



Заявление о психиатрическом лечении

(Declaration for Mental Health Treatment)

(Updated December 2021)

Внимание! Это юридический документ, который содержит важную информацию о пожеланиях или указаниях соответствующего лица относительно его психиатрического лечения. (Attention: This is a legal document which contains important information regarding the affected person's preferences or instructions for mental health treatment.)

Заявление о психиатрическом лечении (Declaration for Mental Health Treatment)

Я, _____, будучи взрослым человеком в здравом уме, осознанно и добровольно делаю это **Заявление** о психиатрическом лечении. Инструкции, изложенные в этом **Заявлении**, должны быть выполнены в том случае, если судом или двумя врачами будет установлено, что я не могу самостоятельно принимать решения, так как моя способность эффективно получать и анализировать информацию либо сообщать о своих решениях нарушена в такой степени, что я не могу отказаться от психиатрического лечения или согласиться на него. «Психиатрическое лечение» означает использование психоактивных лекарственных веществ, помещение в медицинское учреждение и удержание там в течение периода до 17 суток, применение судорожной терапии и амбулаторное лечение, как указано в этом **Заявлении**.

(I, _____, being an adult of sound mind, willfully and voluntarily make this **Declaration** for mental health treatment. I want this **Declaration** to be followed if a court or two physicians determine that I am unable to make decisions for myself because my ability to receive and evaluate information effectively or communicate decisions is impaired to such an extent that I lack the capacity to refuse or consent to mental health treatment. "Mental health treatment" means treatment of mental illness with psychoactive medication, admission to and retention in a health care facility for a period up to 17 days, convulsive treatment and outpatient services that are specified in this **Declaration**.)

Выбор лица, принимающего решения (Choice of Decision Maker)

Если я потеряю способность давать или не давать информированное согласие на свое психиатрическое лечение, я хочу, чтобы эти решения принимало следующее лицо (ПОСТАВЬТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ РЯДОМ С ОДНИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВАРИАНТОВ): (If I become incapable of giving or withholding informed consent for mental health treatment, I want these decisions to be made by: (INITIAL ONLY ONE))

- _____ Мой доверенный представитель, принимающий решения в соответствии с моими пожеланиями либо в случае, если таковые пожелания представителю неизвестны, в соответствии со своими представлениями о моих наилучших интересах. (My appointed representative consistent with my desires, or, if my desires are unknown by my representative, in what my representative believes to be my best interests.)
- _____ Поставщик услуг по психиатрическому лечению, которому мое согласие необходимо для моего лечения исключительно в соответствии с этим **Заявлением**. (By the mental health treatment provider who requires my consent in order to treat me, but only as specifically authorized in this **Declaration**.)

Доверенный представитель (Appointed Representative)

В случае выбора представителя, который будет принимать от моего имени решения касательно моего психиатрического лечения при условии моей неспособности делать это самостоятельно, я указываю здесь имя этого лица. Я также могу выбрать другого представителя. Каждое из назначенных мною лиц должно принять мое поручение, чтобы выступать в качестве моего представителя. Я понимаю, что для оформления этого **Заявления** мне не требуется в обязательном порядке назначать представителя. (If I have chosen to appoint a representative to make mental health treatment decisions for me when I am incapable, I am naming that person here. I may also name an alternate representative to serve. Each person I appoint must accept my appointment in order to serve. I understand that I am not required to appoint a representative in order to complete this **Declaration**.)

Я назначаю следующее лицо (I hereby appoint):

Ф. И. О. (Name) _____

Адрес (Address) _____

Номер телефона (Telephone) _____

в качестве своего представителя для принятия решений относительно моего психиатрического лечения в том случае, если я не смогу дать или не дать информированного согласия на такое лечение. (to act as my representative to make decisions regarding my mental health treatment if I become incapable of giving or withholding informed consent for that treatment.)

(НЕОБЯЗАТЕЛЬНО) (OPTIONAL)

Если указанное выше лицо откажется или не сможет действовать от моего имени либо если я отзову его полномочия выступать в качестве моего представителя, я назначаю своим представителем следующее лицо:

(If the person named above refuses or is unable to act on my behalf, or if I revoke that person's authority to act as my representative, I authorize the following person to act as my representative:)

Ф. И. О. (Name) _____

Адрес (Address) _____

Номер телефона (Telephone) _____

Мой представитель уполномочен принимать решения, соответствующие моим пожеланиям, которые изложены в этом Заявлении либо, при их отсутствии тут, стали известны ему другим способом. Если мои желания не изложены тут и не известны моему представителю иным образом, он должен поступать так, как это будет, по его мнению, отвечать моим наилучшим интересам. Мой представитель также уполномочен получать информацию о предлагаемом психиатрическом лечении, а также получать, просматривать медицинскую документацию, связанную с таким лечением, и давать согласие на ее раскрытие.

