

MINNESOTA

EDUCATION
(RUSSIAN)

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-91676.



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 и мой круг поддержки (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. My health care directive was created to guide my care circle (family, friends or others close to me) and health care agent(s) to make health care decisions on my behalf if illness or injury prevents me from deciding or communicating them myself at the time of care.

Я понимаю, что это моя ответственность обсудить свои желания, цели и убеждения с моим доктором, с моим представителем по вопросам лечения и ухода, и с моим кругом поддержки. 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. 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

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, за исключением следующих ситуаций:

- этот человек является вашим кровным родственником, родственником в результате брака, зарегистрированного домашнего партнерства или усыновления/удочерения

или

- этот человек связан с вами не только тем, что он занимается вашим лечением и уходом, но и каким-то другим образом, например, является соседом или давним другом.

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

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) _____

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 решение извлечь или не устанавливать зонд для искусственного кормления (парентеральное питание), решения об анализах, лекарствах, операциях и другие решения о лечении, включая психиатрическое лечение и лекарства. 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

NAME, DOB, MRN

- 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 преемственности страхования и отчетности в области здравоохранения (HIPAA) и аналогичными законами штата.
- организовать мое лечение или уход в любом штате или месте, которое, по его мнению, является подходящим
- 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.

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.

- Принять решение, касающиеся того, что делать с моим телом после смерти.
- Продолжать выполнять функции моего представителя по вопросам лечения и ухода даже в том случае, если наши отношения с юридической точки зрения завершены или находятся в процессе завершения.
- Если я беременна, принять решение о том, попытаться ли продолжить беременность до родов, основываясь на его понимании моих желаний, целей, убеждений и инструкций.

Ограничение полномочий моего представителя по вопросам лечения и ухода

Если я хочу ограничить полномочия своего представителя по вопросам лечения и ухода касательно его решений или действий, я напишу об этом ниже.

NAME, DOB, MRN

Часть 2. Мои распоряжения о лечении и уходе

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

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
- Сердечно-легочная реанимация (CPR) может повлечь за собой травмы, процесс выздоровления после CPR 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 предлагать болеутоляющие и успокаивающие лекарства, а также пищу и жидкость через рот, если вы будете 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 поддерживали искусственно до тех пор, пока не придут все ваши близкие.

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 предлагать болеутоляющие и успокаивающие лекарства, а также пищу и жидкость через рот, если вы будете 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 написать, как вы относитесь к использованию диализа.

Я решил оставить этот раздел незаполненным (инициалы)

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. Возможно, за вскрытие придется платить.

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.

Я решил оставить этот раздел незаполненным (инициалы)

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

NAME, DOB, MRN

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 решил оставить этот раздел незаполненным (инициалы).

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:

(начинайте предложение с «Если возможно, я бы хотел(-а)»...)

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

(Подумайте о том, какие действия или предметы могли бы дать вам чувство покоя, и какую поддержку могли бы оказать вам посетители.)

6. Поделитесь мыслями и чувствами о том, как ухаживающие за вами люди могут обеспечить вам духовную поддержку в соответствии с вашими культурными и религиозными традициями.

7. Моя религиозная, духовная или конфессиональная принадлежность:

Мое вероисповедание _____ и я являюсь членом _____

религиозной общины в городе _____. Я прошу сообщить им о моей

смерти и попросить их организовать мои похороны или заупокойную службу.

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

Указания о том, что делать с моим телом после моей смерти:

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

8. Другие пожелания/указания (такие как пожертвование 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 Миннесота вы должны подписать этот документ и поставить дату в присутствии нотариуса **или** двух свидетелей.

- Нотариусом или свидетелями не могут быть лица, указанные в этом документе как представители по вопросам лечения и ухода.
- Нотариусом не может быть лечащий меня специалист (однако им *может* быть сотрудник лечащего меня специалиста), который занимается лечением и уходом за вами в то время, когда вы подписываете этот документ.
- Если вы подписываете в присутствии двух свидетелей, то только один из этих двух свидетелей может быть лечащим вас специалистом (или сотрудником лечащего вас специалиста), который занимается лечением и уходом за вами в то время, когда вы подписываете этот документ.

Важно: Подождите ставить свою подпись до тех пор пока вы не будете находиться в присутствии либо нотариуса, **либо** 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: _____

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Возможность 1. Нотариус

В моем присутствии _____ (дата), _____ человека, заполняющего это распоряжение о лечении и уходе) подтвердил(а) свою подпись на этом документе или подтвердил(а), что он(а) уполномочил(а) лицо, подписавшее этот документ, подписать этот документ вместо него (нее). **Я в этом документе не назначен представителем по вопросам лечения и ухода или резервным представителем по вопросам лечения и ухода.**

Важно

Если вы используете нотариуса, то вам не нужны два свидетеля.

Графство: _____
(где подписан документ)

В удостоверение чего я ставлю свою подпись и официальную печать:

Подпись нотариуса: _____

Мои полномочия истекают (дата): _____

Печать нотариуса:

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Возможность 2. 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.

Примечание: Только один из двух свидетелей может быть лечащим вас специалистом (или сотрудником лечащего вас специалиста), который занимается лечением и уходом за вами в то время, когда вы подписываете этот документ.

Подпись свидетеля 1:

Подпись: _____ Дата: _____

Имя и фамилия печатными буквами: _____

Адрес: _____

Являетесь ли вы медицинским специалистом (или сотрудником медицинского специалиста), непосредственно занимающимся лечением и уходом за человеком, составляющим это распоряжение о лечении и уходе? да нет

Подпись свидетеля 2:

Подпись: _____ Дата: _____

Имя и фамилия печатными буквами: _____

Адрес: _____

Являетесь ли вы медицинским специалистом (или сотрудником медицинского специалиста), непосредственно занимающимся лечением и уходом за человеком, составляющим это распоряжение о лечении и уходе? да нет

Важно

Если вы используете двух свидетелей, вам не нужен нотариус.

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 изменение в семье, например развод, отчуждение 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

Предоставьте копию этого документа своему представителю по вопросам лечения и ухода, лечащему вас специалисту (специалистам), священнослужителю или духовному руководителю и тем, кто может участвовать в 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. _____



allinahealth.org