

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

# Набор информации о предварительных медицинских указаниях

Руководство с целью помочь вам выразить свои желания в отношении оказания  
вам медицинской помощи



## СОДЕРЖАНИЕ

### ЧАСТЬ I - ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ

Выбор представителя, который будет принимать за вас решения  
Кто будет принимать решения относительно вашего лечения, если вы не в состоянии этого делать самостоятельно? . . . . . Стр. 1

### ЧАСТЬ II - ПО ВЫБОРУ

Полномочия назначенного вами представителя, связанные с принятием решений относительно лечения . . . . . Стр. 2

### ЧАСТЬ III - ПО ВЫБОРУ

Особые указания по поводу организации ухода за вами в случае серьезного заболевания . . . . . Стр. 3-4

### ЧАСТЬ IV - ПО ВЫБОРУ

Донорство органов и тканей . . . . . Стр. 5

### ЧАСТЬ V - ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ

Подпись и свидетель . . . . . Стр. 6-7

### ЧАСТЬ VI - ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ (Только в том случае, если у вас нет двух свидетелей)

Нотариальное заверение . . . . . Стр. 8

Часто задаваемые вопросы . . . . . Стр. 9

## ЧАСТЬ I - ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ

### Выбор представителя, который будет принимать решения Кто будет принимать за вас решения относительно лечения, если вы не в состоянии этого делать сами?

▶ Настоящая форма называется «Предварительные медицинские указания». Заполнение любых форм занимает время, а иногда может казаться непосильным занятием. **Если у вас ограничено время, наиболее важно заполнить страницы 1, 6, 7 и 8, что позволит вам:**

- Выбрать кого-то, кто будет принимать за вас решения относительно вашего лечения, если вы утратите способность или не желаете сами принимать такие решения И, **если у вас есть время:**
- Возможно вы захотите указать свои жизненные ценности и пожелания по поводу того, какой уход вы хотите, чтобы вам обеспечили, если вы не в состоянии самостоятельно принимать решения ввиду серьезного заболевания.

▶ Если вы измените своё решение по поводу какой-либо информации в данной форме, можете заполнить новую форму или уничтожить (аннулировать) старую форму.

▶ Когда вы будете заполнять данную форму, пожалуйста, поговорите со своим представителем, который будет принимать за вас решения, чтобы убедиться в том, что этот человек понимает ваши пожелания и согласен взять на себя такую ответственность. Вам также стоит обсудить свои пожелания относительно лечения со своими родными и лечебной командой. **Ваш представитель не сможет принимать решения за вас до тех пор, пока вы не утратите способность или не выразите своё нежелание принимать такие решения самостоятельно.**

▶ После того как данная форма будет заполнена и надлежащим образом подписана, она считается действительной в шт. Калифорния и по законам большинства штатов. Для того, чтобы она считалась действительной, она должна быть подписана в присутствии двух свидетелей или заверена нотариусом (смотрите стр. 8).

### ЧАСТЬ I позволит вам:

Назначить другое лицо, которое будет принимать решения относительно вашего лечения если вы утратите способность принимать такие решения самостоятельно. Согласно закону шт. Калифорния, такое лицо называется «представителем». Для получения рекомендаций относительно того, как выбрать подходящего человека, смотрите раздел «Часто задаваемые вопросы» на стр. 9.

Важно, чтобы назначенный вами представитель не входил в вашу лечебную команду. Ваш представитель **НЕ** может быть никем из нижеперечисленных лиц::

- ▶ Ваш врач или любой другой член вашей лечебной группы.
- ▶ Владелец учреждения по уходу на дому или дома-интерната, где за вами осуществляется уход.
- ▶ Сотрудник медицинского учреждения или местного дома-интерната..

Я, \_\_\_\_\_, назначаю  
(Ваши имя, фамилия и дата рождения))

**нижеуказанное лицо принимать от моего имени решения относительно моего лечения:**

**Имя, фамилия:** \_\_\_\_\_

**Адрес:** \_\_\_\_\_

**Город:** \_\_\_\_\_ **Штат:** \_\_\_\_ **Почт. код:** \_\_\_\_\_

**Домашний тел.:** \_\_\_\_\_ **Рабочий тел.:** \_\_\_\_\_

**Эл. почта:** \_\_\_\_\_

*по ВЫБОРУ Если выбранный мной представитель не желает или не способен принимать решения от моего имени, тогда я назначаю указанное ниже лицо:*

**Имя, фамилия:** \_\_\_\_\_

**Адрес:** \_\_\_\_\_

**Город:** \_\_\_\_\_ **Штат:** \_\_\_\_ **Почт. код:** \_\_\_\_\_

**Домашний тел.:** \_\_\_\_\_ **Рабочий тел.:** \_\_\_\_\_

**Эл. почта:** \_\_\_\_\_

**Назначенный вами представитель не сможет принимать за вас решения пока вы не утратите способность или не выразите своё нежелание самостоятельно принимать такие решения.**

