания и состояние моего здоровья на момент принятия решения.

Примечание. Если Вы укажете свои предпочтения в отношении медицинского обслуживания в настоящем распоряжении, Ваше доверенное лицо по медицинским вопросам и врачи смогут принимать решения, основываясь на Ваших указаниях, а не на догадках, предположениях или попытках вспомнить. Обсудите свои предпочтения, ценности и убеждения со своим доверенным лицом и врачами.

Что означают вмешательства для искусственного поддержания жизненных функций?

Искусственное поддержание жизненных функций подразумевает проведение медицинских процедур, применение медицинских изделий или введение лекарственных препаратов в целях сохранения моей жизни.

Такие вмешательства могут оказаться эффективными или не сработать; они не лечат основное заболевание или причину заболевания.

Искусственное поддержание жизненных функций включает перечисленные ниже вмешательства.

- **Сердечно-легочная реанимация (Cardiopulmonary resuscitation, CPR):** попытка запустить работу сердца с помощью компрессии грудной клетки в случае остановки сердца и дыхания.
- **Аппарат ИВЛ:** дыхательный аппарат, который помогает дышать, если легкие не функционируют. Трубка вводится в дыхательные пути либо через рот, либо через разрез на шее. Трубка подключается к аппарату.
- **Питание через зонд:** его также называют искусственным питанием. Это медицинская процедура, в ходе которой в организм вводят жидкую пищу (питание). Такая процедура проводится, если лицо не может получать достаточно пищи через рот или испытывает сложности с глотанием.
- **Диализ:** аппарат, который удаляет из крови продукты обмена веществ, если почки не работают.
- **Переливание крови или применение препаратов крови с целью лечения:** процесс вливания крови или препаратов крови в организм через тонкую трубку, введенную в вену на руке.

Ф. И. О. (Full Name): _____

Номер медицинской карты (Medical Record #): _____

Сообщите о своих ценностях и предпочтениях в отношении медицинского обслуживания своему доверенному лицу. Расскажите, почему эти вещи важны для Вас. Убедитесь, что доверенное лицо выполнит Ваши пожелания, даже если они отличаются от его собственных.

Теперь, когда Вы узнали о процедурах искусственного поддержания жизни, обдумайте приведенные варианты (выберите все варианты, которые Вам подходят).

А. Я хотел (-а) бы отказаться от искусственного поддержания жизни или прекратить его, если я буду не в состоянии... (I would decline or stop life sustaining interventions if I was not able to)

- Самостоятельно принимать решения (Make my own decisions)
- Осмысленно общаться (Communicate meaningfully)
- Узнавать друзей и членов семьи (Recognize friends and family)
- Питаться самостоятельно без посторонней помощи или без питания через зонд (Feed myself without assistance or tube feeding)
- Заботиться о личной гигиене (самостоятельно купаться, одеваться) (Take care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- Взаимодействовать с обществом (Engage with the community)

Исходя из Ваших ответов выше, при выборе предпочтений в отношении медицинского обслуживания подумайте об указанных далее аспектах.

К моему доверенному лицу по медицинским вопросам обратились с просьбой принять медицинские решения от моего имени в связи с тем, что в результате серьезного медицинского события, заболевания или травмы я утратил (-а) способность самостоятельно принимать решения. Для сохранения моей жизни требуются вмешательства по искусственному поддержанию жизненных функций. Искусственное поддержание жизненных функций включает: CPR, аппарат ИВЛ, питание через зонд, диализ, переливание крови или введение препаратов крови и т. д.

(My health care agent is being asked to make medical decisions for me because a serious medical event, illness, or injury has left me unable to make my own decisions and life sustaining interventions are needed to keep me alive. Life sustaining interventions include: CPR, ventilator, tube feeding, dialysis, blood transfusions or blood products, etc.)

Ф. И. О. (Full Name): _____

Номер медицинской карты (Medical Record #): _____

В описанной ситуации Вы можете утратить способность узнавать себя или своих близких. Врачи сообщили Вашему доверенному лицу и (или) семье, что **Ваше состояние вряд ли улучшится.**

Б. Я страдаю прогрессирующей деменцией / у меня развилось серьезное поражение головного мозга, улучшение состояния маловероятно. Мой организм не функционирует приемлемым для меня образом. (I have advanced dementia or severe brain damage that is not expected to get better. I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

Исходя из **своих ценностей и убеждений...** (Based on **my values and beliefs**)

..... **Я отказываюсь от искусственного поддержания жизненных функций.** Я предпочел (-ла) бы прекратить вмешательства по искусственному поддержанию жизни или вовсе не начинать их. **(I do not want any life-sustaining interventions.** I would either stop or not start life sustaining interventions.)

