



Директива о лечении (или «Распоряжение о жизни»)

Что такое «Директива о лечении»?

В бланке Директивы о лечении вы можете 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 позволяет вам также вписать то, что наиболее важно для вас в ходе лечения.

Что значит «наиболее важное 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. Например,

- «Я боюсь, что буду испытывать ощущение, как если бы я подавилась. Сделайте, пожалуйста, все возможное, чтобы освободить меня от такого стресса».
- «Я могу переносить небольшую боль – балансируя между болью и ясностью сознания».
- «Для меня важнее качество жизни, нежели получение как можно большего объема медицинского ухода».
- «Для меня важнее всего попасть в больницу, где предлагают отличное обслуживание».
- «Жизнь имеет смысл для меня только, 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, хотел бы все время слушать джазовую музыку».

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

Нет. Для этого вам необходима **Долгосрочная доверенность** (Durable Power of Attorney). Долгосрочная доверенность позволяет вам назначить доверенное лицо, друга или родственника, чтобы помочь вам в принятии решений о медицинском обслуживании. Бланк долгосрочной доверенности можно найти на сайте WashingtonLawHelp.org. На вебсайте [Washington Forms Online](http://WashingtonFormsOnline) вы можете одновременно заполнить бланк Долгосрочной доверенности и бланк Директивы о лечении. Дополнительная информация и бланки для распечатывания предлагаются на нашей странице [Durable Power of Attorney](#).

Смогу ли я по-прежнему принимать решения самостоятельно?

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

Необходимо ли заверить Директиву о лечении нотариально?

Правильнее всего 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 дать копии своему врачу, представителю(-ям) и доверенному другу или родственнику. Попросите 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 психического здоровья, или вы страдаете старческим слабоумием (dementia). Вы можете найти бланки этих директив на сайте WashingtonLawHelp.org.

А если мне необходима юридическая помощь?

Подайте заявление онлайн в CLEAR*Online - nwjustice.org/apply-online

В округе Кинг. Выйдите на сайт wa211.org или позвоните по 2-1-1 (или по номеру для бесплатного соединения 1-877-211-9274) в будние дни с 8.00 до 18.00. Здесь вас направят в соответствующее агентство юридической помощи.

За пределами округа Кинг. Позвоните по горячей линии CLEAR Hotline по тел. 1-888-201-1014 в будние дни с 9.15 до 12:15 или подайте заявление онлайн на сайте nwjustice.org/apply-online.

Глухонемые лица, а также лица с нарушениями слуха или речи могут звонить по любому из этих номеров с помощью оператора релейной связи по своему выбору.

Предоставляются услуги переводчиков.

Бесплатные юридические образовательные публикации, видеофильмы и комплекты материалов в помощь для самостоятельной работы по многим юридическим вопросам имеются на сайте www.washingtonlawhelp.org.

Эта публикация предлагает общую информацию о ваших правах и обязанностях. Не предполагается, что эта публикация может заменить конкретную юридическую консультацию.

© 2024 Northwest Justice Project — 1-888-201-1014

(Разрешение копировать и распространять предоставлено организации Alliance voir Equal Justice и частным лицам исключительно в некоммерческих целях.)

Мои имя и фамилия: (My name:) _____

Моя дата рождения: (My date of birth:) _____

Директива о лечении кого: (Health Care Directive of:)

[Мои имя и фамилия: /My Name]

удучи в здравом уме и здоровом теле, я добровольно подписываю данную директиву о лечении. Если я не в состоянии самостоятельно принимать решения, 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. **Наиболее важное в ходе лечения.** Следующие пожелания и предпочтения должны направлять все решения о моем уходе:

а. Что делает мою жизнь достойной продолжения?

- Некоторые смертельные и серьезные заболевания могут никогда больше не позволить мне делать что-то, что делает мою жизнь достойной продолжения. В такой ситуации я хочу, чтобы вы остановили все виды лечения за исключением обеспечения моего комфорта, обезболивания и паллиативного ухода, если я **никогда больше не смогу**:

- узнавать моих близких друзей и родных осмысленным образом
- заниматься физическими упражнениями
- бывать на природе
- читать
- смотреть шоу и фильмы по телевизору

I am of sound mind and body, and voluntarily execute this health care 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.

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

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

Мои имя и фамилия: (My name:) _____

Моя дата рождения: (My date of birth:) _____

делать следующее: _____

Другое: _____

- Жизнь всегда достойна ее продолжения. Сделайте все возможное, чтобы я продолжала жить.

b. Мои надежды. В мои последние дни я надеюсь:

- побыть с моими близкими друзьями и родными: _____

- быть с тем, что доставляет мне комфорт и (или) домашними животными:

- Есть (пить) следующее, если возможно: _____

- Слушать такую музыку: _____

- Другое: _____

c. Обезболивание. В мои последние дни я надеюсь балансировать отсутствие боли и присутствие сознания таким образом:

- Я надеюсь, что буду испытывать как можно меньше боли даже если у меня не будет полного сознания.

do the following: _____

Other: _____

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

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: _____

Pain Management. In my last days, I hope to balance pain management and mental clarity in this way:

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

Мои имя и фамилия: (My name:) _____

Моя дата рождения: (My date of birth:) _____

Пожалуйста, сбалансируйте мою способность общаться и быть с моими родными с уровнем обезболивающих средств. Я могу переносить некоторый уровень боли (ниже обведите кружком соответствующую цифру) в обмен на большую полноту сознания.