### Полномочия назначенного вами представителя (Смотрите ЧАСТЬ II ниже)

Если вы решите не ограничивать полномочия своего представителя, этот представитель будет иметь право:

- ▶ Говорить с вашей лечебной командой по поводу вашего состояния.
- ▶ Принимать, отклонять или прекращать любые виды лечения.
- ▶ Просматривать и утверждать раскрытие вашей истории болезни или медицинской информации.
- ▶ Выбирать поставщиков медицинских услуг и соответствующие учреждения.
- ▶ Принимать решения относительно ухода за вашим телом после вашей смерти, включая проведение вскрытия и донорство органов.
- ▶ ПРИМЕЧАНИЕ: Ваш представитель не может давать согласие на помещение вас в психиатрическую больницу, а также на проведение электросудорожной терапии, инвазивного лечения психических заболеваний, стерилизации или аборта.

 **ПОЖАЛУЙСТА, ВЫЧЕРКНИТЕ И ПОСТАВЬТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ РЯДОМ С ЛЮБЫМ ИЗ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПУНКТОВ, КОТОРЫЕ ВЫ НЕ ХОТИТЕ, ЧТОБЫ ВАШ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ВЫПОЛНЯЛ.**

## ЧАСТЬ II - ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ

### Полномочия назначенного вами представителя принимать решения относительно лечения

**Решение ограничить или нет полномочия своего представителя остаётся за вами.**

**Ниже перечислены дополнения или другие указания, касающиеся полномочий вашего представителя:**

---

---

---

---

---

## ЧАСТЬ III - ПО ВЫБОРУ

### Особые указания по поводу организации ухода за вами в случае серьёзного заболевания

 **Если вы не желаете давать конкретные, письменные указания, пожалуйста, ПЕРЕЧЕРКНИТЕ ЭТУ СТРАНИЦУ И ПОСТАВЬТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ.**

**Если ни один из этих пунктов не отражает ваши взгляды и ценности, СМОТРИТЕ ДРУГИЕ ВАРИАНТЫ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ. →**

Возможно вам следует предоставить своему представителю и лечебной команде дополнительную информацию о ваших взглядах, ценностях и пожеланиях. Ниже приведены примеры того, какие моменты можно обсудить с назначенным вами представителем. Отметьте любые из этих пунктов если они отражают ваши взгляды, пожелания и ценности на случай возникновения у вас серьёзного заболевания.

Если у меня болезнь, которая приведёт к моей смерти в течение короткого периода времени, и/или качество моей жизни ухудшится, И для сохранения моей жизни понадобятся средства поддержания жизни (такие как медицинская процедура, СЛР, дыхательная трубка, капельница для искусственного питания, аппараты или медикаменты):

- Я хочу, чтобы использовались средства поддержания жизни\*\*\*
- Я не хочу, чтобы использовались средства поддержания жизни и желаю умереть естественной смертью
- Я хочу, чтобы мой представитель вместе с лечебной командой решили, помогут ли мне средства поддержания жизни при моей болезни или симптомах

Когда моя лечебная команда сообщит о том, что моя болезнь неизлечима или что вероятнее всего моё здоровье не восстановится до прежнего уровня (плохое качество жизни), я желаю, чтобы мне обеспечили уход, нацеленный на облегчение симптомов (симптоматическая терапия\*) вместо ухода, нацеленного на продление моей жизни. Пожалуйста, направьте меня в хоспис\*.

**\* Что такое симптоматическая терапия?** Это когда ваши поставщики медицинских услуг сосредоточены на облегчении имеющихся у вас симптомов, а не на исцелении. Симптоматическая терапия предполагает оказание комплексной поддержки самому больному, а также его родным и близким. Такая терапия также предлагается вашей лечебной командой и хосписными учреждениями, куда вас может направить ваша лечебная команда.

**\*\*Что такое СЛР?** Сердечно-лёгочная реанимация может включать ряд действий, предпринимаемых в случае неотложной ситуации для обеспечения организма кислородом и поступления крови в сердце и головной мозг. На вашу грудь могут надавить с силой, может быть применён электрошок (дефибриллятор), через рот вам может быть введена трубка в трахею для облегчения дыхания или вам могут быть введены препараты для того, чтобы восстановить нормальное сердцебиение и кровяное давление. СЛР не приведёт к излечению болезни. У большинства пациентов, которым провели СЛР, функции организма не смогут вернуться к прежнему состоянию.

