

Директива о лечении

Мое имя: _____.

Дата моего рождения: _____.

Я нахожусь в здравом уме и подписываю эту директиву добровольно. Если я утрачу способность самостоятельно принимать решения, мои родственники, друзья, представители и поставщики медицинских услуг обязаны соблюдать все требования настоящей директивы. Если какая-то часть настоящей директивы окажется недействительной, требования остальных частей должны быть исполнены. Я отзываю любые директивы о лечении, подписанные мною в прошлом.

1. Ключевые ценности: В основе всех решений, связанных с моим лечением, должны находиться следующие желания и предпочтения:

a. Смысл жизни.

- В случае смертельного или серьезного заболевания я могу **навсегда** утратить возможность делать то, без чего моя жизнь не имеет смысла. Я хочу, чтобы все виды лечения, за исключением обеспечения моего комфорта, обезболивания и паллиативного ухода, были остановлены, если я **больше никогда не смогу**:
 - Узнавать близких друзей и родственников
 - Заниматься физическими упражнениями
 - Бывать на природе
 - Читать
 - Смотреть кино/телевизор

Health Care Directive

My name is _____.

My birth date is _____.

I am a person with decision-making capacity. I voluntarily sign this directive. If I cannot make decisions for myself, my relatives, friends, agents, and medical providers should fully honor every part of this directive. If any part of this directive is invalid, the rest should be honored. I revoke any health care directives I have signed in the past.

1. Health Care Values: The following wishes and preferences should guide all decisions made about my care:

a. What makes my life worth living.

Some terminal or serious conditions may stop me from **ever** doing the things that make life worth living for me. In that situation, I want you to stop all treatment except comfort care, pain relief and palliative care if I **cannot ever again**:

Recognize my close friends and family in any meaningful way

Exercise

Be outdoors

Read

Watch tv shows/movies

Совершать следующие действия:

Иное:

Жизнь бесценна сама по себе. Делайте все возможное для ее сохранения.

b. Мои предпочтения. В последние дни я хочу:

Провести время с этими друзьями и родственниками:

Чтобы мне были доступны эти любимые предметы и/или домашние животные:

Если есть такая возможность, съесть или выпить это:

Слушать следующую музыку:

Иное:

c. Обезболивание. Обезболивающие средства часто обладают побочными эффектами в виде головокружения и спутанности сознания. В последние дни я хочу сбалансировать обезболивание и ясность сознания следующим образом:

Do the following:

Other:

Life is always worth living. Do everything you can to keep me alive.

b. My hopes. In my last days, I hope to spend my time:

With my close friends and family:

With the following comfort items and/or pets:

Eating/drinking the following items, if possible:

Listening to the following music:

Other:

c. Pain Management. Medications used to treat pain often come with the side effect of drowsiness and decreased mental clarity. In my last days, I hope to balance pain management and mental clarity in this way:

- Я предпочитаю испытывать как можно меньше боли, даже если это приведет к спутанности сознания.
- Я предпочитаю, чтобы мое сознание оставалось максимально ясным, и готов(а) ради этого вытерпеть следующую боль:
 - 1 = Едва заметная боль
 - 2 = Боль, которая заметна, но не мешает повседневным занятиям
 - 3 = Боль, которая иногда меня отвлекает
 - 4 = Боль, которая отвлекает, но не делает повседневные занятия невозможными
 - 5 = Боль делает некоторые занятия невозможными
 - 6 = Боль тяжело игнорировать, я избегаю повседневных занятий
 - 7 = Боль становится основным фокусом внимания, повседневные занятия невозможны
 - 8 = Боль ужасна, любая деятельность вызывает затруднения
 - 9 = Боль невыносима, не могу делать ничего
 - 10 = Боль любой силы. Мой главный приоритет - ясность сознания.

d. Мои опасения. Некоторые ситуации или виды лечения вызывают у меня опасения, и я хочу их предотвратить или избежать, если есть такая возможность.

I hope to spend my time in as little pain as possible, even if I'm not mentally clear.

