

Директива о лечении (или «Распоряжение о жизни»)

Что такое «Директива о лечении»?

Директива о лечении позволяет вам указать, какие виды лечения вы хотите или не хотите получать, если вы смертельно больны или находитесь в постоянном бессознательном состоянии, и не можете принимать решения самостоятельно. Директива о лечении позволяет вам также вписать то, что наиболее важно для вас в ходе лечения.

Что может быть наиболее важным в ходе лечения?

Это ваши пожелания в отношении лечения, включая ваши религиозные, этические и личные предпочтения. Они должны направлять решения о лечении, принимаемые за вас, когда вы не сможете принимать решения самостоятельно, во всех ситуациях, а не только когда вы смертельно больны или находитесь в постоянном бессознательном состоянии. Вот примеры того, что вы можете включить:

- «Я беспокоюсь, что буду испытывать такое ощущение, как если я подавилась. Сделайте, пожалуйста, все возможное, чтобы освободить меня от такого стресса».
- «Я могу переносить небольшую боль – испытывая боль, продолжать ясно мыслить».
- «Для меня важнее качество жизни, нежели получение значительного объема медицинского ухода».
- «Для меня важнее всего попасть в больницу, где предлагают отличный уход».
- «Жизнь имеет смысл для меня, если я могу бывать на природе. Если же состояние моего здоровья вообще не позволит мне бывать на природе, то я не хочу больше жить».
- «Для меня важно, чтобы я смогла узнавать моих родных и попрощаться с ними».

- «Мои последние дни я хочу провести дома».
- «Мои религиозные убеждения требуют, чтобы... (опишите ваши религиозные традиции в отношении лечения).
- «Я люблю джаз, и, по мере возможности, хотела бы все время слушать джазовую музыку».

Указано ли в Директиве о лечении, *кто* будет принимать за меня решения?

Нет. Вам необходим также документ «Долгосрочная доверенность». Долгосрочная доверенность позволяет вам назначить доверенного друга или родственника помочь вам в принятии решений о вашем медицинском обслуживании. Бланк долгосрочной доверенности можно найти на сайте WashingtonLawHelp.org.

Смогу ли я по-прежнему принимать решения самостоятельно?

Да. Вы можете, если способны, по-прежнему принимать решения о лечении самостоятельно. В любой момент вы также можете изменить или отменить свою директиву.

Необходимо ли заверить директиву о лечении нотариально?

Вам следует подписать директиву о лечении в присутствии нотариуса. Если вы не можете найти нотариуса, вы можете подписать документ в присутствии двух «незаинтересованных» свидетелей.

Что следует сделать после того, как я подписала директиву?

Вам следует отдать ее своему врачу, представителю и доверенному другу или родственнику. Вам следует также попросить в своей местной больнице, чтобы они включили директиву в вашу медицинскую карту.

А есть ли другие виды директив?

Да. Есть директивы о лечении, в которых вы можете указать, какого типа лечение вы предпочитаете, если у вас проблемы психиатрического здоровья, или вы страдаете старческим слабоумием (dementia). Вы можете найти бланки этих директив на сайте WashingtonLawHelp.org

А если мне необходима юридическая помощь?

За пределами округа Кинг. Звоните по горячей линии CLEAR по тел. 1-888-201-1014 в будние дни с 9.15 до 12.15.

В округе Кинг. Позвоните по тел. 211 для получения информации и направления в соответствующую юридическую службу. Звонить можно в будние дни с 8.00 до 18.00. Вы можете также позвонить по номеру (206) 461-3200 или по номеру для бесплатного соединения 1-877-211-WASH (9274).

Информацию о юридических агентствах в округе Кинг вы можете получить также на вебсайте www.resourcehouse.com/win211/

Глухонемые лица, а также лица с нарушениями слуха или речи могут позвонить в CLEAR или 211 (или по номеру для бесплатного соединения 1-877-211-9274) с помощью оператора релейной связи по своему выбору.

Службы 211 и CLEAR при необходимости подключат переводчика, услуги которого предоставляются бесплатно.

Бесплатные образовательные публикации, видео и комплекты документов для самостоятельных действий по многим юридическим вопросам имеются на WashingtonLawHelp.org

Эта публикация предлагает общую информацию о ваших правах и обязанностях.

Не предполагается, что эта публикация может заменить конкретную юридическую консультацию.

Информация действительна на май 2020 г.

