

# Заблаговременное распоряжение

## ШТАТ КАЛИФОРНИЯ

### Шаг 1: Выберите своего медицинского поверенного.

Назначьте любое лицо, которому вы доверяете решения о Вашем медицинском обслуживании на случай, если Вы окажетесь неспособны принимать такие решения самостоятельно. Подумайте об окружающих Вас людях — Вашей семье и друзьях. Выберите своего медицинского поверенного. Спросите у этого человека, желает ли он выполнять эту роль для Вас.

#### Выберите члена семьи или друга, который:

- Достиг возраста 18 лет или старше, и хорошо знает Вас.
- Желает выполнять эту роль для Вас.
- Способен принимать сложные решения, учитывая Ваши пожелания.
- Будет эффективно передавать информацию, предоставленную Вами в этом пакете, поставщикам медицинских услуг и членам семьи.

#### Ваш медицинский поверенный может:

- Решать, где Вы будете получать медицинскую помощь.
- Выбирать или отстранять поставщиков медицинских услуг.
- Соглашаться или отказываться от применения лекарственных препаратов, обследования, лечения.
- Сказать, что произойдет с Вашим телом или органами после Вашей смерти.
- Обращаться в суд для выполнения Ваших пожеланий.

Ваш поверенный **не может** быть Вашим врачом или лицом, работающим в больнице или клинике, в которой Вы получаете медицинское обслуживание, за исключением случаев, если это член Вашей семьи.

#### Назовите имя и фамилию Вашего медицинского поверенного.

#### 1) Я хочу, чтобы этот человек принимал за меня медицинские решения в случае, если я не смогу сделать это самостоятельно:

Имя	Фамилия	Кем приходится		
Номер домашнего/сотового телефона	Номер рабочего телефона	Адрес электронной почты		
Почтовый адрес	Город	Штат	Индекс	

#### Если первый человек не сможет принимать медицинские решения за меня, тогда я хочу, чтобы их принимал следующий человек:

Имя	Фамилия	Кем приходится		
Номер домашнего/сотового телефона	Номер рабочего телефона	Адрес электронной почты		
Почтовый адрес	Город	Штат	Индекс	

#### 2) Поставьте «X» возле утверждения, с которым Вы согласны:

\_\_\_ Мой медицинский поверенный будет принимать медицинские решения вместо меня **только** после того, как я не смогу принимать самостоятельные решения.

#### ИЛИ

\_\_\_ Мой медицинский поверенный может принимать решения вместо меня **сразу** после подписания мной этой формы.

Это заблаговременное распоряжение принадлежит: (укажите в этой строке Ваше имя и фамилию печатными буквами)		Дата рождения
<small>Это заблаговременное распоряжение и назначение медицинского поверенного выполнено в соответствии с разделами Глав 1 и 2 Закона об унифицированных медицинских решениях штата Калифорния (Закон штата Калифорния о наследстве, разделы 4670 - 4701).</small>		СТРАНИЦА 1

# Заблаговременное распоряжение ШТАТ КАЛИФОРНИЯ



## Шаг 2: Примите собственные медицинские решения.

В чем заключается ценность Вашей жизни?

### 1) Моя жизнь (выберите А или В):

А) Всегда стоит того, чтобы жить, независимо от тяжести моего заболевания.

В) Стоит того, чтобы жить только в том случае, если (отметьте все, что Вас касается):

Я могу разговаривать со своей семьей или друзьями.

Я могу выйти из комы.

Я могу самостоятельно кушать, купаться и ухаживать за собой.

Я могу жить без боли.

Я могу жить без подключения к различным аппаратам.

Я не уверен(а).

### 2) Если я буду умирать, мне важно находиться (выберите что-то одно):

Дома.

В больнице или в другом центре по уходу.

Мне не важно, где за мной будут ухаживать.

## Религия или вероисповедание

### 1) Важна ли для Вас религия или духовность?

Да  Нет

### 2) Принадлежите ли Вы к какой-либо религии или конфессиональной традиции? Если да, то к какой?

---

### 3) Что следует знать Вашим врачам о Вашей религии или духовном веровании?

---



---



---

Это заблаговременное распоряжение принадлежит: (укажите в этой строке Ваше имя и фамилию печатными буквами) \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

# Заблаговременное распоряжение ШТАТ КАЛИФОРНИЯ

## Шаг 2: Примите собственные медицинские решения (продолжение)

### Искусственное жизнеобеспечение

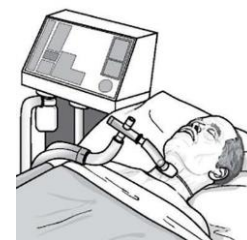
Для поддержания Вашей жизни могут использоваться процедуры искусственного жизнеобеспечения. К ним относятся:

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

- Интенсивное надавливание на Вашу грудную клетку с целью накачивания крови.
- Электростимуляция используется для того, чтобы запустить сердце.
- Введение лекарственных препаратов в вену.



