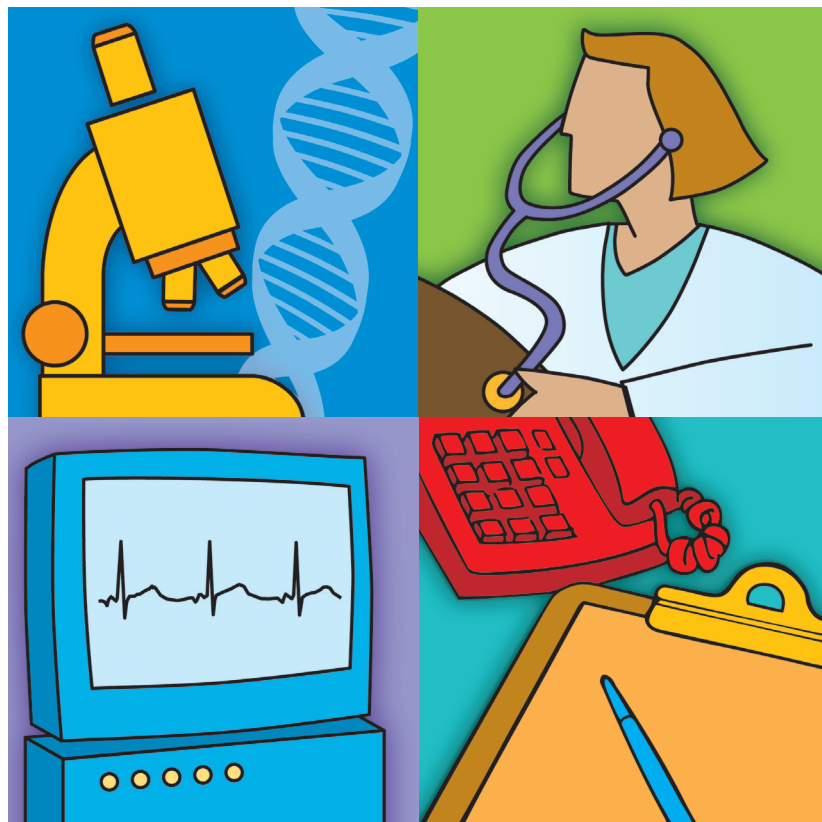


Распоряжение о лечении и уходе



For an English copy, see “Health Care Directive,”
gen-ahc-91676.

Мое распоряжение о лечении и уходе

Я составил этот документ после тщательного размышления, чтобы сообщить о своем выборе лечения и о личном предпочтении на тот случай, если я не смогу сообщить свое желание или буду не в состоянии принять решение о своем лечении и уходе. Кроме того, я назначил представителя по вопросам лечения и ухода. Мой представитель может принимать медицинские решения вместо меня, включая решение отказаться от лечения, которого я не хочу. Любой документ, составленный до этого, больше не имеет юридической силы.

Мои имя и фамилия: _____

Моя дата рождения: _____

Мой адрес: _____

Мой телефон: _____

Мой мобильный телефон: _____

Часть 1. Мой представитель по вопросам лечения и ухода

Если я не могу сообщить свое желание или не в состоянии принять решение о своем лечении и уходе из-за болезни или травмы, или если лечащие меня врачи установили, что я сам не в состоянии принять решение о лечении и уходе, я назначаю следующее лицо (лиц) для того, чтобы выражать мои желания и принимать решения о моем лечении и уходе*, включая решение отказаться от лечения, которого я не хочу. Выбирая своего представителя по вопросам лечения и ухода, я учел его способность принимать решения по его усмотрению, будучи осведомленным о моем выборе лечения. Это лицо в стрессовой ситуации может следовать моим желаниям.