(Разрешение на копирование и распространение, исключительно в некоммерческих целях, предоставляется организации Alliance for Equal Justice и индивидуальным лицам)

Health Care Directive of Директива о лечении

[My Name] [Мои ФИО]

I am of sound mind and body and voluntarily execute this health care directive. If I cannot make decisions for myself about life sustaining medical treatment, my relatives, friends, agents and medical providers should fully honor every part of this directive. If any part of this directive is invalid, the remainder should be honored. I revoke any health care directives I have signed in the past.

Будучи в здравом уме и здоровом теле, я добровольно подписываю данную директиву о лечении. Если я не в состоянии самостоятельно принимать решения о лечении для поддержания моей жизни, то мои родственники, друзья, представители и лечащий персонал должны полностью выполнить каждую часть данной директивы. Если какая-либо часть этой директивы не имеет силы, то оставшиеся части должны быть выполнены. Я отменяю любые директивы о лечении, подписанные мною в прошлом.

1. Withhold or Withdraw Treatment. If my attending physician diagnoses me with a terminal condition, or if 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, the following treatment should be withheld or withdrawn from me:

(check all that apply)

***От каз от назначения или прекращение лечения.** Если мой лечащий врач поставит диагноз о том, что я нахожусь в предсмертном состоянии, или два врача определяют, что я нахожусь в постоянном бессознательном состоянии, и мой врач определит, что лечение, направленное на поддержание жизни, только будет искусственно продлевать процесс умирания, то следующее лечение не должно быть назначено или должно быть прекращено:*

(отметить все, что подходит)

- Artificial nutrition / искусственное питание
- Artificial hydration / искусственное восполнение жидкости
- Artificial respiration / искусственное дыхание
- Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), including artificial ventilation, heart regulating drugs, diuretics, stimulants, or any other treatment for heart failure
сердечно-легочная реанимация (CPR), включая искусственную вентиляцию, лекарства, восстанавливающие сердечную деятельность, мочегонные, симулирующие средства или любые другие виды лечения, применяемые в случае прекращения сердечной деятельности

Мои ФИО: _____ Дата моего рождения: _____

- Surgery to prolong my life or keep me alive
операция для продления жизни или для того, чтобы не дать мне умереть
- Blood dialysis or filtration for lost kidney function
диализ или фильтрация крови из-за потери функции почек
- Blood transfusion to replace lost or contaminated blood
переливание крови для восполнения утраченной или зараженной крови
- Medication used to prolong life, not for controlling pain
лекарства для продления жизни, не болеутоляющие
- Any other medical treatment used to prolong my life or keep me alive artificially
любое другое лечение для продления моей жизни или для того, чтобы искусственно не давать мне умереть

2. **Comfort Care and Pain Medication.** 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.

Обеспечение комфорта и болеутоляющие лекарства. Если будет очевидно, что я испытываю боль или дискомфорт, я хочу получать лечение и лекарства, дающие мне комфорт, даже если медицинский персонал считает, что это может ускорить мою смерть.

3. **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.

Лечебные заведения. Если я поступлю в госпиталь или другое лечебное заведение, которое не будет выполнять данное распоряжение по религиозным или другим соображениям: (1) мое согласие поступить в госпиталь или другое лечебное заведение не является подразумеваемым согласием на лечение, и (2) я хочу, чтобы как можно быстрее меня перевели в госпиталь или другое лечебное заведение, которые будут выполнять мое распоряжение.

4. **Changes and Revocation.** I understand that I can change the wording of this directive before I sign it. I also understand that I can revoke this directive at any time.

Изменения и отзв. Я понимаю, что я могу изменить формулировку данной директивы прежде, чем я подпишу ее. Я также понимаю, что в любой момент я могу отозвать эту директиву.

Мои ФИО: _____ Дата моего рождения: _____

5. **Health Care Values** The following wishes and preferences should guide all decisions made about my care: *Наиболее важное в ходе лечения. Следующие пожелания и предпочтения должны направлять все решения о моем уходе:*

Мои ФИО: _____ Дата моего рождения: _____

My Signature / Моя подпись

Date / Дата

Notarization (preferred) / Нотариальное заверение (предпочтительный)

State of Washington / (Штат Вашингтон)

County of / (Округ) _____

I certify that I know or have satisfactory evidence that _____, is the person who appeared before me, signed above, and acknowledged that the signing was done freely and voluntarily for the purposes mentioned in this instrument.

(Я заверяю, что мне известны или что у меня есть достаточные доказательства того, что _____ является представшим предо мной лицом, подпись которого проставлена выше, и подтвердившим в моем присутствии, что его подпись была проставлена свободно и добровольно в целях, предусмотренных настоящим юридическим инструментом.)

SUBSCRIBED and SWORN to before me on _____.

