

Распоряжение о лечении и уходе

Сообщение о выборе лечения и ухода

For an English copy, see “Health Care Directive:
Making Your Health Care Choices Known,” gen-ah-96884.



Allina Health

Мое распоряжение о лечении и уходе

Мое распоряжение о лечении и уходе было составлено для того, чтобы мой представитель по вопросам лечения и ухода, а также мои родственники, друзья или другие близкие мне люди руководствовались им при принятии решений о моем лечении и уходе вместо меня, если болезнь или травма не позволят мне самому принять решение или сообщить о нем.

Я понимаю, что мне следует обсудить свои желания, цели и убеждения с моим представителем по вопросам лечения и ухода, а также с родственниками, друзьями или другими близкими мне людьми. Это поможет им понять, насколько это возможно, мои желания, цели и убеждения, а также поможет моему представителю по вопросам лечения и ухода принимать решения вместо меня в соответствии со сделанным мной выбором.

Я понимаю, что мой представитель по вопросам лечения и ухода и лечащие меня специалисты не во всех ситуациях смогут действовать в соответствии с моими желаниями, целями и убеждениями.

Я составил этот документ после тщательного размышления.

Любой документ о лечении и уходе, составленный до этого, больше не имеет юридической силы.

Мои имя и фамилия по документам: _____

Моя дата рождения: _____

Мой адрес: _____

Мой телефон: _____

Мой мобильный телефон: _____

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Медицинская доверенность

Уведомление для составителя этого документа

Вы имеете право принимать решения о своем лечении и уходе. Если вы возражаете против какого-нибудь лечения или ухода, то его нельзя применять принудительно; кроме того, необходимое лечение и уход не может быть приостановлено без вашего согласия, и без вашего согласия в нем нельзя отказать.

Поскольку у лечащих вас специалистов в некоторых случаях не было возможности установить с вами долгосрочные взаимоотношения, им часто неизвестны ваши принципы и убеждения, а также подробности взаимоотношений с родственниками. Из-за этого могут возникнуть проблемы, если вы, физически или психически, окажетесь не в состоянии принимать решения о своем лечении и уходе.

Чтобы такая проблема не возникла, вы можете составить и подписать этот имеющий юридическую силу документ, в котором указан конкретный человек, которому вы поручаете принимать вместо вас решения о вашем лечении и уходе, если вы сами не в состоянии принимать такие решения. Такого человека называют вашим представителем по вопросам лечения и ухода. Вам нужно подробно обсудить свои соображения и убеждения о медицинском лечении с человеком или людьми, которых вы указали в этом документе. Вы можете указать в этом документе все виды лечения, которые вы хотите или не хотите использовать, а также 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 требуется, чтобы он при принятии такого решения сам определил, что будет в ваших наилучших интересах.

Это важный документ, имеющий юридическую силу. Он дает вашему представителю широкие полномочия по принятию вместо вас решений о вашем лечении и уходе. Он отменяет все ваши предыдущие медицинские доверенности. Если вы хотите изменить свою медицинскую доверенность, вы можете отозвать этот документ в любое время, уничтожив его, поручив другому человеку уничтожить его в вашем присутствии, подписав письменное и датированное уведомление об этом или заявив в присутствии двух свидетелей, что этот документ отозван.

Если вы отозвали этот документ, то вам нужно сообщить об этом своему представителю, лечащим вас специалистам и всем другим, кому вы дали копию этого документа. Если вашим представителем является ваш(а) супруг(а) или домашний партнер, и если ваш брак аннулирован, или вы развелись, или ваше домашнее партнерство прекратилось после подписания этого документа, то этот документ становится недействительным.

Вы также можете использовать этот документ, чтобы сделать или отказаться сделать анатомическое пожертвование после смерти. Если вы используете этот документ, чтобы сделать или отказаться сделать анатомическое пожертвование, то этот документ отзывает все предыдущие заявления о такого рода пожертвованиях, которые вы могли сделать. Вы можете отозвать или изменить любое анатомическое пожертвование, сделанное вами в этом документе, вычеркнув раздел этого документа об анатомических пожертвованиях.