Мой главный представитель по вопросам лечения и ухода:

Имя и фамилия: _____

Кем мне приходится: _____

Телефон (дом): _____ Телефон (моб): _____

Телефон (раб): _____ Адрес: _____

**Я понимаю, что моим представителем не может быть ни непосредственно занятый моим лечением или уходом медицинский специалист, ни сотрудник медицинского учреждения, где проводится мое лечение или уход, ни его супруг(а), за исключением ситуации, когда я являюсь кровным родственником этого лица или родственником в результате брака, зарегистрированного домашнего партнерства, или усыновления/удочерения. Если мой представитель является медицинским специалистом или сотрудником медицинского учреждения, то я назначаю его по следующим соображениям:*

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Если я аннулирую полномочия своего главного представителя, или если мой главный представитель не хочет, не способен или недоступен несмотря на разумные попытки его найти, чтобы он мог принять вместо меня решение о моем лечении и уходе, то я назначаю своего дополнительного представителя:

Дополнительный представитель по вопросам лечения и ухода:

Имя и фамилия: _____

Кем мне приходится: _____

Телефон (дом): _____ Телефон (моб): _____

Телефон (раб): _____ Адрес: _____

Мой представитель по вопросам лечения и ухода автоматически будет иметь все перечисленные ниже полномочия, когда я буду не в состоянии выразить свое мнение:

- A. Выбирать для меня лечение и уход. Сюда входят решение извлечь или не устанавливать зонд для искусственного кормления (парентеральное питание), решение об анализах, лекарствах, операциях и решение о лечении, если я беременна, а также о всех типах психиатрического лечения, включая интрузивное лечение или лекарства. Если лечение уже началось, то мой представитель может, основываясь на моих указаниях, продолжить или прекратить его.
- B. Интерпретировать любые указания, приведенные мной в этом документе, в соответствии с его пониманием моих пожеланий, ценностей и убеждений.
- C. Знакомиться с моей историей болезни и персональными файлами и разглашать их, насколько это необходимо для моего лечения и ухода.
- D. Организовать мое лечение и уход в штате Миннесота или в любом другом штате или месте, которое, по его мнению, является подходящим. Это включает в себя дом престарелых или инвалидов с медицинским обслуживанием или пансионат для людей, нуждающихся в ограниченном уходе (community-based residential facility).
- E. Решать, какие медицинские специалисты и учреждения будут обеспечивать мое лечение и уход.

Замечания или ограничения, касающиеся приведенного выше (например, хотели ли бы вы или не хотели, чтобы для принятия решений вместо вас привлекались следующие лица):

Дополнительные полномочия моего представителя по вопросам лечения и ухода. (Если я хочу, чтобы мой представитель имел любое из следующих полномочий, то я поставлю галочку перед соответствующим нижеследующим предписанием.)

- принять решение, касающиеся того, что делать с моим телом после смерти, и организовать его выполнение;
- продолжать выполнять функции моего представителя по вопросам лечения и ухода, даже в том случае, если происходит или завершен процесс расторжения, признания недействительным или прекращения нашего брака или домашнего партнерства;
- когда я его уполномочу для этого, принимать за меня решения о лечении и уходе, даже если я в состоянии решать или высказывать свое мнение.

NAME, DOB, MRN

Доверенность по вопросам лечения и ухода

Уведомление для лица, составляющего этот документ:

Вы имеете право принимать решения о своем лечении и уходе. Никакое лечение или уход не может предоставляться вам, если вы против этого возражаете, а необходимое вам лечение не может быть прекращено или в нем не может быть отказано, если вы против этого возражаете.

Из-за того, что у лечащих вас медицинских специалистов в некоторых случаях не было возможности установить с вами длительные отношения, часто они не знают о ваших убеждениях и ценностях, а также о подробностях ваших семейных отношений. Это приводит к проблемам, если возникнет ситуация, когда вы физически или психически окажетесь не в состоянии принимать решения о своем лечении и уходе.

Чтобы таких проблем не возникало, вы можете подписать этот имеющий юридическую силу документ, указав в нем лицо, которому вы доверяете принимать решения о лечении и уходе для вас, если вы лично не сможете принимать таких решений. Такое лицо называют вашим представителем по вопросам лечения и ухода. Вы должны без всякой спешки обсудить свои мысли и убеждения о лечении с тем человеком или теми людьми, которых вы хотели бы указать в этом документе. Вы можете указать в этом документе все виды лечения, которые вы хотели бы или не хотели бы получать, и вы можете ограничить полномочия своего представителя по вопросам лечения и ухода. Если ваш представитель по вопросам лечения и ухода не знает о ваших желаниях относительно конкретного решения о лечении и уходе, то он сам будет обязан определить, какое именно решение самым лучшим образом соответствует вашим интересам.

