

Предварительная директива о медицинской помощи, Калифорния

Данная форма позволяет вам сообщить о том, какое лечение вы хотите получить, если заболите.

Данная форма состоит из 3 частей. Она позволяет вам:

Часть 1: Выбрать агента по медицинской помощи

Агент по медицинской помощи - это человек, который может принимать решения в области медицины для вас, если вы слишком плохо себя чувствуете для того, чтобы принимать их самостоятельно.

Часть 2: Сделать выбор собственного медицинского обслуживания.

Эта форма позволяет вам выбрать вид медицинского обеспечения, который вам необходим.

Таким образом, те, кто заботится о вас, не должны будут догадываться о том, что вам необходимо, если вы будете себя чувствовать слишком плохо для того, чтобы сообщить им об этом.

Часть 3: Подписать форму.

Перед использованием форма должна быть подписана.

Вы можете заполнить Части 1, 2 или обе.

Заполняйте только те части, которые считаете необходимым.

Всегда подписывайте форму в части 3.

Перейдите к следующей странице

Если вы хотите только получить агента по медицинской помощи, перейдите к части 1 на стр. 3.

Если вы хотите только выбрать медицинские услуги, перейдите к части 2 на стр. 6.

Если вы хотите выбрать и то, и другое, заполните Часть 1 и Часть 2.

Всегда подписывайте форму в части 3 на стр. 9.

Что мне делать с формой после того, как я заполнил ее?

Используйте эту форму совместно с теми, кто заботится о вас:

- врачи
- медицинские сестры
- социальные работники
- семья
- друзья

Что, если я передумаю?

- Поменяйте форму.
- Сообщите об изменениях тем, кто заботится о вас

Что, если у меня возникнут вопросы по заполнению формы?

- Принесите ее своим врачам, медицинским сестрам, социальным работникам, семье или друзьям, чтобы они помогли вам ответить на вопросы

Что, если я выберу медицинские услуги, не представленные в данной форме?

- Напишите свои выбранные пункты на листе бумаги
- Приложите этот лист к данной форме
- Используйте эту форму совместно с теми, кто заботится о вас:

Часть 1: Выбрать агента по медицинской помощи

Человек, который может принимать решения в области медицины для вас, если вы слишком плохо себя чувствуете для того, чтобы принимать их самостоятельно.

Кого я должен выбрать в качестве агента по медицинской помощи?

Члена семьи или друга, который:

- в возрасте не моложе 18 лет
- хорошо вас знает
- может быть рядом с вами, когда необходима его помощь
- которому вы доверяете в том, что он сделает так, как лучше для вас
- может сообщить врачу о решениях, которые вы приняли, заполнив данную форму

Ваш агент **не может** быть вашим врачом или любым сотрудником больницы или клиники, только если это не член вашей семьи

Что произойдет, если я не выберу агента по медицинской помощи?

Если вы чувствуете себя слишком плохо для того, чтобы принимать самостоятельные решения, ваши врачи попросят ближайших членов семьи принять это решение за вас.

Если вы хотите, чтобы агентом был кто-нибудь не из членов вашей семьи, вы должны указать его (или ее) имя в данной форме.

Какого рода решения может принимать мой агент по медицинской помощи?

Согласиться, не согласиться, изменить, остановиться или выбрать:

- врачи, медицинские сестры, социальные работники
- больницы или клиники
- медикаменты или анализы
- что произойдет с вашими органами тела после вашей смерти

Перейдите к следующей странице

Другие решения, которые может принимать ваш агент:

- **Средства жизнеобеспечения**– медицинский уход, который помогает вам прожить дольше
 - **СЛР, или сердечно-легочная реанимация**
с = сердечно л = легочная р = реанимация

Она может включать:

- сильное давление на область грудной клетки для поддержания перекачки крови
- дефибрилляцию для запуска остановившегося сердца
- внутривенный ввод лекарств

- **Аппарат для искусственного дыхания или вентилятор**
Этот аппарат накачивает воздух в ваши легкие и дышит за вас. Вы не можете разговаривать, когда вы подключены к этому аппарату.
- **Диализ**
Устройство, которое очищает вашу кровь в случае отказа почек.
- **Зонд для искусственного кормления**
Зонд, который используется для вашего кормления, когда вы не можете глотать. Зонд помещается через глотку в желудок. Он может устанавливаться с помощью хирургического вмешательства.
- **Переливания крови**
Вливание крови в ваши вены.
 - Хирургия
 - Лекарства
- **Уход в конце жизни** – если вы можете скоро умереть, ваш агент по медицинской помощи может:
 - призвать духовного лидера
 - принять решение о том, будете вы умирать дома или в больнице

