

Инструкция по заполнению формы предварительного распоряжения

OHSU стремится предоставлять вам наилучший медицинский уход. Поэтому нам важно знать ваши пожелания по медицинскому обслуживанию. Для этого мы в том числе просим вас заполнить форму предварительного распоряжения (Advance Directive). В ней вы сможете указать, что нам можно и нельзя делать в случае, если вы не сможете сами принимать решения о медицинском обслуживании. Мы рекомендуем всем пациентам независимо от возраста и состояния здоровья заполнить такую форму. Копия вашего предварительного распоряжения будет храниться у нас в вашей истории болезни, поскольку внезапная травма или болезнь может приключиться с каждым из нас в самый неподходящий момент.

Инструкция по заполнению формы предварительного распоряжения

Пошаговая инструкция по заполнению формы предварительного распоряжения штата Орегон

Предварительное распоряжение не распространяется на ваше медицинское обслуживание в настоящее время.

Оно начнет действовать, только если вы сами по состоянию здоровья не сможете принимать решения о медицинском обслуживании. Эту форму нужно заполнить, пока вы здоровы и полны сил. Скорее всего, она не понадобится вам еще очень долго — а то и никогда. Но с ней вы будете готовы к любым ситуациям в будущем.

В соответствии с законодательством штата Орегон, форма предварительного распоряжения орегонского образца является юридическим документом. Если вы получаете медицинское обслуживание в этом штате, она имеет законную силу. Однако в некоторых других штатах эта форма может носить рекомендательный характер. Если вы будете получать медицинский уход в таком штате, врачи могут прислушаться к вашим пожеланиям, но не будут обязаны делать это по закону.

В первом разделе предварительного распоряжения описывается, что это за документ и зачем он нужен. Вкратце, там говорится о перечисленных ниже положениях.

- A. В этой форме вы можете назначить человека, который будет принимать за вас медицинские решения, если вы сами окажетесь не в состоянии этого делать. Такого человека называют **доверенным лицом**.
- B. Если вы не укажете, кто должен быть вашим доверенным лицом, то по закону им станет первый доступный человек из следующего списка:
 - 1) ваш законный опекун, уполномоченный принимать решения о вашем медицинском обслуживании;
 - 2) ваш супруг, супруга или официально зарегистрированный сожитель;
 - 3) ваши взрослые дети (если их несколько, решения будут приниматься большинством голосов);
 - 4) ваши отец или мать;
 - 5) ваши взрослые братья и сестры (если их несколько, решения будут приниматься большинством голосов);
 - 6) ваш взрослый родственник или друг.

- В. Ваше доверенное лицо, лечебное учреждение, в котором вы окажетесь, и его медицинские работники воспользуются предварительным распоряжением, только если вы сами не сможете принимать решения о медицинском обслуживании.
- Г. Предварительное распоряжение будет считаться действительным, только когда его подпишете вы, ваше доверенное лицо (лица) и два свидетеля. Вместо свидетелей можно обратиться к публичному нотариусу, чтобы он заверил распоряжение.
- Д. Если раньше вы уже подписывали предварительное распоряжение, доверенность на распоряжение медицинским обслуживанием или другой подобный документ, он утратит силу. Действительным будет считаться только новое предварительное распоряжение.
- Е. Вы можете изменить или аннулировать предварительное распоряжение в любой момент.

1. ИНФОРМАЦИЯ ОБО МНЕ. Укажите здесь свое имя и фамилию, дату рождения, телефонные номера, адрес и электронную почту (разборчиво, печатными буквами).

2. МОЕ ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО. Укажите здесь, кто будет принимать за вас медицинские решения, если вы сами окажетесь не в состоянии это делать. Это может быть один человек или несколько. В данной форме они называются «доверенными лицами». В других документах может использоваться термин «представитель по вопросам медицинской помощи», который означает то же самое.

Доверенное лицо — это человек, который:

- а) согласен в случае необходимости принимать за вас медицинские решения;
- б) знает вас, ваши ценности и убеждения;
- в) располагает вашим доверием по поводу того, что он выполнит ваши пожелания относительно медицинского обслуживания;
- г) располагает вашим доверием по поводу того, что в сложной или неоднозначной ситуации он примет за вас правильное решение.

Инструкция по заполнению формы предварительного распоряжения

1. Прежде чем назначать доверенное лицо, сначала спросите выбранного вами человека, согласен ли он на это. Затем разборчиво (печатными буквами) укажите в пропусках его имя и фамилию, кем он вам приходится, его телефонный номер, адрес и электронную почту.