Это важный документ, имеющий юридическую силу. Он дает вашему представителю широкие полномочия для принятия решений по вашему лечению и уходу. Он аннулирует любую предыдущую доверенность по вопросам лечения и ухода, которые вы, может быть, составили раньше. Если вы хотите внести изменения в свою доверенность по вопросам лечения и ухода, вы можете аннулировать этот документ в любое время, уничтожив его, приказав другому лицу уничтожить его в вашем присутствии, подписав письменное и датированное заявление, или заявив в присутствии двух свидетелей, что этот документ аннулирован.

Если вы аннулируете этот документ, то вы должны сообщить об этом своему представителю, лечащим вас медицинским специалистам и всем другим лицам, получившим от вас копии этого документа. Если представителем является ваш супруг(а), а ваш брак аннулирован или вы развелись после подписания этого документа, то назначение супруга(и) в качестве представителя по вопросам лечения и ухода будет недействительным.

Вы также можете использовать этот документ для того, чтобы сделать анатомическое пожертвование органов после своей смерти или отказаться сделать такое пожертвование. Если вы используете этот документ для того, чтобы сделать анатомическое пожертвование органов после своей смерти или отказаться сделать такое пожертвование, то этот документ аннулирует все предыдущие документы о пожертвованиях, которые вы уже составили. Вы можете аннулировать или изменить любое анатомическое пожертвование, которое вы указали в этом документе, вычеркнув в этом документе положение об анатомическом пожертвовании.

Не подписывайте этот документ, не убедившись, что вам понятно все, что в нем написано.

Рекомендуется, чтобы вы отдали оригинал этого документа на хранение своему лечащему врачу.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Часть 2. Мои указания о лечении и уходе

Мой выбор и предпочтения относительно моего лечения и ухода приводятся ниже. Я прошу своего представителя сообщать о них, а лечащих меня врачей (и/или лечебную бригаду) исполнять их, если я окажусь не в состоянии сообщить об этом. **Я поставил свои инициалы перед описанием того выбора, который я сделал для каждого из перечисленных ниже обстоятельств.**

Примечание. Вы не обязаны давать письменные указания о лечении, направленном на продление жизни, но было бы желательно, если бы вы это сделали. Если вы решите не давать таких указаний, то ваш представитель по вопросам лечения и ухода будет принимать решения, основываясь на ваших устных указаниях, или на том, что самым лучшим образом соответствует вашим интересам.

1. Лечение для продления моей жизни

Если наступит такой момент, когда я больше не буду в состоянии принимать решения сам, и есть разумные основания считать, что у меня не восстановится способность понимать, кто я (для жителей штата Висконсин: если мое состояние является терминальным или постоянно вегетативным (псевдокома)):

_____ Я хочу, чтобы были **прекращены или не применялись все виды лечения**, продлевающие мою жизнь. Это включает в себя, но не ограничивается этим, следующее: парентеральное питание (зонд для искусственного кормления), внутривенное вливание жидкости, применение респиратора/вентилятора (аппарата искусственного дыхания), сердечно-легочную реанимацию (CPR) и использование антибиотиков.

или

_____ Я хочу, чтобы **проводились все виды** надлежащего лечения, рекомендованные моим лечащим врачом, до тех пор пока мой лечащий врач и мой представитель не придут к согласию о том, что такое лечение вредно или уже бесполезно.

Замечания или указания медицинским специалистам:

Независимо от того, какой выбор я сделал, я понимаю, что будут приниматься меры, чтобы снять боль и чувство дискомфорта, а также меня будут кормить и поить через рот, если я буду в состоянии глотать.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

2. Сердечно–легочная реанимация (CPR)

Сердечно–легочная реанимация (CPR) является попыткой восстановить работу сердца и/или дыхания после их остановки. В число принимаемых мер входят: компрессия грудной клетки (сильное нажатие на грудную клетку, чтобы вызвать сердечные сокращения), применение лекарственных средств, электростимуляция и использование дыхательной трубки.

