

Предварительное медицинское распоряжение для штата Орегон

Данная форма Предварительного распоряжения позволяет:

- сообщить о ваших ценностях, убеждениях, целях и пожеланиях в вопросах оказания медицинской помощи, если вы не сможете выразить их самостоятельно;
- назначить лицо для принятия решений по вопросам оказания вам медицинской помощи, если вы не сможете принимать их самостоятельно. Это лицо называется вашим «представителем по вопросам оказания медицинской помощи», и оно должно согласиться выступать в таком качестве.

Обязательно обсудите свое Предварительное распоряжение и пожелания с вашим представителем по вопросам оказания медицинской помощи. Это позволит ему принимать решения, отражающие ваши пожелания. Рекомендуется заполнить эту форму полностью.

Форма Предварительного медицинского распоряжения для штата Орегон и Руководство по заполнению предварительного распоряжения штата Орегон размещены на сайте Управления здравоохранения штата Орегон.

- В разделах 1, 2, 5, 6 и 7 необходимо назначить представителя по вопросам оказания медицинской помощи.
- В разделах 3 и 4 необходимо дать указания по оказанию вам медицинской помощи.

Форма Предварительного распоряжения позволяет выразить свои предпочтения в вопросах оказания медицинской помощи. Она не аналогична универсальным распоряжениям об искусственном поддержании жизненных функций (POLST), определение которых приводится в пункте 127.663 ORS (Oregon Revised Statute — Свод законов штата Орегон с дополнениями и изменениями). Дополнительную информацию о распоряжениях POLST можно найти в Руководстве по заполнению предварительного распоряжения штата Орегон.

Эту форму можно использовать в штате Орегон, чтобы выбрать лицо, которое будет принимать за вас решения по вопросам оказания медицинской помощи, если вы по состоянию здоровья не сможете говорить самостоятельно или не сможете самостоятельно принимать решения об оказании медицинской помощи. Это лицо называется «представителем по вопросам оказания медицинской помощи». Если у вас не будет действующего представителя по вопросам оказания медицинской помощи, а вы по состоянию здоровья не сможете говорить

самостоятельно, вам будет назначен представитель по вопросам оказания медицинской помощи в порядке очередности, установленном в пункте 127.635 (2) ORS, при этом такое лицо сможет принимать решение только об отмене или прекращении искусственного поддержания жизненных функций в случае, если вы будете соответствовать одному из критериев, установленных пунктом 127.635 (1) ORS.

Эта форма также позволяет выражать свои ценности и убеждения в отношении решений по вопросам оказания медицинской помощи, а также предпочтения в таких вопросах.

Если вы заполняли предварительное распоряжение ранее, это новое предварительное распоряжение заменит любое старое распоряжение.

Чтобы эта форма вступила в силу, необходимо ее подписать. Ее также должны удостоверить два свидетеля или нотариус. Назначение представителя по вопросам оказания медицинской помощи вступает в силу только после того, как он примет свое назначение.

Если предварительное распоряжение содержит указания относительно отмены искусственного жизнеобеспечения или зондового питания, вы вправе в любое время и любым способом, который выражает такое желание, отменить свое предварительное распоряжение.

Во всех других случаях вы вправе отменить свое предварительное распоряжение в любое время и любым способом, если способны принимать решения об оказании медицинской помощи самостоятельно.

Форма предварительного распоряжения

1. Информация обо мне		
Ф. И. О. (фамилия, имя, отчество):		Дата рождения:
Номера телефонов: домашний	рабочий	мобильный
Адрес:		Электронная почта:

2. Мой представитель по вопросам оказания медицинской помощи

Я назначаю следующее лицо в качестве своего представителя по вопросам оказания медицинской помощи для принятия за меня решений по вопросам оказания медицинской помощи, если не смогу говорить самостоятельно.