**Покажите эту форму своему агенту по медицинской помощи.
Расскажите своему агенту, какого рода медицинская помощь вам
необходима.**

Перейдите к следующей странице

Ваш агент по медицинской помощи

Я хочу, чтобы этот человек помогал мне в принятии решений в отношении медицинского обслуживания

имя

фамилия

адрес

город

штат

почтовый индекс

домашний телефон

рабочий телефон

Если первое лицо не может этого сделать, я хочу, чтобы данное лицо помогло мне в принятии решений в отношении медицинского обслуживания.

имя

фамилия

адрес

город

штат

почтовый индекс

домашний телефон

рабочий телефон

Проставьте "X" напротив предложения, с которым вы согласны.

Мой агент по медицинской помощи может принимать решения для меня **сейчас**.

Мой агент по медицинской помощи может принимать решения для меня **только** после того, как я сам не смогу принимать решения.

Чтобы сделать свой собственный выбор в отношении медицинского обслуживания, перейдите к Части 2 на следующей странице.

Чтобы подписать данную форму, перейдите к Части 3 на стр. 9.

Часть 2: Сделать собственный выбор в отношении медицинского обслуживания.

Напишите свой выбор, чтобы те, кто заботится о вас, не должны были догадываться.

Подумайте о том, что делает вашу жизнь ценной.

Проставьте "X" напротив предложения, с которым вы согласны.

Моя жизнь имеет ценность только если я могу:

- общаться со своей семьей или с друзьями
- выйти из комы
- самостоятельно питаться, умыться, обихаживать себя
- не страдать болями
- жить, не завися от вспомогательных устройств
- Я не уверен.

Моя жизнь всегда ценна, независимо от того, насколько плохо я себя чувствую

Если я буду умирать, для меня важно находиться:

дома в больнице Я не уверен

Является ли религия или духовное начало важным для вас?

да нет

Что врачи должны знать о вашей религии или духовном начале?

Если вы чувствуете себя плохо, ваши врачи и медицинские сестры всегда попытаются сделать так, чтобы вы не чувствовали боли и чувствовали себя комфортно.

Перейдите к следующей странице

Средства жизнеобеспечения используются для того, чтобы вы оставались живы. Это могут быть СЛР, аппарат искусственного дыхания, зонд для искусственного кормления, диализ, переливание крови или лекарства.

Проставьте "X" напротив предложения, с которым вы согласны.

Пожалуйста, прочитайте эту страницу целиком до того, как сделаете свой выбор.

Если я себя чувствую настолько плохо, что могу скоро умереть:

- Попробуйте все средства жизнеобеспечения, которые, по мнению врачей, могут помочь вам.

Если средства **не действуют**, и надежды на улучшение состояния здоровья мало, **я хочу продолжать** пользоваться средствами жизнеобеспечения.

- Попробуйте все средства жизнеобеспечения, которые, по мнению врачей, могут помочь вам.

Если средства **не действуют**, и надежды на улучшение состояния здоровья мало, **я не хочу продолжать** пользоваться средствами жизнеобеспечения.

- Попробуйте все средства жизнеобеспечения, которые, по мнению врачей, могут помочь вам, но не данные средства. Отметьте то, что не является необходимым для вас.

СЛР зонд для искусственного кормления
 Диализ переливание крови
 Аппарат искусственного дыхания лекарства
 Другое лечение _____

- Я не хочу пользоваться никакими** средствами жизнеобеспечения.

- Я хочу, чтобы мой **агент по медицинской помощи** принял решение.

- Я не уверен.

Перейдите к следующей странице

Ваши врачи могут спросить вас о донорстве органов и аутопсии после вашей смерти. Пожалуйста, передайте им свои пожелания.

Проставьте "X" напротив предложения, с которым вы согласны.

Донорство органов может помочь спасению жизни людей.

- Я **хочу** быть донором органов
Какие органы вы хотите отдать в качестве донора?
 - любые органы
 - только _____
- Я **не хочу** быть донором органов
- Я хочу, чтобы мой **агент по медицинской помощи** принял решение.
- Я не уверен.

Аутопсия может проводиться после смерти для определения причин смерти. Она выполняется хирургическим путем. Ее выполнение может занять несколько дней.