**\*\*\*Что такое поддержание жизни?** Лечение, такое как применение медицинского оборудования для обеспечения дыхания; медикаменты для поддержания жизни; искусственное питание, вводимое через трубку; крупная операция; переливание крови; диализ; антибиотики; или другие средства, направленные на то, чтобы отсрочить наступление смерти.



## ЧАСТЬ V - ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ Подпись и свидетель

Для того, чтобы Предварительные медицинские указания считались действительными, вы обязаны подписать настоящий документ в присутствии двух свидетелей, в соответствии с нижеуказанными инструкциями, ИЛИ нотариально заверить его (смотрите стр. 8)

**ПОДПИСЬ** Подпишите и датировите этот бланк здесь:

\_\_\_\_\_  
*(Ваши имя и фамилия печатным шрифтом)*

\_\_\_\_\_  
*(Ваша подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(Дата)*

**Адрес:** \_\_\_\_\_

**Город:** \_\_\_\_\_ **Штат:** \_\_\_\_\_ **Почт. код:** \_\_\_\_\_

## Заявление свидетелей

**Пожалуйста, обратите внимание на то, кто не может выступать в качестве свидетеля**

Под страхом наказания за лжесвидетельство, согласно законам шт. Калифорния, настоящим заявляю: (1) что лицо, подписавшее или подтвердившее получение настоящих Предварительных медицинских указаний, мне лично знакомо или личность этого лица была удостоверена подтверждающими документами; (2) что это лицо подписало или подтвердило получение настоящих Предварительных медицинских указаний в моём присутствии; (3) что это лицо находится в здравом уме, не под принуждением и не под мошенническим или неправомерным воздействием; (4) что я не являюсь лицом, назначенным в качестве представителя в рамках данных Предварительных медицинских указаний; и (5) что я не являюсь поставщиком медицинских услуг или работником по найму этого поставщика медицинских услуг, владельцем или работником владельца учреждения по уходу за престарелыми на дому или дома-интерната для престарелых.

**ПЕРВЫЙ СВИДЕТЕЛЬ**

\_\_\_\_\_  
*(Ваши имя и фамилия печатным шрифтом)*

\_\_\_\_\_  
*(Ваша подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(Дата)*

**Адрес:** \_\_\_\_\_

**Город:** \_\_\_\_\_

**Штат:** \_\_\_\_\_ **Почт. код:** \_\_\_\_\_

**ВТОРОЙ СВИДЕТЕЛЬ**

\_\_\_\_\_  
*(Ваши имя и фамилия печатным шрифтом)*

\_\_\_\_\_  
*(Ваша подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(Дата)*

**Адрес:** \_\_\_\_\_

**Город:** \_\_\_\_\_

**Штат:** \_\_\_\_\_ **Почт. код:** \_\_\_\_\_

## ЧАСТЬ V - ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ Подпись и свидетель (продолжение)

Для того, чтобы Предварительные медицинские указания считались действительными, вы обязаны подписать настоящий документ в присутствии двух свидетелей, в соответствии с нижеуказанными инструкциями, ИЛИ нотариально его заверить (смотрите следующие две страницы).

**По меньшей мере один из свидетелей обязан также подписать следующее заявление:**

я не состою в кровном родстве, родстве в результате брака или усыновления с лицом, оформляющим настоящие Предварительные медицинские указания, и, насколько мне известно, я не имею право претендовать на какую-либо долю наследного имущества этого лица после его смерти на основе существующего завещания или в силу действия закона.

**Подпись свидетеля:**

\_\_\_\_\_  
*(Подпись одного свидетеля)*

\_\_\_\_\_  
*(Дата)*

**Для пациентов, находящихся в учреждениях с квалифицированным сестринским уходом:  
заявление защитника прав пациентов или уполномоченного по правам пациентов:**

Если вы пациент, находящийся в учреждении, обеспечивающем квалифицированный сестринский уход, защитник прав пациентов или уполномоченный по правам пациентов обязаны подписать заявление свидетеля на предыдущей странице, а также обязаны подписать нижеследующее заявление:

*Под страхом наказания за лжесвидетельство, согласно законам шт. Калифорния, настоящим заявляю, что являюсь защитником интересов пациентов или уполномоченным по правам пациентов, в соответствии с предписанием Департамента шт. Калифорния по вопросам старения, и выступаю в качестве свидетеля, что предусмотрено Кодексом правил наследования, ст. 4675.*

**Имя и фамилия печатным шрифтом / Должность:** \_\_\_\_\_

**Адрес:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(Дата)*

## ЧАСТЬ VI - ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ Нотариальное заверение (Необходимо только если двое свидетелей не подписали заявление на стр. 6)

Нотариальное заверение НЕ обязательно если двое правомочных свидетелей подписали данные указания в ЧАСТИ V

Нотариус или другой сотрудник, заполняющий настоящее свидетельство, подтверждает сугубо личность лица, которое подписывает документ, к которому прилагается настоящее свидетельство, а не достоверность, правильность или действительность такого документа.