Не подписывайте этот документ, пока вы полностью его не поймете.

Рекомендуется, чтобы оригинал этого документа хранился у вашего семейного врача.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Часть 1. Мой представитель по вопросам лечения и ухода

Я выбрал представителя по вопросам лечения и ухода, чтобы он говорил вместо меня в следующих ситуациях:

- если я из-за болезни или травмы не могу сообщить свои желания, цели и убеждения, а также решения о лечении и уходе

или

- лечащие меня специалисты установили, что я сам не в состоянии принимать решения о своем решении и уходе.

Выбирая своего представителя по вопросам лечения и ухода, я учел его способность принимать решения по его усмотрению, основываясь на моем выборе. Я верю, что этот человек в стрессовой ситуации будет следовать моим желаниям, целям и убеждениям.

Я понимаю, что моим представителем по вопросам лечения и ухода должен быть человек не моложе 18 лет.

Примечание: Если человек, которого вы выбираете в качестве представителя по вопросам лечения и ухода, является медицинским специалистом, который лечит вас или ухаживает за вами в настоящее время или, возможно, будет делать это в будущем, то вы **не** должны выбирать такого человека в качестве своего представителя по вопросам лечения и ухода, если только этот человек не является вашим кровным родственником, родственником в результате брака, зарегистрированного домашнего партнерства или усыновления/удочерения.

Мой главный представитель по вопросам лечения и ухода:

Имя и фамилия: _____

Кем мне приходится: _____

Адрес: _____

Телефоны (дом) _____ (моб) _____ (раб) _____

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Резервный представитель по вопросам лечения и ухода

Я выбрал этого человека в качестве своего резервного представителя по вопросам лечения и ухода, если мой главный представитель по вопросам лечения и ухода недоступен или не хочет действовать как мой представитель по вопросам лечения и ухода:

Имя и фамилия: _____

Кем мне приходится: _____

Адрес: _____

Телефоны (дом) _____ (моб) _____ (раб) _____

Дополнительные резервные представители по вопросам лечения и ухода (заполнять не обязательно)

Второй резервный представитель по вопросам лечения и ухода

Я выбрал этого человека в качестве своего резервного представителя по вопросам лечения и ухода, если как мой главный представитель по вопросам лечения и ухода, так и мой первый резервный представитель по вопросам лечения и ухода недоступны или не хотят действовать как мои представители по вопросам лечения и ухода:

Имя и фамилия: _____

Кем мне приходится: _____

Адрес: _____

Телефоны (дом) _____ (моб) _____ (раб) _____

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Третий резервный представитель по вопросам лечения и ухода

Я выбрал этого человека в качестве своего резервного представителя по вопросам лечения и ухода, если как мой главный представитель по вопросам лечения и ухода, так и мои другие резервные представители по вопросам лечения и ухода недоступны или не хотят действовать как мои представители по вопросам лечения и ухода:

Имя и фамилия: _____

Кем мне приходится: _____

Адрес: _____

Телефоны (дом) _____ (моб) _____ (раб) _____

Четвертый резервный представитель по вопросам лечения и ухода

Я выбрал этого человека в качестве своего резервного представителя по вопросам лечения и ухода, если как мой главный представитель по вопросам лечения и ухода, так и мои другие резервные представители по вопросам лечения и ухода недоступны или не хотят действовать как мои представители по вопросам лечения и ухода:

Имя и фамилия: _____

Кем мне приходится: _____

Адрес: _____

Телефоны (дом) _____ (моб) _____ (раб) _____

NAME, DOB, MRN

Полномочия моего представителя по вопросам лечения и ухода

Мой представитель по вопросам лечения и ухода будет автоматически иметь все перечисленные ниже полномочия, когда я буду не в состоянии принимать решения о своем лечении и уходе:

- Принимать решения о моем лечении и уходе, включая решения о начале, прекращении или изменении лечения. Сюда входят решения об анализах, лекарствах, операциях и другие решения о лечении, включая психиатрическое лечение и лекарства, за исключением того, что указано в разделе «Ограничения» на странице 9. Если лечение уже началось, то мой представитель по вопросам лечения и ухода может продолжить или прекратить его, основываясь на моих устных и/или письменных указаниях.
- Интерпретировать любые указания, приведенные в этом документе, в соответствии с его пониманием моих желаний, целей и убеждений.
- Знакомиться с моей историей болезни, информацией о моем состоянии здоровья и другими персональными файлами и разглашать их, насколько это необходимо для моего лечения и ухода, действуя как личный представитель в соответствии с Законом США 1996 года о преимуществах страхования и отчетности в области здравоохранения (HIPAA) и аналогичными законами штата.
- Организовать мое лечение и уход в любом штате или месте, которое, по его мнению, является подходящим. (см. стр. 7)
- Решать, какие медицинские специалисты и учреждения будут обеспечивать мое лечение и уход.

Примечание: Ваш представитель по вопросам лечения и ухода не может принимать решений о ваших финансах. Подумайте о том, чтобы обсудить с адвокатом составление финансовой доверенности (Financial Power of Attorney), если вы хотите быть уверены, что вы даете кому-то право принимать финансовые решения или выполнять финансовые транзакции от вашего имени.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Дополнительные полномочия моего представителя по вопросам лечения и ухода

Если я хочу, чтобы мой представитель по вопросам лечения и ухода имел одно или несколько из следующих полномочий, то я поставлю свои инициалы перед соответствующим нижеследующим предписанием.

Примечание. Если вы не поставите свои инициалы перед клеточками в разделах 1, 2 и 3, то будет считаться, что вы выбрали «нет». Это означает, что если вы ничего не выбрали, то ваш представитель по вопросам лечения и ухода не сможет принять эти решения, и потребуется распоряжение суда, чтобы вы могли получать определенные описанные ниже виды лечения и ухода, в соответствии с законодательством штата Висконсин.

1. Помещение в дом престарелых или инвалидов с медицинским обслуживанием или в местный пансионат для нуждающихся в ограниченном уходе людей (community-based residential facility)

Мой представитель по вопросам лечения и ухода может поместить меня на короткий срок в дом престарелых или инвалидов с медицинским обслуживанием или в местный пансионат для нуждающихся в ограниченном уходе людей (community-based residential facility), для восстановительного ухода или для временного ухода до возвращения ухаживающего за мной человека.

Полномочия моего представителя по вопросам лечения и ухода для помещения меня на продолжительное время в дом престарелых или инвалидов с медицинским обслуживанием или в местный пансионат для людей, нуждающихся в ограниченном уходе (community-based residential facility), указаны ниже:

☐

Да, мой представитель по вопросам лечения и ухода может, если необходимо, поместить меня на продолжительное время в дом престарелых или инвалидов с медицинским обслуживанием или в местный пансионат для людей, нуждающихся в ограниченном уходе. На это полномочие распространяются ограничения, записанные мной в этом документе, и оно не имеет силы, если во время предполагаемого помещения у меня был установлен диагноз инвалидности вследствие порока развития или диагноз психического заболевания.

☐

Нет, у моего представителя по вопросам лечения и ухода нет полномочий поместить меня на продолжительное время в дом престарелых или инвалидов с медицинским обслуживанием или в местный пансионат для людей, нуждающихся в ограниченном уходе.