2. Мое доверенное лицо (My Health Care Representative)

Я назначаю нижеуказанного человека своим доверенным лицом для принятия решений о медицинском уходе за мной на случай, если я окажусь не в состоянии принимать их самостоятельно. (I choose the following person as my health care representative to make health care decisions for me if I can't speak for myself.)

Полное имя (Name) _____ Взаимоотношения (Relationship) _____

Телефонные номера: домашний (Telephone numbers (Home)) _____ (рабочий (Work)) _____
(мобильный (Cell)) _____

Адрес (Address) _____

Эл. почта (E-mail) _____

2. Если вы хотите назначить второе и (или) третье доверенное лицо, разборчиво (печатными буквами) укажите ниже их имя и фамилию, кем они вам приходится, их телефонные номера, адреса и электронную почту.

3. Обязательно сообщите этому человеку или людям, что вы назначили их своими доверенными лицами. Эти люди тоже должны подписать форму в разделе 7, иначе она будет недействительна.

7. Согласие моего доверенного лица (Acceptance by my Health Care Representative)

Я соглашаюсь взять на себя обязанности доверенного лица. (I accept this appointment and agree to serve as health care representative.)

ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО (HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Имя и фамилия (печатными буквами) (Printed name) _____

Подпись или другое подтверждение согласия (Signature or other verification of acceptance) _____

Дата (Date) _____

4. У ваших родственников могут быть разные мнения по поводу вашего медицинского обслуживания, поэтому обязательно оповестите всю семью, кого вы назначили доверенным лицом. Тогда все будут знать, кто должен принимать за вас медицинские решения, если что-то случится и вы не сможете делать это сами.

Инструкция по заполнению формы предварительного распоряжения

3. УКАЗАНИЯ МОЕМУ ДОВЕРЕННОМУ ЛИЦУ.

Прежде чем заполнять этот раздел формы предварительного распоряжения, внимательно прочитайте раздел 4 «УКАЗАНИЯ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КОНЦЕ ЖИЗНИ».

В разделе 4 вы сможете дать распоряжения о том, какой уход вы предпочитаете, если вы окажетесь в терминальном состоянии или на терминальной стадии заболевания: использовать ли искусственное питание, аппарат жизнеобеспечения и т. д.

Если вы не хотите принимать эти решения сейчас, раздел 4 можно не заполнять. Тогда их при необходимости примут ваши доверенные лица и (или) учреждение (лицо), которое будет осуществлять уход за вами.

Если же вы решите заполнить раздел 4, то в разделе 3 укажите перечисленные ниже положения.

1. Если вы хотите, чтобы ваши доверенные лица следовали вашим указаниям, впишите свои инициалы в пропуске перед первым утверждением.

2. Если вы хотите, чтобы ваши доверенные лица при принятии решений о медицинском обслуживании следовали вашим указаниям в разделе 4, впишите свои инициалы в пропуске перед вторым утверждением.
3. Если у вас есть дополнительные пожелания для своих доверенных лиц, впишите свои инициалы в пропуске перед третьим утверждением, а затем укажите свои пожелания в отведенном для них месте.

3. Указания моему доверенному лицу (Instructions to my Health Care Representative)

Если вы хотите дать своему доверенному лицу указания по поводу решений о своем медицинском обслуживании, впишите свои инициалы в пропуске перед следующими тремя заявлениями: (If you wish to give instructions to your health care representative about your health care decisions, initial on of the following three statements:)

_____ Мое доверенное лицо обязано в разумных пределах следовать моим указаниям. (To the extent appropriate, my health care representative must follow my instructions.)

_____ Принимая решения о моем медицинском обслуживании, мое доверенное лицо должно руководствоваться моими указаниями. (My instructions are guidelines for my health care representative to consider when making decisions about my care.)

_____ Прочие указания (Other instructions) _____

Инструкция по заполнению формы предварительного распоряжения

4. УКАЗАНИЯ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КОНЦЕ ЖИЗНИ.

Укажите здесь, какую помощь вы желаете получать, если вы будете находиться в одном из приведенных ниже состояний и не сможете сами донести свои пожелания.