(My representative is authorized to make decisions that are consistent with the wishes I have expressed in this Declaration or, if not expressed, as are otherwise known to my representative. If my desires are not expressed and are not otherwise known by my representative, my representative is to act in what he or she believes to be in my best interests. My representative is also authorized to receive information regarding proposed mental health treatment and to receive, review and consent to disclosure of medical records relating to that treatment.)

Указания относительно психиатрического лечения (Directions for Mental Health Treatment)

В этом Заявлении я могу изложить свои пожелания относительно моего психиатрического лечения, в том числе с применением психоактивных лекарственных препаратов, помещением меня в медицинское учреждение для такого лечения и удержание там в течение периода до 17 дней, применением судорожной терапии и амбулаторного лечения.

Если я потеряю способность давать или не давать информированное согласие на свое психиатрическое лечение, мои пожелания в этом отношении изложены ниже. **Я ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ МЕТОДОВ ДЛЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.** (Можно указать конкретные лекарственные препараты и их дозировку, кратковременное стационарное лечение, определенного врача или лечебное учреждение, транспортировку к врачу или в лечебное учреждение, судорожную терапию или альтернативные способы амбулаторного лечения.)

*(This Declaration permits me to state my wishes regarding mental health treatments including psychoactive medications, admission to and retention in a health care facility for mental health treatment for a period not to exceed 17 days, convulsive treatment and outpatient care services. If I become incapable of giving or withholding informed consent for mental health treatment, my wishes are: **I CONSENT TO THE FOLLOWING MENTAL HEALTH TREATMENTS:** (May include types and dosage of medications, short term inpatient treatment, a preferred provider or facility, transport to a provider or facility, convulsive treatment or alternative outpatient treatments.))*

Подтверждение со стороны свидетелей (Affirmation of Witnesses)

Я подтверждаю, что лицо, которое подписало это **Заявление**:

*(I affirm that the person signing this **Declaration**.)*

a. лично знакомо мне; *(Is personally known to me;)*

b. подписало это **Заявление** или подтвердило свою подпись на нем в моем присутствии;

*(Signed or acknowledged his or her signature on this **Declaration** in my presence;)*

c. представляется мне в здравом уме, не пребывает под давлением, не действует под влиянием обмана или других неблагоприятных обстоятельств;

(Appears to be sound mind and not under duress, fraud or undue influence;)

d. не связано со мной отношениями кровного родства, брака или усыновления/удочерения;

(Is not related to me by blood, marriage or adoption;)

e. не является пациентом или резидентом учреждения, которое находится во владении или под управлением меня или моего родственника;

(Is not a patient or resident in a facility that I or my relative owns or operates;)

f. не является моим пациентом и не получает медицинские услуги от меня или кого-либо из моих родственников; и

(Is not my patient and does not receive mental health services from me or my relative; and)

g. не назначило меня своим представителем в этом документе. Свидетели:

(Has not appointed me as a representative in this document. Witnessed by:)

[Подпись свидетеля (Ф. И. О. свидетеля печатными буквами) и дата] *(Signature of Witness (Printed name of Witness)/date)*

[Подпись свидетеля (Ф. И. О. свидетеля печатными буквами) и дата] *(Signature of Witness (Printed name of Witness)/date)*

Принятие полномочий представителя (Acceptance of Appointment As Representative)

Я соглашаюсь взять на себя обязанности доверенного лица и выступить представителем для принятия решений касательно психиатрического лечения. Я понимаю, что обязан(-а) действовать в соответствии с пожеланиями лица, интересы которого представляю, изложенными в этом **Заявлении** либо, в случае их отсутствия тут, известными мне иным образом. Если мне неизвестно о пожеланиях лица, интересы которого я представляю, я обязан(-а) действовать в наилучших интересах этого лица сообразно моим добросовестным представлениям о них. Я понимаю, что этот документ дает мне полномочия принимать решения касательно психиатрического лечения только при условии, что данное лицо будет признано неспособным принимать такие решения судом или двумя врачами. Я понимаю, что лицо, назначившее меня своим представителем, может полностью или частично отозвать это **Заявление**, сообщив о таком отзыве своему лечащему врачу или другому поставщику медицинских услуг при условии, что это лицо не является недееспособным.