Я понимаю, что я должен выбрать «да», если я хочу, чтобы мой представитель по вопросам лечения и ухода без распоряжения суда мог поместить меня на продолжительное время в учреждение длительного ухода.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

2. Не устанавливать или удалить питательную трубку

☐

Да, мой представитель по вопросам лечения и ухода может запретить устанавливать мне питательную трубку или потребовать ее удалить, если только лечащий меня специалист не сообщит, что, по его профессиональному мнению, если питательную трубку не установить или если установленную питательную трубку удалить, то это вызовет боль или дискомфорт. На это полномочие распространяются ограничения, записанные мной в этом документе.

Примечание. Вам будут продолжать вводить болеутоляющие и успокаивающие лекарства, а также пищу и жидкости через рот, если вы в состоянии глотать.

☐

Нет, мой представитель по вопросам лечения и ухода не имеет полномочий запретить устанавливать мне питательную трубку или потребовать ее удалить.

Я понимаю, что я должен выбрать «да», если я хочу, чтобы мой представитель по вопросам лечения и ухода без распоряжения суда мог дать согласие на то, чтобы запретить устанавливать мне питательную трубку или потребовать ее удалить.

3. Решения о лечении и уходе во время беременности

☐

Да, мой представитель по вопросам лечения и ухода может принимать вместо меня решения о моем лечении и уходе, если я беременна. На это полномочие распространяются ограничения, записанные мной в этом документе.

☐

Нет, мой представитель по вопросам лечения и ухода не может принимать вместо меня решения о моем лечении и уходе, если я беременна.

Я понимаю, что я должна выбрать «да», если я хочу, чтобы мой представитель по вопросам лечения и ухода без распоряжения суда мог принимать вместо меня решения о моем лечении и уходе, если я беременна.

☐

Неприменимо. Я мужчина или больше не могу забеременеть.

4. Решение о том, что делать с моим телом после смерти

☐

Да, мой представитель по вопросам лечения и ухода уполномочен принять решение о том, что делать с моим телом после смерти.

☐

Нет, мой представитель по вопросам лечения и ухода не уполномочен принимать решений о том, что делать с моим телом после смерти.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

5. Продолжать выполнять функции моего представителя по вопросам лечения и ухода, если наши отношения прекратились

☐

Да, мой представитель по вопросам лечения и ухода уполномочен продолжать выполнять эти функции, если происходит или завершен процесс расторжения, признания недействительным или прекращения нашего брака или домашнего партнерства.

☐

Нет, мой представитель по вопросам лечения и ухода не уполномочен продолжать выполнять эти функции, если происходит или завершен процесс расторжения, признания недействительным или прекращения нашего брака или домашнего партнерства.

Ограничение полномочий моего представителя по вопросам лечения и ухода

В соответствии с законодательством штата Висконсин, мой представитель по вопросам лечения и ухода не может поместить или принудительно поместить меня в качестве стационарного больного в учреждение для лечения психических заболеваний, в учреждение по уходу за больными с интеллектуальной инвалидностью, в государственное лечебное учреждение или в лечебное учреждение. Мой представитель по вопросам лечения и ухода не уполномочен согласиться на применение ко мне экспериментального психиатрического исследования или психиатрического вмешательства, лечения электрошоком или радикальных процедур психиатрического лечения.

Если я хочу ограничить полномочия своего представителя по вопросам лечения и ухода в отношении любых других его решений или действий, я сообщаю об этом ниже.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Часть 2. Мои распоряжения о лечении и уходе

Мой выбор относительно моего лечения и ухода приводятся ниже. Я прошу своего представителя по вопросам лечения и ухода сообщать о них, а лечащих меня специалистов выполнять их, если я окажусь не в состоянии дать им об этом знать или принимать решения.

Примечание: Этот документ дает право вашему представителю по вопросам лечения и ухода принимать решения только в следующих случаях:

- лечащие вас специалисты установили, что вы не в состоянии принимать решения
- вы распорядились, чтобы ваш представитель по вопросам лечения и ухода принимал за вас решения, даже если вы сами будете в состоянии принимать решения или сообщать о них.

