

## Действие 1: Выберите своего медицинского представителя.

Назовите лицо, которому вы доверяете и которое будет принимать за вас решения о вашем медицинском обслуживании, если вы будете не в состоянии принимать решения самостоятельно. Подумайте о людях, присутствующих в вашей жизни - членах вашей семьи и друзьях. Выберите человека, который станет вашим медицинским представителем. Спросите у этого человека, хочет ли он или она выступать в этой роли.

### Выбирайте члена семьи или друга, который:

- Находится в возрасте 18 лет или старше и хорошо знает вас
- Хочет выступать в этой роли
- Может принимать трудные решения, исходя из ваших пожеланий
- Эффективно передаст информацию, указанную вами в этом комплекте документов, медицинским работникам и членам вашей семьи

### Ваш медицинский представитель может:

- Решать, где вам будет предоставляться медицинское обслуживание
- Выбирать медицинских работников или отказываться от их услуг
- Отвечать согласием или отказом в отношении лекарств, тестов, курсов лечения
- Распоряжаться вашим телом и органами после вашей смерти
- Обращаться в суд при необходимости выполнить ваши пожелания

Вашим медицинским представителем **не** может быть ваш врач или работник больницы или клиники, в которой вас обслуживают, если она или она не является членом вашей семьи.

## Назовите своего медицинского представителя.

### 1) Я хочу, чтобы это лицо принимало за меня решения о моём медицинском обслуживании, если я буду не в состоянии принимать решения самостоятельно:

Имя	Фамилия	Отношение	
Домашний/рабочий телефон	Рабочий телефон	Электронная почта	
Дом и улица	Город	Штат	Почтовый индекс

### Если это лицо не сможет принимать за меня решения о моём медицинском обслуживании, то я назначаю следующее другое лицо:

Имя	Фамилия	Отношение	
Домашний/рабочий телефон	Рабочий телефон	Электронная почта	
Дом и улица	Город	Штат	Почтовый индекс

### 2) Поставьте знак X рядом с тем предложением, с которым вы согласны:

Мой медицинский представитель будет принимать за меня решения **только** после того, как я утрачу способность принимать решения самостоятельно.

#### ИЛИ

Мой медицинский представитель может принимать за меня решения **сразу же**, как только я подпишу эту форму.

Данное предварительное распоряжение составлено: (кем - впишите свою фамилию в этой строке печатными буквами) Дата рождения

## Действие 2: Примите решения о своём медицинском обслуживании.

В чём заключается ценность вашей жизни?

### 1) Моя жизнь (выберите А или В):

- А) Имеет ценность всегда, независимо от того, насколько серьёзна моя болезнь
- В) Имеет ценность, только если (отметьте все варианты, с которыми вы согласны):
- Я могу общаться с семьёй и друзьями
  - Я могу выйти из комы
  - Я могу питаться, мыться или заботиться о себе самостоятельно
  - Я могу не испытывать болей
  - Я могу жить, не будучи подключенным к аппаратуре
  - Я не уверен(а)

### 2) Если я умираю, то мне важно находиться (выберите один вариант):

- Дома
- В больнице или другом медицинском центре
- Мне неважно, где за мной ухаживают

## Религия или духовные верования

### 1) Важны ли для вас религия или духовные верования?

- Да  Нет

### 2) Придерживаетесь ли вы религиозной или конфессиональной традиции? Если да, то в чём она заключается?

---

### 3) Что должны знать ваши врачи о ваших религиозных или духовных верованиях?

---

---

---

Данное предварительное распоряжение составлено: (кем - впишите свою фамилию в этой строке печатными буквами) Дата рождения

## Действие 2: Примите решения о своём медицинском обслуживании - продолжение.

### Обеспечение жизнедеятельности

Чтобы поддерживать вашу жизнь, могут выполняться процедуры обеспечения жизнедеятельности. В их число входят:

**СЛР или сердечно-лёгочная реанимация** — Она может включать:

- Сильное нажатие на вашу грудную клетку с целью поддержания кровообращения
- Электрический шок для запуска сердца
- Введение лекарств в ваши вены

**Дыхательный аппарат или аппарат искусственной вентиляции лёгких** — Этот аппарат закачивает воздух вам в лёгкие и обеспечивает вам дыхание через трубку, размещённую у вас в горле. При использовании этого аппарата вы не можете говорить или есть.