**Дыхательный аппарат или вентилятор** — Этот аппарат поставляет воздух в легкие и дышит вместо Вас через вставленную в Ваше горло трубку. Вы не сможете говорить или кушать при подключении к аппарату.



**Диализ** — этот аппарат очищает Вашу кровь в случае прекращения работы почек.

**Зонд для искусственного кормления** — по такому зонду еда поступает в Ваше тело, если Вы не можете глотать. Зонд вводится через горло в желудок. Его также можно установить хирургическим путем.



**Переливание крови** — Вам в вену будут переливать кровь.

**Хирургическая операция и/или применение лекарственных препаратов**

**Поставьте «X» возле одного утверждения, с которым Вы больше всего согласны:**

Если я настолько болен, что вскоре могу умереть:

Попробуйте использовать процедуры искусственного жизнеобеспечения, которые, по мнению врачей, могут мне помочь. Если лечение неэффективно и существует слабая надежда на улучшение моего состояния, **я желаю оставаться на аппаратах искусственного жизнеобеспечения, даже если я страдаю.**

Попробуйте использовать процедуры искусственного жизнеобеспечения, которые, по мнению врачей, могут мне помочь. Если лечение неэффективно и существует слабая надежда на улучшение, **я НЕ хочу оставаться на аппаратах искусственного жизнеобеспечения.** Если я страдаю, я хочу прекратить процедуры искусственного жизнеобеспечения таким образом, чтобы я мог спокойно умереть.

**Я НЕ хочу, чтобы мне проводили процедуры искусственного жизнеобеспечения.** Я хочу сконцентрироваться на ощущении комфорта. Я предпочитаю умереть естественной смертью.

Я хочу, чтобы это решение принял мой **медицинский поверенный.**

Я не знаю точно, чего я хочу.

Это заблаговременное распоряжение принадлежит: (укажите в этой строке Ваше имя и фамилию печатными буквами) \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

## Шаг 2: Примите собственные медицинские решения (продолжение)

### Донорство Ваших органов

Ваши врачи могут попросить о донорстве органов и проведении вскрытия после Вашей смерти. Донорство Ваших органов может помочь спасти жизни других людей. Поставьте «X» возле одного утверждения, с которым Вы больше всего согласны.

Я **хочу** стать донором своих органов:

Любого органа, всего, что можно использовать.

Только некоторых органов (пожалуйста, укажите донором каких органов или тканей Вы желаете стать).

Я **не хочу** становиться донором своих органов.

Я хочу, чтобы это решение принял мой **медицинский поверенный**.

Я не знаю точно, чего я хочу.

### Вскрытие

Вскрытие может проводиться после смерти для установления причины смерти. Это хирургическая процедура. Оно может занять несколько дней. В некоторых случаях проведение вскрытия может требоваться законом. Поставьте «X» возле одного утверждения, с которым Вы больше всего согласны.

Я **хочу**, чтобы проводилось вскрытие.

Я **не хочу**, чтобы проводилось вскрытие.

Я **хочу**, чтобы вскрытие проводилось **только в том случае, если возникнут вопросы** о причине (-ах) моей смерти.

Я хочу, чтобы это решение принял мой **медицинский поверенный**.

Я не знаю точно, чего я хочу.

Это заблаговременное распоряжение принадлежит: (укажите в этой строке Ваше имя и фамилию печатными буквами)

Дата рождения



# Заблаговременное распоряжение

## ШТАТ КАЛИФОРНИЯ

### Шаг 3: Опишите полномочия Вашего медицинского поверенного.

Ваш медицинский поверенный может помочь принять следующие решения:

#### Искусственное жизнеобеспечение — медицинский уход, который поможет продлить Вашу жизнь:

- СЛР или сердечно-лёгочная реанимация
- Дыхательный аппарат или вентилятор
- Диализ
- Зонд для искусственного кормления
- Переливание крови
- Хирургическая операция
- Лекарственные препараты

#### Уход в последней стадии

В случае возможного приближения Вашей смерти, Ваш медицинский поверенный может:

- Пригласить представителя духовенства.
- Решить, где вы умрете: дома или в больнице.
- Решить, будет ли проводится вскрытие.
- Решить, могут ли Ваши органы использоваться в целях донорства.
- Решить, где будет захоронено или кремировано Ваше тело.