1. **Терминальное состояние.** Здесь имеется в виду ситуация, когда человека уже невозможно спасти — можно только продлить умирание. Вы можете указать, использовать ли искусственное питание и аппарат жизнеобеспечения, если вы окажетесь в такой ситуации.
2. **Запредельная кома.** Человек в таком состоянии ничего не видит, не слышит и не понимает. Из запредельной комы почти невозможно выйти. Вы можете указать, использовать ли искусственное питание и аппарат жизнеобеспечения, если вы окажетесь в таком состоянии.
3. **Прогрессирующее заболевание на поздней стадии.** Здесь имеется в виду смертельная болезнь на последней стадии. Для людей в таком состоянии жизнь часто сопряжена с физическими неудобствами и страданиями. Вы можете указать, использовать ли искусственное питание и аппарат жизнеобеспечения, если вы окажетесь в таком состоянии. Они не вылечат, но могут продлить жизнь.
4. **Тяжелейшие страдания.** Здесь имеются в виду крайне сильные боли или дискомфорт, которые ничто не может значительно облегчить. Вы можете указать, использовать ли искусственное питание и аппарат жизнеобеспечения, если вы окажетесь в таком состоянии. Они могут продлить жизнь, но не облегчат страданий.

Примечание: эти указания начнут действовать только в одном из четырех описанных выше случаев. Они НЕ ВЛИЯЮТ на то, как вас будут лечить сейчас.

Совет: если вы плохо представляете, что такое «искусственное питание», «аппарат жизнеобеспечения» или что собой представляют описанные выше медицинские состояния, проконсультируйтесь со своим поставщиком медицинского обслуживания.

A. Заявление по поводу медицинской помощи в конце жизни. Если вы не хотите, чтобы вас подключали к искусственному питанию и аппаратам жизнеобеспечения, если вы окажетесь в одном из описанных выше состояний, то впишите свои инициалы перед заявлением в этом пункте.

A. Заявление по поводу медицинской помощи в конце жизни. Если вы согласны с заявлением ниже, впишите свои инициалы в пропуске перед ним. Если вы это сделаете, то при желании сможете дополнительно указать, в каких случаях вас не следует подключать к аппаратам жизнеобеспечения. (**Statement Regarding End of Life Care.** You may initial the statement below if you agree with it. If you initial the statement you may, but you do not have to, list one or more conditions for which you do not want to receive life support.)

_____ Я не хочу, чтобы мою жизнь продлевали с помощью аппаратов жизнеобеспечения. Я также не хочу, чтобы меня подключали к искусственному питанию. Если мой поставщик медицинского обслуживания и еще один компетентный медицинский работник подтвердят, что я нахожусь в одном из перечисленных ниже медицинских состояний, я хочу, чтобы мне позволили умереть естественной смертью. (I do not want my life to be prolonged by life support. I also do not want tube feeding as life support. I want my health care provider to allow me to die naturally if my health care provider and another knowledgeable health care provider confirm I am in any of the medical conditions listed below.)

Б. Дополнительные указания по поводу медицинской помощи в конце жизни. Здесь вы можете указать, в каких случаях вас следует подключать к искусственному питанию и (или) аппаратам жизнеобеспечения, если вы окажетесь в одном из описанных состояний. Для этого впишите свои инициалы перед вариантами, которые вы выбираете.

ПОСТАВЬТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ РЯДОМ С ОДНИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВАРИАНТОВ. (INITIAL ONE:)

_____ Я хочу, чтобы меня подключили к искусственному питанию. (I want to receive tube feeding.)

_____ Я хочу, чтобы меня подключили к искусственному питанию, только если это порекомендует мой поставщик медицинского обслуживания. (I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

_____ Я НЕ ХОЧУ, чтобы меня подключали к искусственному питанию. (I DO NOT WANT tube feeding.)

ПОСТАВЬТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ РЯДОМ С ОДНИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВАРИАНТОВ. (INITIAL ONE:)

_____ Я хочу, чтобы меня подключили к другим необходимым аппаратам жизнеобеспечения. (I want any other life support that may apply.)

_____ Я хочу, чтобы меня подключили к аппаратам жизнеобеспечения, только если это порекомендует мой поставщик медицинского обслуживания. (I want life support only as my health care provider recommends.)

_____ Я НЕ ХОЧУ, чтобы меня подключали к аппаратам жизнеобеспечения. (I DO NOT WANT life support.)

Совет: во втором варианте упоминается «мой поставщик медицинского обслуживания». Как правило, это не ваш обычный лечащий врач, который регулярно вас видит и хорошо знает, а сотрудник больницы или отделения реанимации, где вы будете лежать. Он не сможет учесть ваши пожелания и убеждения, поскольку, скорее всего, вы с ним будете незнакомы.