*(I accept this appointment and agree to serve as representative to make mental health treatment decisions. I understand that I must act consistently with the desires of the person I represent, as expressed in this **Declaration** or, if not expressed, as otherwise known by me. If I do not know the desires of the person I represent, I have a duty to act in what I believe in good faith to be that person's best interest. I understand that this document gives me authority to make decisions about mental health treatment only while that person has been determined to be incapable of making those decisions by a court or two physicians. I understand that the person who appointed me may revoke this **Declaration** in whole or in part by communicating the revocation to the attending physician or other provider when the person is not incapable.)*

[Подпись представителя (Ф. И. О. печатными буквами) и дата]

(Signature of Representative (Printed name) and date)

[Подпись другого представителя (Ф. И. О. печатными буквами) и дата]

(Signature of Alternate Representative (Printed name) and date)

Уведомление для лица, делающего Заявление о психиатрическом лечении

(Notice to Person Making A Declaration for Mental Health Treatment)

Это важный правовой документ. Он представляет собой заявление о психиатрическом лечении. Прежде чем подписывать этот документ, ознакомьтесь с приведенными ниже важными фактами.

Этот документ дает вам возможность заблаговременно принять решение об использовании определенных методов для вашего психиатрического лечения: применении психоактивных лекарственных препаратов, краткосрочном (на период до 17 суток) помещении вас в лечебное учреждение, использовании судорожной терапии и амбулаторном лечении. Амбулаторные методы лечения представляют собой услуги по психиатрическому лечению согласно предписаниям дипломированных специалистов и соответствующих программ. Указания, изложенные вами в этом заявлении, будут действовать только в том случае, если суд или два врача признают, что вы не в состоянии принимать решения относительно своего лечения. В противном случае вы будете считаться способным(-ой) давать или не давать согласие на такое лечение. Ваши инструкции могут быть проигнорированы в случае вашего принудительного лечения в соответствии с законодательством о недобровольной госпитализации.

Вы также можете назначить какое-либо лицо своим представителем, который будет принимать решения о вашем лечении в случае вашей неспособности делать это самостоятельно. Назначенный вами человек должен будет действовать в соответствии с вашими пожеланиями, изложенными в этом документе либо, при их отсутствии тут, известными ему иным образом. Если ваши пожелания будут неизвестны вашему представителю, он должен будет принимать решения в ваших наилучших интересах. Для того чтобы это назначение вступило в силу, назначенный вами человек должен принять его в письменном виде. Этот человек также может в любой момент сложить с себя полномочия вашего представителя. С точки зрения закона Согласно закону штата, представитель также считается «поверенным», однако при этом не обязан быть юристом.

Настоящий документ остается в силе в течение трех лет, если вы не потеряете способность участвовать в принятии решений относительно своего психиатрического лечения. Если это произойдет, ваши указания будут действовать до тех пор, пока вы снова не обретете такую способность.

Вы можете в любой момент частично или полностью отозвать этот документ, если на соответствующий момент времени не будете признаны недееспособным(-ой). **ВЫ НЕ СМОЖЕТЕ ОТОЗВАТЬ ЭТО ЗАЯВЛЕНИЕ, ЕСЛИ БУДЕТЕ ПРИЗНАНЫ НЕДЕЕСПОСОБНЫМ(-ОЙ) СУДОМ ИЛИ ДВУМЯ ВРАЧАМИ.** Для того чтобы отзыв вступил в силу, вы должны сообщить об этом своему лечащему врачу или другому поставщику медицинских услуг.

Если вы не понимаете какие-либо положения этого документа, попросите юриста пояснить их вам. Для вступления в законную силу это заявление должно быть подписано двумя надлежащими соответствующими требованиям свидетелями, которые знают вас лично и присутствуют при подписании вами этого документа или подтверждении вами своей подписи на нем.

(This is an important legal document. It creates a declaration for mental health treatment. Before signing this document, you should know these important facts:

This document allows you to make decisions in advance about certain types of mental health treatment: psychoactive medication, short-term (not to exceed 17 days) admission to a treatment facility, convulsive treatment and outpatient services. Outpatient services are mental health services provided by appointment by licensed professionals and programs. The instructions that you include in this declaration will be followed only if a court or two physicians believe that you are incapable of making treatment decisions. Otherwise, you will be considered capable to give or withhold consent for the treatments. Your instructions may be overridden if you are being held pursuant to civil commitment law.