**Диализ** — Этот аппарат очищает вам кровь, когда у вас перестают работать почки.

**Питательная трубка** — Через эту трубку в ваш организм поступают питательные вещества, если вы не можете глотать. Трубку проводят через горло в желудок. Её могут ставить и хирургическим путём.

**Переливание крови** — Подача крови в ваши вены.

**Операция и(или) лекарства**

**Поставьте значок X рядом с одним утверждением, с которым вы согласны более всего.**

Если моя болезнь настолько серьёзна, что я могу вскоре умереть:

- \_\_\_ Я попробую все средства обеспечения жизнедеятельности, которые, по мнению врачей, могут помочь. Если эти средства окажутся бесполезны и надежды на улучшение почти не останется, **я хочу оставаться подключенным(ой) к аппаратам искусственного поддержания жизни**, даже несмотря на страдания.
- \_\_\_ Я попробую все средства обеспечения жизнедеятельности, которые, по мнению врачей, могут помочь. Если эти средства окажутся бесполезны и надежды на улучшение почти не останется, **я НЕ хочу оставаться подключенным(ой) к аппаратам искусственного поддержания жизни**. Если я буду испытывать страдания, я хочу прекратить меры по обеспечению жизнедеятельности, чтобы иметь возможность умереть спокойно.
- \_\_\_ **Я НЕ хочу, чтобы ко мне применялись меры по обеспечению жизнедеятельности**. Я хочу сосредоточиться на своём комфорте. Я предпочитаю умереть естественным путём.
- \_\_\_ Я хочу, чтобы решение принял мой **медицинский представитель**.
- \_\_\_ Я не знаю, какие действия мне желательны.



Данное предварительное распоряжение составлено: (кем - впишите свою фамилию в этой строке печатными буквами) Дата рождения

## Действие 2: Примите решения о своём медицинском обслуживании - продолжение.

### Донорство органов

Врачи могут спросить вас о донорстве органов и проведении вскрытия после вашей смерти. Донорство органов может спасти жизни других людей. Поставьте значок **X** рядом с одним решением, с которым вы согласны более всего.

\_\_\_ Я **хочу** пожертвовать свои органы:

\_\_\_ Любые органы, которые могут использоваться.

\_\_\_ Лишь некоторые органы (укажите, какие органы или ткани вы хотите пожертвовать).

\_\_\_ Я **не хочу** жертвовать никакие свои органы.

\_\_\_ Я хочу, чтобы решение принял мой **медицинский представитель**.

\_\_\_ Я не знаю, какие действия мне желательны.

### Вскрытие

После смерти может проводиться вскрытие, чтобы установить причину смерти. Оно представляет собой хирургическую процедуру. Оно занимает несколько дней. В некоторых случаях вскрытие может требоваться законом. Поставьте значок **X** рядом с одним решением, с которым вы согласны более всего.

\_\_\_ Я **хочу**, чтобы было произведено вскрытие.

\_\_\_ Я **не хочу**, чтобы было произведено вскрытие.

\_\_\_ Я хочу, чтобы вскрытие производилось **только при наличии вопросов** о причине(ах) моей смерти.

\_\_\_ Я хочу, чтобы решение принял мой **медицинский представитель**.

\_\_\_ Я не знаю, какие действия мне желательны.