Сердечно-легочная реанимация (CPR)

Сердечно-легочная реанимация (CPR) является попыткой восстановить сердечный ритм и дыхание после их остановки. В число принимаемых мер входят: компрессия грудной клетки (сильное нажатие на грудную клетку, чтобы восстановить циркуляцию крови), применение лекарственных средств, электростимуляция, использование дыхательной трубки и госпитализация.

Я понимаю следующее:

- сердечно-легочная реанимация может спасти жизнь, но она не всегда успешна
- сердечно-легочная реанимация не так эффективна, если она применяется для больных с хроническими (длительными) болезнями
- процесс выздоровления после сердечно-легочной реанимации может быть болезненным и трудным.

Я поставил свои инициалы перед своим выбором из перечисленных ниже для такой ситуации.

My choice about CPR

☐

Я хочу, чтобы применялась сердечно-легочная реанимация во всех случаях при остановке сердца или дыхания.

☐

Я хочу, чтобы применялась сердечно-легочная реанимация во всех случаях при остановке сердца или дыхания, **если только лечащий меня медицинский специалист не установит**, что у меня мало или нет разумных шансов выжить даже при использовании сердечно-легочной реанимации.

☐

Я не хочу, чтобы применялась сердечно-легочная реанимация, если у меня остановится сердце или дыхание. Я предпочитаю умереть естественной смертью. Если я сделаю этот выбор, то я должен поговорить с лечащим меня специалистом.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Лечение для продления жизни

Если лечащие меня специалисты определяют, что я нахожусь в вегетативном состоянии или что у меня необратимое поражение головного мозга, что означает высокую вероятность того, что я не приду в сознание и не восстановлю свою способность знать, кто я, то я выбираю следующее.

Примечание: При любом выборе вам будут продолжать вводить болеутоляющие и успокаивающие лекарства, а также пищу и жидкости через рот, если вы в состоянии глотать.

Я поставил свои инициалы перед своим выбором из перечисленных ниже для такой ситуации.

Мой выбор:

☐

Я хочу прекратить любое лечение или не начинать никакого лечения которое в это время продлевает мою жизнь. Это включает перечисленное ниже, но не ограничивается им: питание через трубку, использование внутривенных вливаний, использование респиратора/вентилятора (аппарата искусственного дыхания), сердечно-легочная реанимация и использование антибиотиков.

☐

Я хочу, чтобы были использованы все виды лечения рекомендованные лечащей меня бригадой, до тех пор пока они не придут к соглашению, что такие виды лечения приносят вред и больше не помогают. Это включает перечисленное ниже, но не ограничивается им: питание через трубку, внутривенные вливания жидкостей, использование респиратора/вентилятора, сердечно-легочная реанимация и использование антибиотиков.

☐

Я хочу, чтобы использовали ограниченное лечение. Я хочу получать определенные виды лечения в определенных обстоятельствах, как я записал ниже. Например, вы можете написать, что вы хотите, чтобы вашу жизнь продолжали поддерживать искусственно до тех пор пока не придут все члены вашей семьи.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Терминальная стадия болезни

Терминальной стадией болезни является активное и ухудшающееся состояние, которое неизлечимо, и предполагается, что оно приведет к смерти.

Примечание: При любом выборе вам будут продолжать вводить болеутоляющие и успокаивающие лекарства, а также пищу и жидкости через рот, если вы в состоянии глотать.

Я поставил свои инициалы перед своим выбором из перечисленных ниже для такой ситуации.

Если у меня терминальная стадия болезни, то мой выбор:

☐

Я хочу прекратить любое лечение или не начинать никакого лечения которое продлевает мою жизнь. Это включает перечисленное ниже, но не ограничивается им: питание через трубку, внутривенные вливания жидкостей, использование респиратора/вентилятора, сердечно-легочная реанимация и использование антибиотиков.