#### Каким образом Вы хотите, чтобы Ваш медицинский поверенный выполнил Ваши медицинские пожелания?

Поставьте «X» возле одного утверждения, с которым Вы больше всего согласны:

\_\_\_ **Полная гибкость:** Мой медицинский поверенный может изменить **любые** мои медицинские решения, если после обсуждения с врачами, он(а) посчитает, что на текущий момент так для меня будет лучше.

\_\_\_ **Некоторая гибкость:** Мой медицинский поверенный может изменить **некоторые** мои медицинские решения, если после обсуждения с врачами, он(а) посчитает, что на текущий момент так для меня будет лучше.

\_\_\_ **Минимальная гибкость:** Я хочу, чтобы мой медицинский поверенный максимально точно выполнял мои медицинские решения. Я прошу уважать мои решения, даже если врачи рекомендуют иное.

#### Используйте дополнительные страницы по необходимости, чтобы ответить на вопросы, поставленные ниже.

Я хочу, чтобы следующие мои пожелания были выполнены максимально точно:

---



---



---

Укажите любые решения, которые Вы **не хотите**, чтобы принимал Ваш медицинский поверенный:

---



---



---

Это заблаговременное распоряжение принадлежит: (укажите в этой строке Ваше имя и фамилию печатными буквами) \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

# Заблаговременное распоряжение ШТАТ КАЛИФОРНИЯ



## Шаг 4: Подписать форму.

Ваша подпись

**Перед тем, как эту форму можно будет использовать, Вы должны:**

- Подписать эту форму, если Вы достигли возраста по крайней мере 18 лет.
- Попросить двух свидетелей подписать эту форму **или** заверить ее у государственного нотариуса

**Укажите Ваше имя, фамилию и дату.**

Подпись

Дата

Имя и фамилия печатными буквами

Почтовый адрес

Город

Штат

Индекс

## Свидетели

Перед тем, как эту форму можно будет использовать, нужно, чтобы ее подписали два свидетеля **или**, чтобы ее заверил государственный нотариус.

Ваши свидетели должны:

- Быть в возрасте не менее 18 лет.
- Знать вас.
- Подтвердить, что Вы подписали эту форму.

Ваши свидетели не могут:

- Быть лицом, указанным Вами в качестве Вашего медицинского поверенного.
- Быть Вашим врачом или другим медицинским работником.
- Работать в Вашем медицинском центре или у Вашего поставщика медицинских услуг.
- Работать в месте Вашего проживания.

Кроме того, **по крайней мере** один свидетель не должен:

- Быть в родстве с Вами каким-либо образом.
- Иметь финансовую выгоду - претендовать на деньги или имущество после Вашей смерти.
- Быть уполномоченным (ombudsman) или защитником интересов пациентов, если Вы живете в учреждении с квалифицированным сестринским уходом (см. страницу 9).

**Если Вы не хотите приглашать двух свидетелей, Вы можете попросить государственного нотариуса поставить подпись на странице 9.**

Это заблаговременное распоряжение принадлежит: (укажите в этой строке Ваше имя и фамилию печатными буквами)

Дата рождения

# Заблаговременное распоряжение ШТАТ КАЛИФОРНИЯ



## Шаг 4: Подписать форму (продолжение)

### Подписи свидетелей

Попросите Ваших свидетелей заполнить эту страницу.

Подписывая эту форму, я подтверждаю, \_\_\_\_\_ что он/она  
подписал (-ла) эту форму. Полное имя владельца заблаговременного распоряжения

Я уверен, что он/она был (-а) в ясном сознании и его/ее не принуждали к подписанию данной формы.

### Я также подтверждаю, что:

- Я знаю этого человека и он/она мог (-ла) удостоверить свою личность.
- Я достиг возраста по крайней мере 18 лет.
- Я не являюсь его/ее медицинским поверенным.
- Я не являюсь его/ее поставщиком медицинских услуг.
- Я не работаю на его/ее поставщика медицинских услуг.
- Я не работаю в месте его/ее проживания.

### Свидетель 1 (который ставит свою подпись ниже) также должен подтвердить, что:

- Я не связан с ним/ней какими-либо узлами родства.
- У меня не будет финансовой выгоды — я не буду претендовать на деньги или имущество после его/ее смерти.