Ф. И. О. (фамилия, имя, отчество):		Степень родства:
Номера телефонов: домашний	рабочий	мобильный
Адрес:		Электронная почта:

Я назначаю следующих лиц в качестве своих альтернативных представителей по вопросам оказания медицинской помощи, если первый назначенный мной представитель недоступен для принятия за меня решений по вопросам оказания медицинской помощи или если я отменю назначение первого представителя по вопросам оказания медицинской помощи.

Первый альтернативный представитель по вопросам оказания медицинской помощи

Ф. И. О. (фамилия, имя, отчество):		Степень родства:
Номера телефонов: домашний	рабочий	мобильный
Адрес:		Электронная почта:

Второй альтернативный представитель по вопросам оказания медицинской помощи		
Ф. И. О. (фамилия, имя, отчество):		Степень родства:
Номера телефонов: домашний	рабочий	мобильный
Адрес:		Электронная почта:

3. Мои указания по вопросам оказания медицинской помощи

В этом разделе можно выразить свои пожелания, описать ценности и цели по оказанию медицинской помощи. Ваши указания должны содержать рекомендации для представителя по вопросам оказания медицинской помощи и лечащих врачей.

Можно дать рекомендации по оказанию медицинской помощи, используя варианты, представленные ниже. Они будут использоваться также в случае, если вы не назначите представителя по вопросам оказания медицинской помощи или с ним невозможно будет связаться.

А. Мои решения об оказании медицинской помощи

Ниже описаны три ситуации, в отношении которых можно выразить свои пожелания. Они помогут задуматься о том, какие решения об искусственном жизнеобеспечении предстоит принять вашему представителю по вопросам оказания медицинской помощи. Для каждой ситуации выберите один вариант, который наиболее точно соответствует вашим пожеланиям.

а. Смертельное состояние

Мои пожелания, если:

- у меня наблюдается неизлечимое или необратимое заболевание;
- И**
- мои лечащие врачи считают, что заболевание приведет к моей смерти в течение шести месяцев, независимо от методов лечения.

Проставьте инициалы только у одного варианта

_____ Я хочу попробовать все доступные методы лечения для искусственного поддержания жизненных функций, такие как искусственное кормление и восполнение потери воды с помощью зондов для искусственного кормления, в/в вливание, диализ почек и искусственная вентиляция легких.

_____ Я хочу искусственно поддерживать жизненные функции с помощью искусственного кормления, восполнения потери воды через зонды для искусственного кормления и с помощью в/в вливания. Я не хочу искусственно поддерживать жизненные функции с помощью других методов лечения, таких как диализ почек и искусственная вентиляция легких.

_____ Я не хочу искусственно поддерживать жизненные функции с помощью других методов лечения, таких как искусственное кормление и восполнение потери воды через зонды для искусственного кормления, в/в вливание, диализ почек или искусственная вентиляция легких. Я хочу чувствовать себя комфортно и умереть естественной смертью.

_____ Я хочу, чтобы мой представитель по вопросам оказания медицинской помощи принял решение за меня после консультации с лечащими врачами с учетом важных для меня моментов. Важные для меня моменты изложены в разделе В ниже.

b. Хроническое прогрессирующее заболевание

Мои пожелания, если:

- у меня наблюдается заболевание в прогрессирующей стадии;
И
- мои лечащие врачи считают, что мое состояние не улучшится и, скорее всего, с течением времени будет усугубляться, а заболевание приведет к смерти;
И
- мои лечащие врачи считают, что я никогда не смогу:
 - » говорить;
 - » безопасно глотать пищу и воду;
 - » самостоятельно ухаживать за собой;
 - » узнавать свою семью и других людей.