(ПОДПИСАНО и КЛЯТВЕННО ПОДТВЕРЖДЕНО в моем присутствии.)

SIGNATURE OF NOTARY / (ПОДПИСЬ НОТАРИУСА)

PRINT NAME OF NOTARY / (ИМЯ И ФАМИЛИЯ НОТАРИУСА
ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

NOTARY PUBLIC for the State of Washington. / (НОТАРИУС в
штате Вашингтон.)

My commission expires / (Срок моих полномочий
истекает) _____

Мои ФИО: _____ Дата моего рождения: _____

Statement of Witnesses (alternative)
Заявление свидетелей (альтернативно)

On _____, the declarer of this document signed it in my presence. I believe the declarer is able to make health care decisions, to understand this document, and to have signed it voluntarily.

_____ числа заявитель данного документа подписал его в моем присутствии. Я уверен, что заявитель способен принимать решения о медицинском уходе, понимает этот документ и подписал его добровольно.

- I am not related by blood or marriage to the declarer.
Я не прихожусь заявителю родственником ни по крови, ни в результате брака.
- I am not now entitled to receive any portion of the declarer's estate, either by will or by operation of law, or as a result of any claim against the declarer.
Мне не причитается никакая часть наследства заявителя ни по завещанию, ни по закону, ни в результате какого-либо иска против заявителя.
- I am not the declarer's attending physician or an employee of that physician or of a health facility in which the declarer is a patient.
Я не являюсь лечащим врачом заявителя, наемным работником этого врача или медицинского учреждения, в котором находится заявитель.

Witness 1 / Свидетель 1

Witness 2 / Свидетель 2

Signature / Подпись

Signature/ Подпись

Print Name / ФИО печатными буквами

Print Name / ФИО печатными буквами

Address / Адрес

Address / Адрес

Мои ФИО: _____ Дата моего рождения: _____

Health Care Directive Contact Information / Контактная информация для Директивы о лечении

My name – first, middle, last / Мои ФИО	
My date of birth / Дата моего рождения	My primary care medical provider / Имя моего лечащего врача
My phone number / Мой номер телефона	My email address / мой адрес эл. почты
My mailing address / Мой адрес	

- 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. / У меня есть Долгосрочная доверенность, позволяющая другому лицу (моему «агенту») принимать за меня решения о моем лечении, когда я сам(а) не могу этого делать.

My health care agent’s name / Имя моего агента, принимающего решения о лечении.	
My agent’s relationship to me (e.g. friend, partner, spouse, sister, etc.) / Кем мне приходится агент? (например, другом, супругом, сестрой, и т.п.)	
My agent’s phone number / Номер телефона моего агента	My agent’s email address / адрес эл. почты моего агента

Мои ФИО: _____ Дата моего рождения: _____

My alternate health care agent's name / Имя моего альтернативного агента, принимающего решения о лечении	
My alternate agent's relationship to me (e.g. friend, partner, spouse, sister, etc.) / Кем мне приходится альтернативный агент? (например, другом, супругом, сестрой, и т.п.)	
My alternate agent's phone number / Номер телефона моего альтернативного агента	My alternate agent's email address / адрес эл. почты моего альтернативного агента

Мои ФИО: _____ Дата моего рождения: _____

Глоссарий

Ниже даются несколько терминов, которые могут быть полезными для понимания директивы о лечении.

- **Лечащий врач:** выбранный вами или назначенный врач, отвечающий за ваше лечение и уход.
- **Незаинтересованный свидетель:** лицо, не являющееся вашим родственником, наследником или лицом, предоставляющим вам медицинское обслуживание.
- **Лечение для искусственного поддержания жизни:** любая механическая или искусственная медицинская процедура для лица, получившего диагноз смертельно больного или находящегося в постоянном бессознательном состоянии, только для продления процесса умирания. Лечение для искусственного поддержания жизни не включает лекарства или медицинские процедуры, необходимые только для утоления боли.
- **Постоянное бессознательное состояние:** неизлечимое или необратимое состояние; состояние, из которого, согласно надлежащему врачебному мнению, у лица нет разумной вероятности выздоровления из необратимой комы или постоянного вегетативного состояния.
- **Врач:** лицо, имеющее лицензию, согласно законам о врачах и врачах - остеопатах в штате Вашингтон.
- **Отозвать:** отменить.
- **Смертельное состояние:** неизлечимое и необратимое состояние, вызванное травмой, заболеванием или недугом, вызывающем смерть в течение определенного периода времени, согласно принятым медициной стандартам, и когда применение искусственного поддержания жизни служит только для продления процесса умирания.