You may also appoint a person as your representative to make treatment decisions for you if you become incapable. The person you appoint has a duty to act consistently with your desires as stated in this document or, if not stated, as otherwise known by the representative. If your representative does not know your desires, he or she must make decisions in your best interests. For the appointment to be effective, the person you appoint must accept the appointment in writing. The person also has the right to withdraw from acting as your representative at any time. A “representative” is also referred to as an “attorney-in-fact” in state law but this person does not need to be an attorney at law.

This document will continue in effect for a period of three years unless you become incapable of participating in mental health treatment decisions. If this occurs, the directive will continue in effect until you are no longer incapable.

*You have the right to revoke this document in whole or in part at any time you have not been determined to be incapable. **YOU MAY NOT REVOKE THIS DECLARATION WHEN YOU ARE CONSIDERED INCAPABLE BY A COURT OR TWO PHYSICIANS.** A revocation is effective when it is communicated to your attending physician or other provider.*

If there is anything in this document that you do not understand, you should ask a lawyer to explain it to you. This declaration will not be valid unless it is signed by two qualified witnesses who are personally known to you and who are present when you sign or acknowledge your signature.)

Уведомление для врача или поставщика медицинских услуг (Notice to Physician or Provider)

По закону штата Орегон, физическое лицо может с помощью этого заявления дать согласие на свое психиатрическое лечение или назначить представителя для принятия решений о таком лечении, когда это лицо будет не в состоянии принимать их самостоятельно. Лицо считается неспособным принимать такие решения, если, по мнению суда или двух врачей, его способность эффективно получать и анализировать информацию либо сообщать о своих решениях нарушена в такой степени, что данное лицо в соответствующий момент времени неспособно принимать решения касательно своего психиатрического лечения. Этот документ считается вступившим в силу после его передачи лечащему врачу или иному поставщику медицинских услуг соответствующего лица и продолжает действовать до тех пор, пока не будет отозван или пока не истечет срок его действия. Получив это заявление, врач или другой поставщик медицинских услуг должен приложить его к медицинской карте данного лица. Действуя в рамках предоставленных заявлением полномочий, врач или поставщик медицинских услуг должен соблюдать его положения в максимально возможной степени. Если врач или поставщик медицинских услуг не желает соблюдать изложенные в заявлении указания, он может прекратить соответствующее лечение на основании своих профессиональных суждений и должен в этом случае незамедлительно уведомить об этом соответствующее лицо и его представителя, а также приложить соответствующее уведомление к медицинской карте этого лица. Врач или другой поставщик медицинских услуг, который осуществляет или не осуществляет психиатрическое лечение в соответствии с добросовестным представлением о действительности этого заявления, не подлежит уголовному или административному преследованию либо профессиональным дисциплинарным взысканиям в том случае, если впоследствии это заявление будет признано недействительным.

(Under Oregon law, a person may use this declaration to provide consent for mental health treatment or to appoint a representative to make mental health treatment decisions when the person is incapable of making those decisions. A person is "incapable" when, in the opinion of a court or two physicians, the person's ability to receive and evaluate information effectively or communicate decisions is impaired to such an extent that the person currently lacks the capacity to make mental health treatment decisions. This document becomes operative when it is delivered to the person's physician or other provider and remains valid until revoked or expired. Upon being presented with this declaration, a physician or provider must make it a part of the person's medical record. When acting under authority of the declaration, a physician or provider must comply with it to the fullest extent possible. If the physician or provider is unwilling to comply with the declaration, the physician or provider may withdraw from providing treatment consistent with professional judgment and must promptly notify the person and the person's representative and document the notification in the person's medical record. A physician or provider who administers or does not administer mental health treatment according to and in good faith reliance upon the validity of this declaration is not subject to criminal prosecution, civil liability or professional disciplinary action resulting from a subsequent finding of the declaration's invalidity.)

Это руководство штата Орегон по составлению заявления о психиатрическом лечении и соответствующая форма были разработаны в соответствии со Сводом законов штата Орегон с дополнениями и изменениями (ORS), пп. с 127.700 по 127.736.

(This Guide to Oregon's Declaration for Mental Health Treatment and Form was developed pursuant to Oregon Revised Statutes (ORS) 127.700 through 127.736.)