Проставьте инициалы только у одного варианта	
_____	Я хочу попробовать все доступные методы лечения для искусственного поддержания жизненных функций, такие как искусственное кормление и восполнение потери воды с помощью зондов для искусственного кормления, в/в вливание, диализ почек и искусственная вентиляция легких.
_____	Я хочу искусственно поддерживать жизненные функции с помощью искусственного кормления, восполнения потери воды через зонды для искусственного кормления и с помощью в/в вливания. Я не хочу искусственно поддерживать жизненные функции с помощью других методов лечения, таких как диализ почек и искусственная вентиляция легких.
_____	Я не хочу искусственно поддерживать жизненные функции с помощью других методов лечения, таких как искусственное кормление и восполнение потери воды через зонды для искусственного кормления, в/в вливание, диализ почек или искусственная вентиляция легких. Я хочу чувствовать себя комфортно и умереть естественной смертью.
_____	Я хочу, чтобы мой представитель по вопросам оказания медицинской помощи принял решение за меня после консультации с лечащими врачами с учетом важных для меня моментов. Важные для меня моменты изложены в разделе В ниже.

с. Постоянное бессознательное состояние

Мои пожелания, если:

- я пребываю в бессознательном состоянии;
- И**
- мои лечащие врачи считают, что я вряд ли когда-либо снова приду в сознание.

Проставьте инициалы только у одного варианта	
_____	Я хочу попробовать все доступные методы лечения для искусственного поддержания жизненных функций, такие как искусственное кормление и восполнение потери воды с помощью зондов для искусственного кормления, в/в вливание, диализ почек и искусственная вентиляция легких.
_____	Я хочу искусственно поддерживать жизненные функции с помощью искусственного кормления, восполнения потери воды через зонды для искусственного кормления и с помощью в/в вливания. Я не хочу

искусственно поддерживать жизненные функции с помощью других методов лечения, таких как диализ почек и искусственная вентиляция легких.

_____ Я не хочу искусственно поддерживать жизненные функции с помощью других методов лечения, таких как искусственное кормление и восполнение потери воды через зонды для искусственного кормления, в/в вливание, диализ почек или искусственная вентиляция легких. Я хочу чувствовать себя комфортно и умереть естественной смертью.

_____ Я хочу, чтобы мой представитель по вопросам оказания медицинской помощи принял решение за меня после консультации с лечащими врачами с учетом важных для меня моментов. Важные для меня моменты изложены в разделе В ниже.

Описать подробнее, какая медицинская помощь вам нужна или не нужна, можно в поле ниже или можно приложить листы с таким описанием.

В. Наиболее важные для меня моменты

Этот раздел применяется только в случае, если у вас смертельное состояние, хроническое прогрессирующее заболевание или постоянное бессознательное состояние. Если намереваетесь использовать этот раздел, укажите в нем наиболее важные для вас моменты. Это поможет вашему представителю по вопросам оказания медицинской помощи.

Вам следует знать, что именно эти моменты важны для меня в жизни:

Именно эти вещи наиболее ценны для меня в жизни:

Именно эти моменты важны для меня в жизни:

Я не хочу, чтобы выполнялись процедуры для искусственного поддержания жизненных функций, если не смогу получать поддержку и не смогу:

Проставьте инициалы у всех применимых вариантов

_____ выразить свои потребности;

_____ избавиться от долговременной сильной боли и страданий;

_____ понимать, кто я и кто меня окружает;

_____ жить без подключения к механической системе жизнеобеспечения;

_____ совершать действия, которые имеют для меня значение, например:

Если нужно указать более подробные сведения, чтобы помочь представителю по вопросам оказания медицинской помощи понять, что для вас наиболее важно, укажите их в поле ниже. (Например: Мне не нужна медицинская помощь, если это приведет к...)

С. Мои духовные убеждения

Есть ли у вас духовные или религиозные убеждения, о которых ваш представитель по вопросам оказания медицинской помощи и лица, осуществляющие уход за вами, должны знать? К таким убеждениям относятся ритуалы, таинства, отказ от переливания препаратов крови и многое другое.

Подробнее описать духовные или религиозные убеждения можно в поле ниже или можно приложить листы с их описанием.