Инструкция по заполнению формы предварительного распоряжения

В. Дополнительные инструкции. В этом разделе вы можете дать дополнительные инструкции по поводу того, какой уход вы хотите получать, если вы окажетесь в одном из описанных состояний. Вы также можете приложить к форме дополнительный письменный документ, аудио- или видеозапись с заявлением о своих ценностях и убеждениях, на основе которых следует принимать решения о вашем медицинском обслуживании.

Совет: никто не знает, как сложится судьба. Возможно, вашему доверенному лицу придется принять решение, которое вы никогда не обсуждали. Например, вы можете оказаться в критическом состоянии, не подпадающим ни под одну из этих четырех категорий. Ниже приведены примеры заявлений, которые делали другие пациенты, чтобы облегчить своим доверенным лицам возможное решение.

Примеры

- «Я поручаю моему доверенному лицу принимать за меня решения, которые она сама считает оптимальными, даже если она будет не уверена, чего я хотел бы сам».
- «Я хочу, чтобы человек, которого я назначаю доверенным лицом, действовал так, как, по его мнению, хотел бы я сам, даже если это доставляет ему некоторый дискомфорт».
- «Если встанет выбор между тем, облегчить мои страдания или сохранить мне ясное сознание, я предпочитаю _____».

5. МОЯ ПОДПИСЬ.

Чтобы предварительное распоряжение считалось действительным, вам нужно подписаться здесь и поставить дату.

5. Моя подпись(My Signature)

Моя подпись (My signature) _____ Дата (Date) _____

6. СВИДЕТЕЛИ.

Чтобы предварительное распоряжение считалось действительным, нужно, чтобы эту форму заверил публичный нотариус ИЛИ подписали два свидетеля.

А. НОТАРИАЛЬНОЕ ЗАВЕРЕНИЕ. Если вы предпочтете этот вариант, обратитесь с данной формой к публичному нотариусу.

Б. ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ. Если вы остановитесь на этом варианте, пригласите двоих людей засвидетельствовать, что вы заполнили и подписали данную форму предварительного распоряжения. Свидетелями не могут выступать ваши доверенные лица и медицинские работники, которые осуществляют уход за вами.

Я лично знаю человека, который заполнил эту форму, или видел(а) его удостоверение личности. Я подтверждаю, что этот человек в моем присутствии подписал эту форму или подтвердил, что подпись на ней принадлежит ему. Насколько я могу судить, этот человек понимает назначение данного документа, последствия его подписания и не находится под принуждением. Кроме того, я не являюсь ни основным, ни альтернативным доверенным лицом этого человека. Я также не являюсь ни его лечащим врачом, ни медицинским работником, осуществляющим уход за ним. (The person completing this form is personally known to me or has provided proof of identity, has signed or acknowledged the person's signature on the document in my presence and appears to be not under duress and to understand the purpose and effect of this form. In addition, I am not the person's health care representative or alternative health care representative, and I am not the person's attending health care provider.)

Полное имя свидетеля (печатными буквами) (Witness Name (print)) _____

Подпись (Signature) _____ Дата (Date) _____

Совет: обязательно выбирайте свидетелей, которые знают вас лично или хотя бы видели ваше удостоверение личности. Подписывайте предварительное распоряжение только при них, чтобы они видели.

Инструкция по заполнению формы предварительного распоряжения

7. СОГЛАСИЕ МОЕГО ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА. Лицо/лица, которое/ которых вы выбрали в разделе 2, должно/должны понимать и принять полномочия доверенного лица.

Сначала обсудите с доверенными лицами свои указания и предпочтения, чтобы эти люди знали, что для вас важно. Затем попросите их подписаться в разделе 7.

Поздравляем, теперь у вас есть план!

Что дальше?

- ❑ Раздайте копии своего предварительного распоряжения всем родственникам, которые могут к вам приехать, если вы тяжело заболите.
- ❑ Обсудите свое предварительное распоряжение со всеми родственниками, которые могут к вам приехать, если вы тяжело заболите. Обязательно сообщите им, кого вы назначили своим доверенным лицом, и объясните, что этот человек будет принимать решения о вашем медицинском обслуживании, если вы сами окажетесь не в состоянии этого делать. Если вы не назначили в этой форме доверенное лицо, объясните родным свои пожелания по поводу вашего медицинского обслуживания в таком случае.
- ❑ Порой такие беседы даются нелегко. На сайте theconversationproject.org вы найдете полезные советы по поводу того, как провести такой разговор с родными.
- ❑ Обязательно оставьте копию своего предварительного распоряжения в вашем лечебном учреждении. Обсудите со своим врачом, какой уход вы бы предпочли, и попросите добавить предварительное распоряжение в вашу электронную историю болезни.