..... **Я хотел (-а) бы, чтобы врачи начинали или продолжали вмешательства по искусственному поддержанию жизненных функций,** если это целесообразно с медицинской точки зрения. **(I would want life-sustaining interventions to start or continue,** as long as medically appropriate.)

..... **Я соглашусь на вмешательства по искусственному поддержанию жизненных функций в течение ограниченного пробного периода,** если это целесообразно с медицинской точки зрения. Как правило, такой период длится менее двух недель. **(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

Мои предпочтения в отношении пробного периода... в связи с тем, что...
(My preferences for a trial period are...because...)

Ф. И. О. (Full Name): _____

Номер медицинской карты (Medical Record #): _____

К серьезным прогрессирующим заболеваниям относятся, например, заболевания сердечно-сосудистой системы, почек и легких.

В. Я страдаю серьезным прогрессирующим заболеванием, которое близится к своей последней стадии. Мой организм не функционирует приемлемым для меня образом. **(I have a serious, progressing illness that is nearing its final stage.** I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

Исходя из **своих ценностей и убеждений...** (Based on **my values and beliefs**)

..... **Я отказываюсь от искусственного поддержания жизненных функций.** Я предпочел (-ла) бы прекратить вмешательства по искусственному поддержанию жизни или вовсе не начинать их. **(I do not want any life-sustaining interventions.** I would either stop or not start life sustaining interventions.)

..... **Я хотел (-а) бы, чтобы врачи начинали или продолжали вмешательства по искусственному поддержанию жизненных функций,** если это целесообразно с медицинской точки зрения. **(I would want life-sustaining interventions to start or continue,** as long as medically appropriate.)

..... **Я соглашаюсь на вмешательства по искусственному поддержанию жизненных функций в течение ограниченного пробного периода,** если это целесообразно с медицинской точки зрения. Как правило, такой период длится менее двух недель. **(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

*Мои предпочтения в отношении пробного периода... в связи с тем, что...
(My preferences for a trial period are...because...)*

Отвечайте, только если это имеет к Вам отношение.

Если я хочу добавить какие-либо предпочтения в отношении медицинского обслуживания или ограничить какие-либо вмешательства по искусственному поддержанию жизненных функций в связи со своими культурными, религиозными или личными убеждениями, я укажу такие ограничения в поле ниже. (If I want to add any additional health care preferences, or if I wish to limit any life sustaining interventions because of my cultural, religious, or personal beliefs, I will write these limitation(s) in the space below.)

Я хочу..., потому что... (I want...because...)

Ф. И. О. (Full Name): _____

Номер медицинской карты (Medical Record #): _____

**Решение об отказе
от конкретного
вида медицинской
помощи
(необязательно)**

Поставьте ниже свои инициалы, если Вы отказываетесь от переливания крови или вливания препаратов крови в целях лечения (выберите подходящий вариант). (Initial below if you want to decline blood transfusions or blood products for treatment [select the option that is true for you])

..... **Я ОТКАЗЫВАЮСЬ от переливания крови или вливания препаратов крови и обязуюсь заполнить соответствующий бланк добровольного отказа компании Kaiser Permanente. (I DECLINE blood transfusions or blood products and will fill out the Kaiser Permanente Blood Declaration form.)**

..... **Я ОТКАЗЫВАЮСЬ от переливания крови или вливания препаратов крови и уже заполнил (-а) соответствующий бланк добровольного отказа компании Kaiser Permanente. (I DECLINE blood transfusions or blood products and I have completed a Kaiser Permanente Blood Declaration form.)**

**Нужно ли мне
заполнить
другой бланк?**

Если Вы в настоящее время страдаете серьезным прогрессирующим заболеванием, которое близится к своей последней стадии, обсудите со своим врачом или лечащей бригадой заполнение формы «Распоряжение о применении процедур поддержания жизни» (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST).

Пожелания после смерти

В настоящем разделе Вы можете указать свои пожелания относительно того, как поступить с Вашим телом после смерти, а также пожелания относительно проведения похорон, поминок или погребения. Вы также можете указать свои пожелания относительно донорства органов.

Часть 4

Описывать пожелания относительно действий после Вашей смерти может быть тяжело, но это поможет Вашим близким выполнить Вашу волю в эмоционально сложный для них период.