I am willing to tolerate the following level of pain in the hopes of having more mental clarity:

- 1 = Pain I hardly notice
- 2 = Pain I notice but does not interfere with activities
- 3 = Pain that sometimes distracts me
- 4 = Pain that distracts me, but I can do usual activities
- 5 = Pain interrupts some activities
- 6 = Pain is hard to ignore, I avoid usual activities
- 7 = Pain is my focus of attention, prevents daily activities
- 8 = Pain is awful, it's hard to do anything
- 9 = Pain is unbearable, I'm unable to do anything
- 10 = Pain as severe as I can imagine. Maximum mental clarity is the most important.

d. My fears. There are situations or treatments I am concerned about and want to prevent or avoid if possible.

- Я не хочу испытывать (примеры: удушье, жажду, ощущение инородного тела в горле, тошноту, головную боль):

Я хочу, чтобы в ходе паллиативного лечения было сделано все возможное, чтобы смягчить подобные ощущения.

- Я не хочу, чтобы сбережения моей семьи были истрачены на уход за терминальным больным. Я хочу, чтобы мое паллиативное лечение было наименее дорогостоящим.

- Иное:

е. Предпочтительное местонахождение. По возможности, я предпочитаю получать лечение:

- У себя дома
- В хосписе
- В доме престарелых
- В частном доме престарелых
- В доме престарелых с медицинским обслуживанием
- В больнице

Я понимаю, что в зависимости от моего состояния и обстоятельств учесть эти предпочтения может оказаться невозможным. Я доверяю лицу (лицам), принимающему за меня медицинские решения, и знаю, что решение будет принято в моих интересах, в соответствии с моими ценностями и учетом мнения моих близких и медицинского персонала.

I have a fear of (examples: shortness of breath, thirst, choking sensation, nausea, headaches):

Please do everything possible to relieve me of that feeling through comfort care.

I don't want to spend our life savings on my final illness. Please provide the least costly comfort care for my end-of-life care.

Other:

е. Where I want to be. I would like to receive care in the following place/s if possible:

My home

Hospice care

An assisted living facility

An adult family home

A nursing home

A hospital

I know that it may not be possible for me to receive care where I want, given my needs and circumstances at the time. I trust my healthcare decision-maker/s and know that they will make the best decisions for me after considering my values, and consulting with my loved ones and care providers.

Иное:

f. Дополнительная информация:

Я хочу, чтобы моим близким сообщили о моем состоянии и дали возможность навестить меня, чтобы попрощаться.

Я хочу, чтобы мою жизнь поддерживали искусственно в течение времени, которое потребуется моим близким, чтобы навестить меня и попрощаться.

В последние дни я хочу иметь возможность смотреть в окно или созерцать природу, если есть такая возможность.

В последние дни мне необходимо соблюсти следующие ритуалы в соответствии с моими религиозными или культурными традициями:

Иное:

Other:

f. Other things to know about me:

I would like my friends and family to be notified of my condition and given an opportunity to visit me to say goodbye.

I would like to be kept alive for a short period of time if needed to allow friends and family time to travel and say goodbye.

If possible, I would like to be able to look out a window or see nature during my last days.

My religious or cultural traditions require the following practices around health care and end of life care:

Other:

2. Предсмертное состояние или необратимое бессознательное состояние. Если мой лечащий врач диагностирует, что я нахожусь в предсмертном состоянии, или два врача определяют, что я нахожусь в постоянном бессознательном состоянии, и если подтвердится, что лечение, направленное на поддержание жизни, только будет искусственно продлевать процесс умирания, то я хочу:

a. Паллиативное лечение и обезболивание.
(выберите одну опцию)

- Если я буду испытывать очевидную боль или дискомфорт, я хочу, чтобы были приняты все меры, направленные на их устранение, даже если медицинский персонал считает, что это может ускорить мою смерть.
- Я не хочу принимать лекарства или получать лечение, направленное на улучшение моего самочувствия, если это может ускорить мою смерть. Сделайте все возможное, чтобы сохранить мою жизнь, даже если я испытываю боль. Пожалуйста, используйте способы обезболивания, которые не ускорят мою смерть.