### Свидетель 1

Подпись

Дата

Имя и фамилия печатными буквами

Почтовый адрес

Город

Штат

Почтовый индекс

### Свидетель 2

Подпись

Дата

Имя и фамилия печатными буквами

Почтовый адрес

Город

Штат

Почтовый индекс

Это заблаговременное распоряжение принадлежит: (укажите в этой строке Ваше имя и фамилию печатными буквами) \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_



# Заблаговременное распоряжение ШТАТ КАЛИФОРНИЯ



— ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ —

## Шаг 4: Подписать форму — Подпись государственного нотариуса в случае необходимости.

Обратитесь с этой формой к государственному нотариусу ТОЛЬКО в том случае, если Вы не получили подписи двух свидетелей.

Государственный нотариус потребует от Вас документ с фотографией, удостоверяющий Вашу личность, например, водительские права или паспорт.

### State of California

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

#### CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_  
Date Name and title of officer

personally appeared \_\_\_\_\_,  
Name(s) of signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature \_\_\_\_\_  
Signature of notary

(Notary Seal)

### **ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО для лиц, проживающих в учреждении с квалифицированным сестринским уходом штата Калифорния**

Передайте эту форму ТОЛЬКО директору Вашего дома престарелых, если Вы живете в доме престарелых. Согласно законодательству штата Калифорния, лица, проживающие в доме престарелых должны иметь

уполномоченного при доме престарелых в качестве свидетеля заблаговременного распоряжения.

### **ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАЩИТНИКА ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТА ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО**

«Я подтверждаю, будучи предупрежденным об уголовной ответственности за предоставление заведомо ложных сведений по законам штата Калифорния, что я являюсь защитником интересов пациента или уполномоченным согласно требованиям Департамента штата по вопросам старения и, что я выступаю в качестве свидетеля в соответствии с разделом 4675 Кодекса о наследстве».

Подпись

Дата

Имя и фамилия печатными буквами

Почтовый адрес

Город

Штат

Почтовый индекс

Это заблаговременное распоряжение принадлежит: (укажите в этой строке Ваше имя и фамилию печатными буквами) \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

# Заблаговременное распоряжение ШТАТ КАЛИФОРНИЯ



## Шаг 5: Предоставьте копию Вашего заполненного заблаговременного распоряжения.

После того, как Вы подпишете свое заблаговременное распоряжение и оно будет засвидетельствовано и/или заверено нотариусом, Вы должны хранить у себя оригинал документа, а копии страниц 1-9 отправить следующим лицам:

- Вашему медицинскому поверенному
- Членам семьи
- Друзьям
- Поставщикам медицинских услуг
- Больнице

### Как можно отправить Ваше заполненное предварительное распоряжение:

1. На Вашем следующем визите передайте одну **КОПИЮ** выбранному Вами врачу или больнице Providence St. Joseph Health.
2. Отправьте **КОПИЮ** документа, используя конверт с обратным адресом и маркой (при наличии).
3. Отправьте копию документа факсом или по электронной почте (если возможно) в больницу Providence St. Joseph Health:

Mission Hospital, Laguna Beach  
Mission Hospital, Mission Viejo  
St. Joseph Hospital Orange  
St. Jude Medical Center  
St. Mary Medical Center  
Petaluma Valley Hospital  
Queen of the Valley Medical Center  
Redwood Memorial Hospital  
Santa Rosa Memorial Hospital  
St. Joseph Hospital, Eureka  
**Факс: 714-771-8965**

или

**Электронная почта:**  
**SJMROI@stjoe.org**  
(Тема: Advance Directive)

Providence Holy Cross Medical Center  
Providence Saint Joseph Medical Center (Burbank)  
Providence Saint John's Health Center  
Providence Little Company of Mary Medical Center Torrance  
Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro  
**Факс: 310-303-5469**

Providence Tarzana Medical Center  
**Факс: 818-708-5368**

*Если Ваша больница не указана в этом списке, позвоните в нее, чтобы уточнить правильный номер факса.*

Если у Вас возникли вопросы по заполнению или предоставлению Вашего заблаговременного распоряжения, пожалуйста, свяжитесь с нами:

**Providence.org/InstituteForHumanCaring**  
**310-543-3498**

Некоторые части этой работы лицензированы в соответствии с лицензией Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike. Чтобы ознакомиться с копией этой лицензии, посетите веб-сайт <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> или отправьте письмо в Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Редакция от 8/2017

Выражаем особую благодарность:

- Д-р Ребека Судор (Rebecca Sudore), Отделение гериатрии, Калифорнийский университет, г. Сан-Франциско
- Медицинский центр «Сидарс Синай» (Cedars-Sinai), г. Лос-Анджелес, Калифорния