Записав свои пожелания относительно того, что будет происходить с Вами в момент смерти и после нее, Вы поможете своим близким людям почтить то, что для Вас важнее всего. Обдумайте свои пожелания без спешки. Если это поможет, перечитайте **Часть 2. «Мои взгляды и убеждения».**

Помните: если у Вас возникают затруднения или Вы не знаете, как ответить на вопрос, просто запишите то, что знаете, и двигайтесь дальше.

1. Моим близким стоит знать, чем бы мне хотелось окружить себя в последние дни моей жизни (например, ритуалы, духовная поддержка, люди, музыка, еда, домашние животные и т. д.). (If I am at the end of my life, I want my loved ones to know that I would like the following around me [for example, rituals, spiritual support, people, music, food, pets, etc.]

Мои пожелания... (My preferences are...)

Укажите также все **предварительные договоренности** (например, о морге, кладбище, пожертвовании Вашего тела для науки), которые Вы могли заключить.

2. Ниже описано, как мне хотелось бы, чтобы после смерти поступили с моим телом (похороны, поминки, погребение или любые другие религиозные или духовные традиции). (After death, my preferences for how I want my body to be treated [funeral, memorial, burial, or any other religious or spiritual traditions] are listed below.)

Мои пожелания... (My preferences are...)

Пожелания
в отношении
донорства
органов, тканей
и (или) частей тела

Выберите **один** вариант донорства органов.

3. После своей смерти я хочу пожертвовать свои органы, ткани и (или) части тела. (Upon my death, I want to donate my organs, tissues, and/or body parts.)

Да (Yes)

Выбирая вариант выше, независимо от моего выбора в части 3 «Мои предпочтения в отношении медицинского обслуживания в последние дни моей жизни», я уполномочиваю свое доверенное лицо по медицинским вопросам соглашаться на проведение любой временной медицинской процедуры, необходимой исключительно для оценки и (или) сохранения моих органов, тканей и (или) частей тела для целей донорства. (By checking the box above, and regardless of my choice in **Part 3: Choosing My Health Care Preferences for End of Life**, I authorize my health care agent to consent to any temporary medical procedure necessary solely to evaluate and/or maintain my organs, tissues, and/or body parts for purposes of donation.)

Выберите **все подходящие** варианты. (Choose **as many** options as applies)

Я хочу пожертвовать свои органы, ткани и (или) части тела для перечисленных ниже целей. (I want to donate my organs, tissues, and/or body parts for the following purposes)

- Пересадка органов (Transplant)**
- Терапия (Therapy)**
- Исследования (Research)**
- Образование (Education)**

Я хочу ограничить донорство своих органов, тканей и (или) частей тела, как указано ниже. (I want to restrict my donation of organs, tissues, and/or body parts as indicated below)

Я хочу ограничить... (I would like to restrict...)

Нет (No)

Я не уверен (-а) (I'm not sure)

Если я оставляю эту часть пустой, это не означает отказ от донорства моих органов, тканей и (или) частей тела. Следует выполнять мою санкционированную штатом регистрацию в качестве донора, а если таковая отсутствует, мое законное доверенное лицо, уполномоченное принимать медицинские решения, указанное в части 1, может осуществить пожертвование моих органов после моей смерти. Если доверенное лицо по медицинским вопросам не указано, я признаю, что в соответствии с законодательством штата Калифорния уполномоченное лицо может принять такое решение от моего имени. **(If I leave this part blank, it is not a refusal to donate my organs, tissues, and/or body parts.** My state-authorized donor registration should be followed, or, if none, my legally recognized decision maker listed in Part 1 may make a donation upon my death. If no health care agent is named, I acknowledge that California law permits an authorized individual to make such a decision on my behalf.)

Вступление этого документа в законную силу (Making This Document Legally Valid)

После заполнения настоящего раздела Ваше заблаговременное распоряжение о принятии медицинских решений вступит в законную силу в штате Калифорния. Для вступления распоряжения в законную силу **(1) оно должно быть подписано Вами И (2) двумя свидетелями ИЛИ заверено нотариусом.**

Часть 5

Выполнение требований законодательства гарантирует, что вся информация, указанная Вами в данном AHCD, является действительной. Помните, если в дальнейшем Вы пожелаете внести изменения, просто заполните еще одно AHCD.

Поставьте свою подпись внизу этой страницы **И** выберите **ОДИН** из приведенных далее вариантов, чтобы настоящий документ вступил в законную силу в штате Калифорния.