b. Искусственное поддержание жизни. (выберите одну опцию)

- Сделайте все возможное, чтобы искусственно поддерживать мою жизнь в предсмертном состоянии или необратимом бессознательном состоянии.
- Не назначайте** мне следующие методы лечения или **прекратите** их применение после (укажите срок)

(выберите все применимые варианты):

- Искусственное питание
- Искусственное восполнение жидкости
- Искусственное дыхание (ИВЛ)

2. Terminal Illness or Permanent Unconscious Condition. If my attending physician diagnoses me with a terminal condition or two physicians determine that I am in a permanent unconscious condition, and if my physician/s determine that life-sustaining treatment would only artificially prolong the process of dying, I want:

a. Comfort Care and Pain Medication.
(check one)

If I appear to be experiencing pain or discomfort, I want treatment and medications to make me comfortable, even if my medical providers believe it might unintentionally hasten my death.

I don't want treatment and medications to make me comfortable if those treatments and medications might hasten my death. Do everything possible to keep me alive even if I am in pain. Please use pain management methods that will not hasten my death.

b. Artificial Life Support. (check one)

Please use all treatment options to artificially prolong the process of dying or sustain me in a permanent unconscious condition.

The following treatment should be **withheld** or **withdrawn** from me after (period of time) _____
(check all that apply):

Artificial nutrition

Artificial hydration

Artificial respiration (ventilator)

- Сердечно-легочная реанимация, включая искусственное дыхание, лекарственную регуляцию сердечной деятельности, мочегонные средства, стимулирующие средства или любые другие виды лечения, применяемые в случае прекращения сердечной деятельности
- Хирургическое вмешательство, направленное на продление или сохранение моей жизни
- Диализ или фильтрация крови в случае отказа почек
- Переливание крови в случае потери или заражения крови
- Лекарственные средства, которые предназначены не для снятия болевых ощущений, а для продления жизни
- Любое иное средство, направленное на искусственное продление или сохранение моей жизни

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), including artificial ventilation, heart regulating drugs, diuretics, stimulants, or any other treatment for heart failure

Surgery to prolong my life or keep me alive

Blood dialysis or filtration for lost kidney function

Blood transfusion to replace lost or contaminated blood

Medication used to prolong life, not for controlling pain

Any other medical treatment used to prolong my life or keep me alive artificially

3. После смерти

a. Органы, части тела и ткани

- Я хочу стать донором органов, частей тела и тканей. *(Особые указания, при наличии):*

- Я **не** хочу быть донором органов, частей тела или тканей.

b. Медицинское образование и наука

- Я даю согласие на использование всего моего тела или его частей в образовательных и научных целях.

3. After Death

a. Organs, body parts, and tissues

- I want to donate organs, body parts, and tissues. *(Specific instructions, if any):*

- I don't want to donate organs, body parts, and tissues.

b. Medical education or research

- I consent to use all or part of my body for medical education or research.

- Я **не** даю согласие на использование всего моего тела или его частей в образовательных и научных целях.

с. Вскрытие

- Я даю согласие на проведение вскрытия.
- Я **не** даю согласие на проведение вскрытия.

d. Выдача тела/останков

- После моей смерти мои останки надлежит выдать следующему лицу (лицам):
(Имя/имена, контактная информация):

4. Медицинские учреждения. Если я поступлю в больницу или иное медицинское учреждение, которое отказывается следовать настоящей директиве в силу религиозных или иных причин: (1) мое согласие на поступление в это учреждение не подразумевает согласия на лечение и (2) я хочу, чтобы при первой возможности меня перевели в медицинское учреждение, которое будет следовать настоящей директиве.

5. Изменения и отмена. Я понимаю, что я могу внести изменения в настоящую директиву прежде, чем подпишу ее. Я также понимаю, что могу отозвать настоящую директиву в любой момент.

I **don't** consent to use all or part of my body for medical education or research.

c. Autopsy

I consent to an autopsy.