☐

Я хочу, чтобы были использованы все виды лечения рекомендованные лечащей меня бригадой до тех пор пока они не придут к соглашению, что такие виды лечения приносят вред и больше не помогают. Это включает перечисленное ниже, но не ограничивается им: питание через трубку, внутривенные вливания жидкостей, использование респиратора/вентилятора, сердечно-легочная реанимация и использование антибиотиков.

☐

Я хочу, чтобы использовали ограниченное лечение. Я хочу получать определенные виды лечения в определенных ситуациях, как я записал ниже. Например, вы можете написать, что вы хотите, чтобы вас лечили антибиотиками от любой инфекции.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Выбор лечения для других болезней (заполнять не обязательно)

Примечание: Здесь вы можете записать свой выбор лечения для конкретных заболеваний. Например, если у вас диабет, вы можете записать, как вы относитесь к использованию диализа. Этот раздел можно оставить незаполненным.

Пожертвование органов

Пожертвование органов означает донорство глаз, тканей или других органов для лечения людей, нуждающихся в этом.

Я поставил свои инициалы перед своим выбором из перечисленных ниже для такой ситуации.

☐

Я не хочу пожертвовать свои органы, глаза, ткани или другие части тела. Я не даю разрешения на такое донорство после моей смерти.

☐

Я хочу пожертвовать свои органы, глаза, ткани или другие части тела. Я даю разрешение на такое донорство после моей смерти. Моему представителю по вопросам лечения и ухода разрешается начать или продолжить поддерживающее лечение или любое вмешательство, необходимое для сохранения моих органов, глаз, тканей или другой части тела до завершения процесса донорства.

☐

Я хочу пожертвовать, но я хочу **ограничить** донорство своих тканей и органов. Я разрешаю ограниченное донорство после моей смерти в соответствии с тем, что я записал ниже. Я даю разрешение на такое донорство после моей смерти. Моему представителю по вопросам лечения и ухода разрешается начать или продолжить поддерживающее лечение или любое вмешательство, необходимое для сохранения моих органов, глаз, тканей или другой части тела до завершения процесса донорства.

☐

Я не принял решения о пожертвовании одного, нескольких или всех своих органов, глаз, тканей или других частей тела. Я даю разрешение моему представителю по вопросам лечения и ухода принять такое решение после моей смерти.

Примечание: Просим подписать и поставить дату на всех дополнительных страницах, которые вы добавляете к этому документу.

NAME, DOB, MRN

Вскрытие

Вскрытие делают для подтверждения причины смерти или для научных исследований в медицине.

Я поставил свои инициалы перед своим выбором из перечисленных ниже для такой ситуации.

☐

Я не хочу чтобы было сделано вскрытие, если только это не требуется по закону.

☐

Я разрешаю своему представителю по вопросам лечения и ухода потребовать сделать вскрытие, если это может помочь другим понять причину моей смерти или помочь моим родственникам принять решение об их лечении и уходе в будущем.

☐

Я не принял решения о том, разрешить вскрытие или нет. Я разрешаю своему представителю по вопросам лечения и ухода принять об этом решение после моей смерти.

Замечания или инструкции для лечащих меня специалистов (заполнять не обязательно)

Примечание: Ниже вы можете написать любые дополнительные инструкции или сообщения для лечащей вас бригады о том, что не было включено в это распоряжение о лечении и уходе, а также подробнее объяснить или уточнить ваши желания, цели и убеждения. Этот раздел можно не заполнять.

Примечание: Просим подписать и поставить дату на всех дополнительных страницах, которые вы добавляете к этому документу.

NAME, DOB, MRN

Примечание: Ниже вы можете написать любые дополнительные инструкции или сообщения для своего представителя по вопросам лечения и ухода о том, что не было включено в это распоряжение о лечении и уходе. Этот раздел можно не заполнять.