Данное предварительное распоряжение составлено: (кем - впишите свою фамилию в этой строке печатными буквами) Дата рождения

## Действие 2: Примите решения о своём медицинском обслуживании - продолжение.

### О чём ещё следует подумать

Насколько важно для вас выполнение других пожеланий после смерти? Например, имеются ли у вас какие-нибудь культурные, религиозные или духовные соображения по поводу того, что делать с вашим телом, о которых следует знать вашим врачам?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Есть ли у вас человек, с которым следует связаться по поводу похорон или выполнения пожеланий относительно захоронения? Если да, то кто он(а)?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

--

**Данное предварительное распоряжение составлено: (кем - впишите свою фамилию в этой строке печатными буквами)    Дата рождения**

## Действие 3: Укажите степень свободы действий своего медицинского представителя.

Ваш медицинский представитель может помочь в принятии следующих решений:

### Меры по обеспечению жизнедеятельности - медицинское обслуживание, которое поможет вам прожить подольше:

- СЛР или сердечно-лёгочная реанимация
- Дыхательный аппарат или аппарат искусственной вентиляции лёгких
- Диализ
- Питательная трубка
- Переливание крови
- Операция
- Лекарства

### Уход в терминальной стадии болезни

Если существует вероятность вашей смерти в скором времени, ваш медицинский представитель может:

- Позвонить духовному наставнику
- Решить, где вам умирать - дома или в больнице
- Решить, проводить ли вскрытие
- Решить, можно ли пожертвовать ваши органы
- Решить, следует ли вас похоронить или кремировать

### В какой степени, согласно вашему желанию, медицинский представитель должен выполнять ваши решения относительно медицинского обслуживания?

Поставьте значок **X** рядом с одним предложением, с которым вы согласны более всего:

- \_\_\_ **Полная свобода действий:** Мой медицинский представитель может изменять **любые** мои решения относительно медицинского обслуживания, если после беседы с моими врачами он(а) решит, что в данное время это для меня лучший выход.
- \_\_\_ **Некоторая свобода действий:** Мой медицинский представитель может изменять **некоторые** мои решения относительно медицинского обслуживания, если после беседы с моими врачами он(а) решит, что в данное время это для меня лучший выход.
- \_\_\_ **Минимальная свобода действий:** Я хочу, чтобы мой медицинский представитель как можно точнее выполнял мои решения относительно медицинского обслуживания. Прошу выполнять мои решения, даже если врачи рекомендуют иное.

### При необходимости воспользуйтесь дополнительными страницами, чтобы ответить на приведённые ниже вопросы:

Я очень хочу, чтобы были выполнены некоторые мои пожелания:

---

---

---

Запишите все решения, которые, согласно вашему желанию, медицинский представитель **не** должен принимать:

---

---

---

Данное предварительное распоряжение составлено: (кем - впишите свою фамилию в этой строке печатными буквами) Дата рождения

## Действие 4: Подпишите форму.

Ваша подпись

### Чтобы данная форма могла использоваться, вы должны:

- Подписать эту форму, если вам не менее 18 лет
- Попросить подписать форму двух свидетелей **или** заверить её у нотариуса
- Подпишите форму в присутствии своих свидетелей или попросите нотариуса удостоверить факт её подписания вам

### Поставить свою подпись и указать дату.

Подпись

Дата

ФИО печатными буквами

Дом и улица

Город

Штат

Почтовый индекс

### Свидетели

Чтобы данная форма могла использоваться, вы должны попросить подписать её двух свидетелей **или** заверить её у нотариуса.

Ваши свидетели должны:

- Находиться в возрасте 18 лет или старше
- Знать вас
- Видеть, как вы подписали данную форму

Ваши свидетели не могут:

- Быть тем лицом или родственником лица, которое вы назвали в качестве своего медицинского представителя
- Быть вашим врачом или другим медицинским работником
- Работать в вашем медицинском центре или у вашего поставщика медицинских услуг
- Работать в том месте, где вы живёте
- Иметь с вами какие-либо родственные связи
- Получать финансовую выгоду - права на деньги или имущество - после вашей смерти

**Если у вас нет двух свидетелей, то нотариус может подставить свою подпись на странице 9.**

Данное предварительное распоряжение составлено: (кем - впишите свою фамилию в этой строке печатными буквами) Дата рождения

## Действие 4: Подпишите форму, продолжение.

### Подписи свидетелей

#### Попросите свидетелей заполнить эту страницу.

Ставя свою подпись, я подтверждаю, что \_\_\_\_\_ видел, как он(а) \_\_\_\_\_  
ФИО владельца предварительного распоряжения  
подписал(а) эту форму.