Я понимаю, что сердечно–легочная реанимация может спасти жизнь. Я также понимаю, что она не так эффективна, если она применяется для больных с хроническими (длительными) болезнями и/или с нарушенным повседневным функционированием (когда очень трудно без значительной посторонней помощи есть, одеваться, мыться, ходить и т.п.). Я понимаю, что процесс выздоровления после сердечно–легочной реанимации может быть болезненным и трудным.

_____ **Я не хочу, чтобы применялась сердечно–легочная реанимация**, если у меня остановится сердце или дыхание, я предпочитаю умереть естественной смертью.

или

_____ **Я хочу, чтобы была применена сердечно–легочная реанимация, если только** лечащий меня врач не установит любое из перечисленных ниже:

- у меня неизлечимая болезнь или травма, и я умираю, или
- у меня нет разумных шансов выжить, если остановится сердце или прекратится дыхание, или
- у меня мало шансов на длительное выживание, если остановится сердце или прекратится дыхание, и процедура сердечно–легочной реанимации связана с большими физическими страданиями.

или

_____ **Я хочу, чтобы применялась сердечно–легочная реанимация, если у меня остановится сердце или дыхание.**

3. Предпочтения в отношении моего лечения и ухода

_____ Я описал предпочтения относительно своего лечения и ухода в связи с конкретным заболеванием (заболеваниями). В них описаны предпочитаемые мной виды лечения и ухода. Я понимаю, что, независимо от выбранного мной вида лечения и ухода, я буду получать лекарства, чтобы снять боль и чувство дискомфорта, а также что меня будут кормить и поить через рот, если я буду в состоянии глотать.

Замечания или указания медицинским специалистам:

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Часть 3. Мои надежды и желания (заполнять не обязательно)

Я хочу, чтобы близкие мне люди знали следующее о моих мыслях и чувствах:

1. Что делает мою жизнь осмысленной:

2. Мои убеждения о том, когда больше жить не стоит:

3. Мой выбор в отношении конкретных видов лечения (если хотите указать) (к этому относится, например, ваши желания по использованию аппарата искусственной вентиляции легких, диализа, антибиотиков, парентерального питания (использование зонда для искусственного кормления), паллиативного лечения и хосписа):

4. Мои мысли и чувства о том, где и как я хочу умереть:

5. Если я на пороге смерти, то я хочу, чтобы мои близкие знали, что я был бы признателен, если бы было сделано следующее для поддержки и комфорта (церемония, молитвы, музыка и т.д.):

6. Моя религиозная принадлежность:

Мое вероисповедание _____, и я являюсь членом _____ религиозной общины в городе _____. Я прошу сообщить им о моей смерти и попросить их организовать мои похороны/заупокойную службу/погребение. Я хотел бы, чтобы на моих похоронах было следующее, если возможно (например, люди, музыка, церемонии и т.п.):

7. Пожертвование органов (не заполнять, если нет предпочтения):

_____ Я хочу пожертвовать глаза, ткани и/или органы, если возможно. Мои специальные пожелания (написать, если они есть):

_____ Я не хочу пожертвовать глаза, ткани и/или органы.

8. Другие пожелания/указания:

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Часть 4. Придание документу юридической силы

По закону штата Миннесота вы должны подписать и датировать этот документ в присутствии двух свидетелей или нотариуса. Жители штата Висконсин должны подписать и датировать этот документ в присутствии двух свидетелей. (В штате Висконсин, если в качестве свидетелей приглашаются лица, нанятые медицинским учреждением для работы, то только социальные работники и священники могут быть такими свидетелями.)

Я составил этот документ по своей воле, я нахожусь в здравом уме, и в этом документе выражены мои желания относительно решений о моем будущем лечении и уходе.

Подпись: _____ Дата: _____

я не в состоянии подписать, то я прошу указанное лицо подписать за меня:

Подпись: _____ Дата: _____

Заявление свидетелей: Я лично видел, как подписывался этот документ. Я заявляю, что в этом документе я не назначен представителем по вопросам лечения и ухода. Если я являюсь медицинским специалистом, непосредственно предоставляющим лечение или уход указанному выше лицу, или сотрудником медицинского учреждения, которое непосредственно занято лечением или уходом этого лица, то я обязан поставить здесь свои инициалы: _____. По крайней мере один свидетель не может быть медицинским специалистом или сотрудником медицинского учреждения.