В частности, вы можете указать имена и фамилии родственников, друзей или других близких вам людей, которых вы хотите **включить** или **исключить** из медицинских обсуждений, касающихся вас, например, «Я не хочу, чтобы _____ участвовал в медицинских обсуждениях обо мне», или «Я хочу, чтобы _____ и _____ участвовали в медицинских обсуждениях обо мне».

[illegible]

15

patient sticker

Часть 3. Мои надежды и желания

Примечание: Заполнение этого раздела не обязательно, но может оказаться полезным для вашего представителя по вопросам лечения и ухода и родственников, друзей и других людей, которые оказывают помощь при принятии решений о вашем лечении и уходе в конце жизни.

Я хочу, чтобы те, кто участвуют в моем лечении и уходе и принятии решений о моем лечении и уходе, знали следующее о моих мыслях и чувствах:

1. Что делает мою жизнь осмысленной (что мотивирует меня вставать каждое утро):

2. Мои убеждения о том, когда больше жить не стоит (приведите примеры ситуаций, когда жизнь хуже смерти):

3. Мой выбор в отношении конкретных видов лечения (если хотите указать) (к этому относятся, например, ваш выбор в отношении использования вентиляторов, диализа, антибиотиков, зонда для искусственного кормления, хосписа или паллиативного лечения):

Хоспис

Уход в хосписе направлен на обеспечение комфорта и качества жизни, когда лечащий вас специалист считает, что вам осталось жить не больше шести месяцев.

Паллиативное лечение

Паллиативное лечение можно применять на любой стадии тяжелой болезни. Оно направлено на лечение симптомов, облегчение эмоциональных и духовных сомнений, и оно помогает вам и вашим родственникам понять вашу болезнь и выбор лечения.

Примечание: Просим подписать и поставить дату на всех дополнительных страницах, которые вы добавляете к этому документу.

NAME, DOB, MRN

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

5. Если я на пороге смерти, то я хочу, чтобы было сделано следующее для поддержки и комфорта:

6. Ваши мысли и чувства о том, как ухаживающие за вами люди могут обеспечить вам духовную поддержку в соответствии с вашими культурными и религиозными традициями.

7. 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 хочу, чтобы меня похоронили традиционно / кремировали (обведите свой выбор)

Я хотел бы, чтобы на моих похоронах было следующее, если возможно (например, люди, музыка,
церемонии и т.п.):

8. Другие желания / указания (вы можете включить инструкции о пожертвовании вашего тела для
научных целей):

Примечание: Просим подписать и поставить дату
на всех дополнительных страницах, которые вы
добавляете к этому документу.

NAME, DOB, MRN

Часть 4. Придание юридической силы моему распоряжению о лечении и уходе

По закону штата Висконсин вы должны подписать этот документ и поставить дату в присутствии двух свидетелей.

- По законодательству штата Висконсин, из лечащих специалистов только социальные работники и священники могут быть свидетелями.
- Кроме этого, ваши свидетели не могут:
 - быть вашими родственниками или названными в этом документе представителями по вопросам лечения и ухода
 - иметь право получить деньги или собственность из вашего наследственного имущества после вашей смерти, о чем им известно
 - нести прямую финансовую ответственность за ваше лечение и уход.

Важно. Подождите ставить свою подпись до тех пор пока вы не будете находиться в присутствии двух свидетелей. Даты подписей обязательно должны совпадать.