По моему мнению, он(а) мыслил(а) ясно и подписывал(а) эту форму без принуждения.

#### Кроме того, я подтверждаю, что:

- Я знаю этого человека, и он(а) смог(ла) подтвердить свою личность
- Я не работаю у его (её) поставщика медицинских услуг
- Мне 18 или более лет
- Я не работаю там, где он(а) живёт
- Я не являюсь его (её) медицинским представителем
- Я не связан(а) с ним (ней) никакими родственными отношениями
- Я не связан(а) родственными отношениями с его (её) медицинским представителем
- Я не получаю финансовой выгоды - права на деньги или имущество - после его (её) смерти
- Я не являюсь его (её) медицинским работником

### Свидетель №1

Подпись				Дата
ФИО печатными буквами				
Дом и улица	Город	Штат	Почтовый индекс	

### Свидетель №2

Подпись				Дата
ФИО печатными буквами				
Дом и улица	Город	Штат	Почтовый индекс	

Данное предварительное распоряжение составлено: (кем - впишите свою фамилию в этой строке печатными буквами) Дата рождения

— ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ —

**Действие 4:** Подпишите форму - При необходимости попросите подписать её нотариуса.

Приносить эту форму нотариусу следует **ТОЛЬКО** в случае, если она не подписана двумя свидетелями. Нотариус попросит вас предъявить удостоверение личности с фотографией, например водительское удостоверение или паспорт.

**State of Washington**

County of \_\_\_\_\_

I certify that I know or have satisfactory evidence that

\_\_\_\_\_  
(Name)

is the person who appeared before me, and said person acknowledged that he/she signed this instrument and acknowledged it to be his/her free and voluntary act for the uses and purposes mentioned in the instrument.

Dated: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature of Notary Public)

Title: \_\_\_\_\_

My appointment expires: \_\_\_\_\_

(Notary Seal)

Данное предварительное распоряжение составлено: (кем - впишите свою фамилию в этой строке печатными буквами) Дата рождения

## Действие 5: Отправьте копию вашего заполненного предварительного распоряжения.

После того как вы подпишете своё предварительное распоряжение и его заверил свидетель и(или) нотариус, сохраните у себя оригинал и позаботьтесь о том, чтобы копии страниц 9-1 были отправлены:

- Медицинскому представителю
- Семье
- Друзьям
- Медицинским работникам
- Больнице

### Варианты передачи вашего заполненного предварительного распоряжения:

1. Передайте **КОПИЮ** своему предпочитаемому врачу в больнице Providence St. Joseph Health при следующем визите.
2. Отправьте **КОПИЮ** в конверте с отпечатанным обратным адресом (при наличии такового).
3. Отправьте её по факсу в свою больницу Providence St. Joseph Health:

Providence Holy Family Hospital  
Providence Centralia Hospital  
Providence Mount Carmel Hospital  
Providence St. Mary Medical Center  
Providence St. Peter Hospital  
**Номер факса 509-482-2187**

Providence Regional Medical Center Everett  
**Номер факса 425-317-0701**  
Providence Sacred Heart Medical Center  
**Номер факса 509-474-4815**  
Providence St. Joseph's Hospital (Chewelah)  
**Номер факса 509-935-5233**

*Если номер факса какой-либо больницы не указан, спросите о нём у сотрудников своей больницы.*

С вопросами относительно составления или передачи предварительного распоряжения обращайтесь к нам по адресу:

**Providence.org/InstituteForHumanCaring**  
**424-212-5444**

Некоторые части этой работы выполнены в соответствии с лицензией Creative Commons «С указанием авторства – некоммерческая – ShareAlike». Чтобы ознакомиться с копией этой лицензии, посетите сайт по адресу <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> или отправьте письмо по адресу Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Редакция 11/2018

Выражаем особую признательность:

- Rebecca Sudore, M.D., Division of Geriatrics, University of California, San Francisco
- Cedars-Sinai, Los Angeles, CA