### Штат Калифорния

Округ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ передо мной, \_\_\_\_\_  
(Дата) (Имя, фамилия и должность сотрудника)

лично предстал(а)(и): \_\_\_\_\_

(Имена и фамилии подписантов)

И подтвердил(а)(и) мне на основе приемлемых свидетельств, что он(а)(и) являе(ю)тся именно тем(и) лицом(ами), чья(и) подпись(и) содержи(а)тся в прилагаемом документе, и подтвердил(а)(и) мне, что он/она/они подписал(а)(и) то же самое в силу имеющихся у него/неё/них полномочий, и что, подписав этот документ, это(и) лицо(а) или организация, от имени которой это(и) лицо(а) действовало(и), тем самым юридически оформило этот документ.

Под СТРАХОМ НАКАЗАНИЯ ЗА ЛЖЕСВИДЕТЕЛЬСТВО, согласно законам штата Калифорния, настоящим свидетельствую, что информация в вышеуказанном параграфе является подлинной и верной.

Засвидетельствовано моей подписью и официальной печатью.

Поставьте печать и/или штамп  
нотариуса выше

\_\_\_\_\_  
(Подпись нотариуса)

## Часто задаваемые вопросы

**1. Как мне выбрать подходящего человека в качестве своего представителя, который будет принимать за меня решения относительно лечения?** Иногда пациентам трудно решить, кого им следует выбрать в качестве своего представителя. Пациенты не хотят задеть чувств своих родных. При выборе своего представителя, учитывайте следующее:

- ▶ Супруг(а) или член семьи не всегда является лучшим вариантом если они принимают активное эмоциональное участие или не смогут отстаивать ваши интересы или принимать необходимые решения для выполнения ваших пожеланий.
- ▶ Вот несколько факторов, которые стоит принять во внимание. Выбирайте того, кто:
  - Поддерживал с вами регулярный контакт до и в период вашей болезни
  - Знает ваши пожелания и жизненные ценности и будет придерживаться ваших пожеланий и жизненных ценностей
  - Сможет предоставить информацию о вашей истории болезни, пожеланиях и жизненных ценностях
  - Способен понять вашу болезнь
  - Сможет принимать решения относительно вашего лечения в эмоциональных ситуациях
  - Имеет возможность приходить в больницу
  - Сможет общаться с вашей лечебной командой
  - Сможет общаться с вашими родными и близкими, получать от них информацию и делиться важной информацией с ними

**2. Нужен ли мне адвокат для заполнения настоящей формы?** Нет. Закон не требует от вас иметь адвоката.

**3. Можно ли мне иметь более одного представителя?** Зачастую многие члены семьи участвуют в принятии решений без каких-либо разногласий. Но иногда люди не находят согласия по поводу лучшего плана действий, поэтому лучше назначить одного человека, представляющего всю семью в качестве своего представителя, а также, если желаете, запасного представителя.

**4. На протяжении какого времени действуют предварительные медицинские указания?** Они продолжают действовать до тех пор, пока вы не решите отменить или изменить их.

**5. Могу ли я поменять своё решение?** Вы можете поменять своё решение в любое время. Если вы меняете своё решение в ходе пребывания в стационаре, можете сказать своему врачу, кого вы хотите видеть в качестве своего представителя в период лечения в стационаре.

**6. Что мне нужно сделать с настоящей формой после её заполнения?** Убедитесь в том, что она правильно подписана, согласно инструкциям на подписном листе. Покажите её своим родным, близким друзьям и лечебной команде. Копия данной формы имеет такую же силу, как и оригинал. Вручите по одной копии своему представителю, врачу и лечебной команде, а также берите её с собой всякий раз, когда вы направляетесь в Отделение неотложной помощи или больницу.



505 Parnassus Ave.  
San Francisco, CA 94143  
[www.ucsfhealth.org](http://www.ucsfhealth.org)  
[www.ucsfbenioffchildrens.org](http://www.ucsfbenioffchildrens.org)



Медицинский центр UCSF и Детская больница UCSF Benioff стремятся обеспечить равный доступ к нашим учреждениям и услугам для наших пациентов с ограниченными возможностями. За дополнительной информацией или содействием, пожалуйста, звоните в Отдел по связям с пациентами по телефону (415) 353-1936.



НАПЕЧАТАНО НА ЧАСТИЧНО ПЕРЕРАБОТАННОЙ БУМАГЕ • 876-053R REV. 0119