Я составил этот документ по своей воле. Я нахожусь в здравом уме. В этом документе выражен мой выбор относительно решений о моем лечении и уходе:

Подпись: _____ Дата: _____

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

Подпись: _____

Имя и фамилия печатными буквами: _____

Дата: _____

Причина, по которой я не могу подписать: _____

Два свидетеля

Я заявляю нижеследующее:

- этот документ был подписан в моем присутствии человеком, заполнившим этот документ, или человеком, которого заполнивший этот документ уполномочил подписать вместо него
- мне уже исполнилось 18 лет
- я в этом документе не указан как представитель по вопросам лечения и ухода
- я не являюсь кровным родственником, родственником в результате брака, зарегистрированного домашнего партнерства или усыновления/удочерения человека, подписывающего этот документ
- я не несу прямую финансовую ответственность за лечение и уход этого человека
- я не являюсь медицинским специалистом, непосредственно обеспечивающим лечение и уход этого человека в настоящее время
- я не являюсь сотрудником медицинского специалиста (кроме социального работника или священника), непосредственно обеспечивающего лечение и уход этого человека в настоящее время
- мне не известно, что я имею право получить деньги или собственность из наследственного имущества этого человека после его смерти

Подпись свидетеля 1:

Подпись: _____ Дата: _____

Имя и фамилия печатными буквами: _____

Адрес: _____

Подпись свидетеля 2:

Подпись: _____ Дата: _____

Имя и фамилия печатными буквами: _____

Адрес: _____

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Часть 5. Дальнейшие действия

Теперь, когда вы составили и подписали свое 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 этого документа и использовать ее для заметок.

Список действий

- ☐ Храните оригинал своего распоряжения о лечении и уходе в таком месте, где его можно легко найти.
- ☐ Дайте копию своего распоряжения о лечении и уходе своему представителю по вопросам лечения и ухода, лечащему вас специалисту (специалистам) (чтобы распоряжение можно было отсканировать и присоединить к истории болезни) и тем, кто может участвовать в лечении и уходе за вами или помогать при принятии таких решений.
- ☐ Поговорите со всеми, кто может подключиться, если вы серьезно заболите или получите серьезную травму. Позаботьтесь о том, чтобы они знали, кто является вашим представителем по вопросам лечения и ухода, и поняли ваши желания, цели и убеждения.
- ☐ Если вы ляжете в больницу или в пойдете жить в дом престарелых или инвалидов с медицинским обслуживанием, возьмите с собой копию своего распоряжения о лечении и уходе и попросите отсканировать распоряжение и поместить в историю болезни.
- ☐ Пересматривайте, меняйте или составляйте новое распоряжение о лечении и уходе по крайней мере раз в 5 лет или когда случится любое из перечисленного ниже:
 - произошло важное изменение в семье, например, развод или смерть
 - у вас диагностировали серьезное заболевание
 - ваше здоровье значительно ухудшилось, особенно если вы не в состоянии ухаживать за собой или жить самостоятельно
 - ваш представитель по вопросам лечения и ухода больше не хочет или не может им оставаться.
- ☐ Если ваш выбор изменился, составьте новое распоряжение о лечении и уходе и дайте копию нового распоряжения своему представителю по вопросам лечения и ухода, лечащему вас специалисту (специалистам) и тем, кто может участвовать в лечении и уходе за вами или помогать при принятии таких решений, а также всем, у кого есть копия старого распоряжения о лечении и уходе. Сообщите им, что изменилось, и попросите уничтожить старые копии.

У кого есть копии этого документа

Дайте копию этого документа своему представителю по вопросам лечения и ухода, лечащему вас специалисту (специалистам), священнику и тем, кто может участвовать в лечении и уходе за вами или помогать при принятии таких решений. Кроме того, возьмите с собой копию своего распоряжения о лечении и уходе, когда вы будете ложиться в больницу или клинику для лечения.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Планирование лечения и ухода в Allina Health

- Allina Health обеспечивает возможность конфиденциального заполнения распоряжения о лечении и уходе через интернет. Для этого вам нужно пойти на сайт allinahealth.org/acr и зарегистрироваться, чтобы создать свою документацию в Allina Health.
- Вы также можете зарегистрироваться для бесплатного семинара заполнения распоряжения о лечении и уходе. На сайте allinahealth.org/acr можно посмотреть расписание занятий; чтобы записаться, можно также позвонить по телефону 612-262-2224.



allinahealth.org