I **don't** consent to an autopsy.

d. Releasing my body and remains

Upon my death, my body and remains can be released to the following person/s: (*Name/s and contact information*):

4. Health Care Institutions. If I am admitted to a hospital or other medical institution that will not honor this directive due to religious or other beliefs: (1) my consent to admission is not implied consent to treatment, and (2) I want to be transferred as soon as possible to a hospital or other medical institution that will honor my directive.

5. Changes and Cancellation. I understand that I can change the wording of this directive before I sign it. I also understand that I can cancel this directive at any time.

Дата:

▶ _____

Подписано мною (в присутствии нотариуса или свидетеля)

← Date

← My signature (in front of a notary or witnesses)

Notarization (preferred) Нотариальное заверение (желательно)

State of Washington (Штат Вашингтон)
County of (Округ)

Signed or attested before me on (date)
(Подписано (заверено) в моем присутствии (дата))
by (name) / (имя подписанта)



Signature of Notary (Подпись нотариуса)

Notary Public for the State of Washington.
(Нотариус штата Вашингтон.)

My commission expires (Мои полномочия
истекают)

Заявление свидетелей (только если у вас нет возможности заверить директиву нотариально)

_____ (число) _____ (имя)
подписал настоящую Директиву о лечении в моем присутствии. Я лично знаю подписанта, или же мне было предоставлены документы, удостоверяющие личность подписанта. Я уверен, что подписант в состоянии принимать решения, касающиеся его здоровья.

- Я не прихожусь подписанту родственником или супругом.
- Мне не причитается наследство подписанта в виде денежных средств или недвижимости.
- У меня нет юридических претензий к подписанту.
- Я не являюсь лечащим врачом подписанта. Я также не работаю на лечащего врача подписанта или в любом медицинском учреждении, в котором подписант проходит лечение.

Свидетель 1

▶ _____

Подпись

Statement of Witnesses (only if you cannot find a notary)

On (date) _____,
(name) _____
signed this Health Care Directive in my presence. They are personally known to me or provided proof of identity. I believe they are capable of making health care decisions.

- I am not related to this person by blood or marriage.
- I am not eligible to inherit money or property from this person.
- I do not have a legal claim against this person.
- I am not this person’s attending physician. I am not an employee of their physician, or of any health facility where they are a patient.

Witness 1

← Signature

Имя печатными буквами _____

Адрес _____

Телефон _____

Свидетель 2

▶ _____

Подпись

Имя печатными буквами _____

Адрес _____

Телефон _____

← Print name

← Address

← Phone

Witness 2

← Signature

← Print name

← Address

← Phone

Директива о лечении
Приложение: Контактная информация

Health Care Directive
Attachment: Contact Info

Сведения обо мне

My information

Имя _____

My name

Дата рождения _____

My date of birth

Номер телефона _____

My phone number

Email _____

My email address

Почтовый адрес _____

My mailing address

Мой лечащий врач _____

My primary care medical provider

Доверенность

Power of attorney

Я выдал **Долгосрочную доверенность**, которая позволяет другому лицу (моему «Представителю») принимать за меня медицинские решения, если я сам на это не способен.

I have a **Durable Power of Attorney** form that lets someone else (my “agent”) make health care decisions for me if I am not able.

Мой Представитель (при наличии)

My health care agent (if any)

Имя _____

Name

Наши взаимоотношения (например: друг, партнер, супруг, сестра и т.д.)

Relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

Телефон _____

Phone

Email _____

Email

Мой альтернативный представитель (при наличии)

My alternate health care agent (if any)

Имя _____

Name

Наши взаимоотношения (например: друг, партнер, супруг, сестра и т.д.)

Relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

Телефон _____

Phone

Email _____

Email

Второй альтернативный представитель (при наличии)

My 2nd alternate health care agent (if any)

Имя _____

Name

Наши взаимоотношения (например: друг, партнер, супруг, сестра и т.д.)

Relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

Телефон _____

Phone

Email _____

Email

Долгосрочное планирование: прочее

Other advance planning

У меня имеются следующие документы, касающиеся долгосрочного планирования или паллиативного ухода (*перечислите документы*):

I have the following other documents about advance planning or end-of-life (*list document/s*):