4. Дополнительные сведения

В этом разделе можно предоставить представителю по вопросам оказания медицинской помощи и лечащим врачам дополнительные сведения о себе.

А. Жизнь и ценности

Ниже можно рассказать о своей жизни и ценностях. Это поможет представителю по вопросам оказания медицинской помощи и лечащим врачам в принятии решений об оказании вам медицинской помощи. К таким сведениям могут относиться история семьи, опыт получения медицинской помощи, культурная принадлежность, род деятельности, система социального обеспечения и многое другое.

О своей жизни, убеждениях и ценностях можно написать подробнее в поле ниже или можно приложить листы с таким описанием.

В. Место оказания медицинской помощи

Если можно выбрать, где получать медицинскую помощь, что вы предпочтете? Есть ли места, где вы хотите (или не хотите) получать медицинскую помощь? (Например, больница, лечебно-реабилитационный центр для престарелых, психиатрическая больница, интернат для взрослых, дом престарелых, ваш дом.)

Подробнее о том, где вы предпочитаете получать (или не получать) медицинскую помощь, можно написать в поле ниже или можно приложить листы с таким описанием.

С. Другое

К этой форме можно приложить другие документы, которые, по вашему мнению, будут полезны для представителя по вопросам оказания медицинской помощи и лечащих врачей. Все приложенные документы будут входить в состав вашего Предварительного распоряжения.

Перечислить их можно в поле ниже.

D. Информирование других лиц

Можно позволить вашему представителю по вопросам оказания медицинской помощи разрешать лечащим врачам в случаях, установленных законодательством штата и федеральным законодательством о неприкосновенности частной жизни, обсуждать состояние вашего здоровья и оказываемую медицинскую помощь с указанными ниже лицами. Принимать решения об оказании вам медицинской помощи вправе только ваш представитель по вопросам оказания медицинской помощи.

Ф. И. О. (фамилия, имя, отчество):		Степень родства:
Номера телефонов:	рабочий	мобильный
Адрес:		Электронная почта:

5. Моя подпись

Моя подпись

Дата

6. Свидетель

При подписании заполните пункт А или В

A. Нотариус

Штат _____

Округ _____

Подписано или удостоверено
в моем присутствии (дата)

Дата

Подпись _____

Нотариус штата Орегон

B. Заявление свидетеля

Лицо, заполняющее эту форму, известно мне лично или представило документ, удостоверяющий личность, подписало документ или подтвердило подпись этого лица на документе в моем присутствии, не находится под принуждением и понимает цель и смысл этой формы. Кроме того, я не являюсь представителем данного лица по вопросам оказания медицинской помощи или альтернативным представителем по вопросам оказания медицинской помощи, а также не являюсь лечащим врачом данного лица.

Ф. И. О. свидетеля (печатными буквами)

Подпись

Дата

Ф. И. О. свидетеля (печатными буквами)

Подпись

Дата

7. Принятие назначения представителем по вопросам оказания медицинской помощи

Я принимаю это назначение и соглашаюсь выступать в качестве представителя по вопросам оказания медицинской помощи.

Представитель по вопросам оказания медицинской помощи:

Ф. И. О. (печатными буквами)

Подпись или иное подтверждение принятия назначения

Дата

Первый альтернативный представитель по вопросам оказания медицинской помощи:

Ф. И. О. (печатными буквами)

Подпись или иное подтверждение принятия назначения

Дата

Второй альтернативный представитель по вопросам оказания медицинской помощи:

Ф. И. О. (печатными буквами)

Подпись или иное подтверждение принятия назначения

Дата

Возможность ознакомиться с документом: для людей с ограниченными возможностями или людей, не говорящих на английском языке, Управление здравоохранения штата Орегон может предоставить информацию в иных форматах, например в переводе, крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Обратитесь в Центр медицинской информации по телефону 1-971-673-2411, 711 (телетайп) или по адресу COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us.