Свидетель номер один:

Подпись: _____ Дата: _____

Имя и фамилия печатными буквами _____

Адрес: _____

Свидетель номер два:

Подпись: _____ Дата: _____

Имя и фамилия печатными буквами _____

Адрес: _____

Нотариус: В моем присутствии _____ (дата), _____ (имя и фамилия) подтвердил(а) свою подпись на этом документе или подтвердил(а), что он(а) уполномочил(а) лицо, подписавшее этот документ, подписать этот документ вместо него. Я в этом документе не назначен представителем по вопросам лечения и ухода.

Подпись нотариуса: _____

Печать нотариуса:

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Часть 5. Дальнейшие действия

Теперь, когда вы составили и подписали распоряжение о лечении и уходе, вам нужно сделать следующее. Эта страница не является частью вашего распоряжения о лечении и уходе. Вы можете отделить ее от остального документа и использовать ее как список того, что нужно сделать.

- Сообщите об этом тому человеку, которого вы назначили своим представителем по вопросам лечения и ухода, если вы еще этого не сделали. Убедитесь в том, что он(а) чувствует себя в состоянии выполнить эту важную для вас работу в будущем.
- Дайте своему представителю по вопросам лечения и ухода копию своего распоряжения о лечении и уходе.
- Поговорите со своими родственниками и близкими друзьями, которые могут подключиться, если вы серьезно заболели или получили серьезную травму. Позаботьтесь о том, чтобы они знали, кто является вашим представителем по вопросам лечения и ухода, и каковы ваши желания.
- Дайте своему лечащему врачу копию своего распоряжения о лечении и уходе. Позаботьтесь о том, чтобы он понял ваши желания и следовал им.
- Храните копию своего распоряжения о лечении и уходе в таком месте, где ее можно легко найти.
- Если вы ляжете в больницу или в дом престарелых или инвалидов с медицинским обслуживанием, возьмите с собой копию своего распоряжения о лечении и уходе и попросите поместить ее в историю болезни.
- Пересматривайте, вносите изменения или заполняйте новое распоряжение о лечении и уходе регулярно — по крайней мере раз в пять лет — или когда:
 - произошло серьезное изменение в семье, например, развод или смерть;
 - у вас диагностировали серьезное заболевание;
 - ваше здоровье значительно ухудшается, особенно если вы не в состоянии за собой ухаживать или жить самостоятельно.

Если ваши желания изменятся, заполните новое распоряжение о лечении и уходе и скажите об этом своему представителю, своим родственникам, лечащему врачу и всем, у кого есть копии вашего старого распоряжения о лечении и уходе.

Этот документ является адаптацией законов штатов Миннесота и Висконсин о распоряжениях по лечению и уходу и находится в полном соответствии с этими законами — разделом 145С (штат Миннесота) и разделами 154 и 155 (штат Висконсин). Этот документ рассматривался и был рекомендован Этическим комитетом Объединения больниц и клиник Allina. Он был принят Системой Allina, чтобы способствовать предварительному планированию лечения и ухода и принятию разумных решений. Для получения более подробной информации звоните в справочную Allina Care по телефону 651-635-9173, подите на сайт allina.com/care, или спросите в любой больнице или клинике Allina.

Формулировки этого распоряжения о лечении и уходе были позаимствованы, с их разрешения, из East Metro Medical Foundation EMMS, для соблюдения стандартов на документацию Системы Allina. (Более подробно доступна на сайте www.metrodoctors.com или по телефону 612-362-3704.)

This page is not part of the health care directive and does not need to be included in the medical record.

У кого есть копии этого документа

Дайте копию этого документа лечащему врачу, представителю (представителям) по вопросам лечения и ухода, родственникам, друзьям и священникам, или принесите с собой, когда вы ложитесь в больницу или в клинику.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____





ALLINA[®]
Hospitals & Clinics

allina.com