ДВА СВИДЕТЕЛЯ

- Один из Ваших свидетелей **не может быть Вашим родственником (по крови, на основании заключенного брака или усыновления) и не имеет права на какую-либо часть Вашего имущества.**
- Ваши **основное и альтернативное доверенные лица по медицинским вопросам (доверенные лица, уполномоченные принимать медицинские решения) НЕ могут подписываться** в качестве свидетелей.
- Ваш **поставщик медицинских услуг или сотрудник поставщика медицинских услуг НЕ может подписываться** в качестве свидетеля.
- Распишитесь или подтвердите свою подпись в присутствии своих свидетелей.
- Свидетели ставят подпись на странице 16.

ИЛИ

НОТАРИУС

- **НЕ** подписывайте настоящий документ без нотариуса.
- Нотариус ставит свою подпись на странице 17.

Перейдите к следующему разделу, чтобы ознакомиться с требованиями для свидетелей и нотариусов.

Ф. И. О. (Full Name): _____

Номер медицинской карты (Medical Record #): _____

Поставьте свою
подпись здесь.

Продолжайте
в том же духе!
Для вступления
настоящего
документа
в законную
силу в штате
Калифорния
он должен
**быть заверен
свидетелями
или нотариусом.**

Моя подпись (My Signature)

Мое имя печатными буквами (My name printed)

Моя подпись (My signature)

Дата (Date)

Если Вы физически не в состоянии поставить подпись, допускается любая Ваша пометка, поставленная в качестве подписи. (If you are physically unable to sign, any mark you make that you intend to be your signature is acceptable.)

**Выбор ДВУХ
СВИДЕТЕЛЕЙ**

Я выбираю ДВУХ СВИДЕТЕЛЕЙ, чтобы этот документ вступил в законную силу в штате Калифорния.

ЗАЯВЛЕНИЕ СВИДЕТЕЛЕЙ. Под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Калифорния я заявляю: (1) что лицо, подписавшее или подтвердившее заблаговременное распоряжение о принятии медицинских решений, известно мне лично или что его личность установлена на основании убедительных доказательств; (2) что данное лицо подписало или подтвердило настоящее заблаговременное распоряжение о принятии медицинских решений в моем присутствии; (3) что оно находилось в здравом уме и не под принуждением, не было обмануто и на него не было оказано ненадлежащее влияние; (4) что я не являюсь доверенным лицом, указанным в данном распоряжении о принятии медицинских решений; и (5) что я не являюсь поставщиком услуг здравоохранения, сотрудником поставщика услуг здравоохранения или сотрудником учреждения, в котором заявитель является пациентом, владельцем учреждения общественного ухода, сотрудником учреждения общественного ухода, владельцем учреждения проживания с уходом за престарелыми или сотрудником учреждения проживания с уходом за престарелыми.

Ф. И. О. (Full Name): _____

Номер медицинской карты (Medical Record #): _____

Подпись свидетеля
номер один

Свидетель номер один (Witness number one)

Ф. И. О. (Name)

Адрес (Address)

Подпись (Signature)

Дата (Date)

Помните,
что Ваше
доверенное
лицо по
медицинским
вопросам
не может
выступать
в качестве
свидетеля.

Подпись свидетеля
номер два

Свидетель номер два (Witness number two)

Ф. И. О. (Name)

Адрес (Address)

Подпись (Signature)

Дата (Date)

Один из Ваших
свидетелей не
может быть
связан с Вами
родственными
отношениями
согласно
законодательству.

Дополнительное заявление свидетелей. Хотя бы один из указанных выше свидетелей должен также подписать следующее заявление: **я также заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Калифорния**, что не связан (-а) с лицом, подписывающим настоящее заблаговременное распоряжение о принятии медицинских решений, ни кровным родством, ни брачными узами, не состою в родстве через усыновление/удочерение, по имеющимся у меня сведениям я не имею права на унаследование какой-либо части имущества такого лица после его/ее смерти согласно действующему завещанию или в силу закона. **(Additional Statement of Witnesses:** At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: **I further declare under penalty of perjury under the laws of California** that I am not related to the individual executing this Advance Health Care Directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.)

Подпись (Signature)

Дата (Date)

Ф. И. О. (Full Name): _____

Номер медицинской карты (Medical Record #): _____

Подписывайте,
только если это
имеет к Вам
отношение.

Специальное требование к свидетелю

Если Вы являетесь пациентом центра сестринского ухода, то приведенное далее заявление должен подписать представитель пациента или омбудсмен.