- Я **хочу** проведения аутопсии.
- Я **не хочу** проведения аутопсии.
- Я могу захотеть проведения аутопсии, если возникнут вопросы о моем состоянии здоровья.
- Я хочу, чтобы мой **агент по медицинской помощи** принял решение.
- Я не уверен.

Что должны знать врачи о том, как обращаться с вашим телом после вашей смерти?

Перейдите к Части 3 на следующей странице, чтобы подписать данную форму

Часть 3: Подписать форму.

Перед тем, как данная форма может использоваться, вы должны:

- подписать форму.
- дать двум свидетелям подписать данную форму.

Если у вас нет свидетелей, вам необходимо обратиться к государственному нотариусу.

Задача государственного нотариуса - убедиться, что именно вы подписываете форму.

Распишитесь и укажите дату.

_____	_____		
ВАША ПОДПИСЬ	ДАТА		
_____	_____		
напишите свое имя	напишите свою фамилию		
_____	_____		
адрес	город	штат	почтовый индекс

Ваш свидетель должен:

- быть не моложе 18 лет.
- знать вас.
- видеть, что вы подписали данную форму.

Ваш свидетель не может:

- быть вашим агентом по медицинской помощи, врачом, медицинской сестрой или социальным работником.
- получать финансовое вознаграждение (любую сумму денег) после вашей смерти.
- работать там, где вы проживаете.
(если вы живете в доме престарелых, перейдите к стр.12)

Только один из свидетелей может быть членом вашей семьи.

Второй свидетель не должен быть членом вашей семьи.

Свидетели должны подписаться на следующей странице.

Если у вас нет свидетелей, принесете эту форму государственному нотариусу и подпишите ее на стр.11.

Пусть ваши свидетели напишут свои имена и проставят дату

Свидетель #1

ВАША ПОДПИСЬ

ДАТА

НАПИШИТЕ СВОЕ ИМЯ

НАПИШИТЕ СВОЮ ФАМИЛИЮ

АДРЕС

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Свидетель #2

ВАША ПОДПИСЬ

ДАТА

НАПИШИТЕ СВОЕ ИМЯ

НАПИШИТЕ СВОЮ ФАМИЛИЮ

АДРЕС

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Вы закончили заполнение данной формы

Используйте эту форму совместно со своими врачами, медицинскими сестрами, социальными работниками, друзьями и своей семьей.

Поговорите с ними о сделанном вами выборе.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НОТАРИУС

- Отнесите эту форму государственному нотариусу только в случае, если два свидетеля не подписали данную форму.
- Приложите идентификационную карточку с фотографией (водительские права, паспорт и т.д.)

НОТАРИАЛЬНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НОТАРИУС ШТАТ КАЛИФОРНИЯ

Округ _____

_____ числа _____ месяца _____ года передо мной,

_____ (напишите имя государственного нотариуса)

лично предстал _____

(напишите имя лица, заполняющего данную форму)

и доказал мне на основании достоверных фактических данных, что является лицом, указанным в данной предварительной директиве о медицинской помощи, и подтвердил, что он или она заполнили данную форму. Под страхом наказания за дачу заведомо ложных показаний я заявляю, что лицо, имя которого указано в предварительной директиве о медицинской помощи, находится в здравом уме и не находится под принуждением, в заблуждении или под ненадлежащим влиянием.

ПЕЧАТЬ НОТАРИУСА

_____ (Подпись)

_____ (Дата)

Вы закончили заполнение данной формы

Используйте эту форму совместно со своими врачами, медицинскими сестрами, социальными работниками, друзьями и своей семьей.

Поговорите с ними о сделанном вами выборе.

ТОЛЬКО для лиц, проживающих в домах престарелых штата Калифорния

- **Передайте данную форму директору дома престарелых, только в том случае, если вы проживаете в доме престарелых.**
- **Законы штата Калифорния требуют от лиц, проживающих в домах престарелых, наличия представителей по правам человека в качестве свидетелей предварительных медицинских указаний.**

ЗАЯВЛЕНИЕ АДВОКАТА ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА

“Под страхом наказания за дачу заведомо ложных показаний в соответствии с законами штата Калифорния я заявляю, что являюсь адвокатом пациента или его представителем по правам человека в соответствии с определением Государственного департамента по вопросам старения, и что я выступаю свидетелем в соответствии с требованиями Раздела 4675 Кодекса о делах о наследстве и опеке.”

ВАША ПОДПИСЬ

ДАТА

напишите свое имя

напишите свою фамилию

адрес

город

штат

почтовый индекс