(Special Witness Requirement

If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement.)

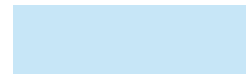
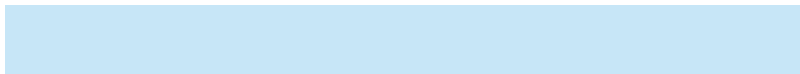
ЗАЯВЛЕНИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА ИЛИ ОМБУДСМЕНА.

Под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Калифорния я заявляю, что являюсь представителем пациента или омбудсменом, назначенным Государственным департаментом по делам пожилых людей, и что я выступаю в качестве свидетеля согласно требованиям раздела 4675 California Probate Code (Наследственного кодекса штата Калифорния).

(STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN: I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or an ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the California Probate Code.)

Подпись (Signature)

Дата (Date)



Ф. И. О. (Full Name): _____

Номер медицинской карты (Medical Record #): _____

**Выбор
НОТАРИУСА**

Я выбираю НОТАРИУСА вместо двух свидетелей.

ACKNOWLEDGMENT

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of California,

County of _____

On _____

before me, _____

(insert name and title of the officer)

personally appeared _____

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 _____

(Seal)

Поздравляем!
Вы почти у цели! Осталось несколько моментов до завершения процесса.

Дальнейшие действия (Next Steps)

Теперь, когда Вы заполнили Ваше АНCD, пройдите по контрольному списку, чтобы убедиться, что Вы сделали все необходимое.

Предоставьте копии Вашего АНCD

- своему **доверенному лицу по медицинским вопросам** (доверенному лицу, уполномоченному принимать медицинские решения) и альтернативному доверенному лицу (лицам)
- **Возьмите его с собой на следующий запланированный прием к врачу ИЛИ направьте копию по почте по адресу** Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805 **или** по электронной почте SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org
- Сохраните **оригинал у себя.**

Обсудите Ваше АНCD

- **Поговорите со своим доверенным лицом по медицинским вопросам (доверенным лицом, уполномоченным принимать медицинские решения)** о своих ценностях, убеждениях и предпочтениях в отношении медицинского обслуживания. Используйте свое АНCD, чтобы направить разговор. Убедитесь, что доверенные лица способны исполнять свою роль.
- **Обязательно сообщите своим родным, членам семьи и (или) близким друзьям**, кого Вы выбрали в качестве доверенного лица по медицинским вопросам, каковы Ваши предпочтения в отношении медицинского обслуживания и почему это для Вас важно.

Возьмите АНCD с собой

- Если Вы отправляетесь в больницу или центр сестринского ухода, возьмите копию Вашего АНCD с собой и попросите, чтобы его вложили в Вашу медицинскую карту.

Регулярно пересматривайте АНCD

Пересматривайте свое АНCD в перечисленных ниже случаях.

Декада: по прошествии каждых десяти лет.

Смерть: когда умирает кто-то из Ваших близких.

Развод / вступление в брак: когда Вы разводитесь, вступаете в брак или происходит какая-либо важная перемена в семейной жизни.

Диагноз: когда Вам диагностировали серьезное заболевание.

Ухудшение здоровья: когда Ваше состояние здоровья серьезно ухудшается или имеющееся заболевание прогрессирует, особенно если Вы больше не можете жить самостоятельно.

Помните: Вы можете отменить или изменить ЛЮБЫЕ свои предпочтения в АНCD в любой момент времени. По мере происходящих в Вашей жизни перемен или изменений в состоянии Вашего здоровья Вы можете заменять свое доверенное лицо по медицинским вопросам (доверенное лицо, уполномоченное принимать медицинские решения), а также менять свои предпочтения в отношении медицинского обслуживания. Вы должны либо заново оформить новый документ в письменном виде и поставить на нем свою подпись, либо сообщить об этом лично Вашему поставщику услуг здравоохранения.



Представленная здесь информация не предназначена для диагностики заболеваний и не заменяет медицинскую консультацию или обслуживание, которые Вы получаете у своего врача или другого медицинского работника.

Если у вас есть постоянные проблемы со здоровьем или возникли дополнительные вопросы, обратитесь к своему врачу.

Разработано Spark, командой KPIT Innovation совместно с региональной группой планирования в вопросах здоровья и жизни. Особая благодарность Bioethics, SCPMG Legal и другим лицам, оказавшим активное содействие в подготовке настоящего документа.

© Southern California Permanente Medical Group.

Все права защищены.

SCAL-LCP 032R (07/21)

kp.org/lifecareplan