1 = Едва ощущаемая боль

2 = Ощущаемая боль не мешает делать то, что я хочу

3 = Боль иногда отвлекает меня

4 = Боль отвлекает меня, но могу заниматься обычными видами деятельности

5 = Боль прерывает некоторые виды деятельности

6 = Трудно не замечать боль, избегаю обычные виды деятельности

7 = Боль становится фокусом внимания, не позволяет выполнять ежедневные дневные обязанности

8 = Ужасная боль, трудно делать что-либо

9 = Не могу терпеть боль, не могу ничего делать

10 = Боль самая ужасная, какая может быть, ничто больше не имеет значения

d. Мои опасения. Меня беспокоят определенные ситуации или виды лечения, и я хотела бы, если возможно, не допустить или избежать их.

Я боюсь (примеры: отдышки, жажды, ощущения того, что я подавилась, тошноты, головных болей) _____

Сделайте, пожалуйста, все возможное, чтобы облегчить такие ощущения, обеспечивая мой комфорт.

Please balance my ability to communicate and remain present with my family against the amount of pain in providing relief. I can tolerate some amount of pain (check on the scale below) in exchange for more mental clarity.

Hardly notice pain

Notice pain does not interfere with activities

Sometimes distracts me

Distracts me, can do usual activities

Interrupts some activities

Hard to ignore, avoid usual activities

Focus of attention, prevents doing daily activities

Awful, hard to do anything

Can't bear the pain, unable to do anything

As bad as it could be, nothing else matters

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

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.

Мои имя и фамилия: (My name:) _____

Моя дата рождения: (My date of birth:) _____

Я не хочу потратить все деньги, которые мы копили все жизнь, на лечение в предсмертном состоянии. Предоставьте, пожалуйста, наименее дорогостоящий способ обеспечения комфорта в конце моей жизни.

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.

Другое: _____

Other: _____

е. Где я хочу быть. Я хотела бы, если возможно, получать уход в:

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

своем доме.

My home.

хосписе.

Hospice care.

доме для проживания лиц, нуждающихся в дополнительной помощи.

An assisted living facility.

доме для проживания взрослых, получающих услуги.

An adult family home.

доме для престарелых.

A nursing home.

больнице.

A hospital.

Я знаю, что, учитывая мои потребности и обстоятельства на тот момент, может оказаться невозможным получать уход там, где я хочу. Я доверяю лицам, принимающим решения о моем лечении, и знаю, что они примут наилучшие решения за меня, учитывая то, что важно для меня в ходе лечения и консультируюсь с близкими мне людьми и медицинским персоналом.

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.

Другое: _____

Other: _____

ф. Другие мои предпочтения:

Other things to know about me:

Я хотела бы, чтобы моим друзьям и родным сообщили о моем состоянии и дали возможность навестить меня и попрощаться.

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

Мои имя и фамилия: (My name:) _____

Моя дата рождения: (My date of birth:) _____

- Я хотела бы, чтобы в течение короткого времени поддерживали мою жизнь, если необходимо друзьям и родным приехать, чтобы попрощаться со мной.
- Если возможно, в мои последние дни я бы хотела иметь возможность смотреть в окно или видеть природу.
- Мои религиозные и культурные традиции требуют, чтобы было соблюдено следующее в отношении моего медицинского ухода в конце моей жизни:

- Другое: _____

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. **Смертельное заболевание 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 мой врач(-и) определяет(-ют), что лечение, направленное на поддержание жизни, только будет искусственно продлевать процесс умирания, то я хочу следующее:

- a. **Обеспечение комфорта и болеутоляющие лекарства.** Если покажется, что я испытываю боль или дискомфорт, я хочу лечение и лекарства, дающие мне комфорт, даже если медицинский персонал считает, что это может ускорить мою смерть;

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:

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.

Мои имя и фамилия: (My name:) _____

Моя дата рождения: (My date of birth:) _____

б. Прекращение искусственного поддержания жизни.

Следующее лечение **не должно быть мне назначено** или **должно быть прекращено**:

- искусственное питание
- искусственное восполнение жидкости
- искусственный респиратор (вентилятор)
- сердечно-легочная реанимация (CPR), включая искусственную вентиляцию, лекарства, восстанавливающие сердечную деятельность, мочегонные, стимулирующие средства или любые другие виды лечения, применяемые в случае прекращения сердечной деятельности
- операция для продления жизни или для того, чтобы не дать мне умереть
- диализ или фильтрация крови из-за потери функции почек
- переливание крови для восполнения утраченной или зараженной крови
- лекарства для продления жизни, но не болеутоляющие
- любое другое лечение для продления моей жизни или для того, чтобы искусственно не давать мне умереть.

Withdraw Artificial Life Support.

The following treatment should be **withheld** or **withdrawn** from me:

Artificial nutrition

Artificial hydration

Artificial respiration (ventilator)

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. Лечебные заведения.** Если я поступлю в госпиталь или другое лечебное заведение, которое не будет выполнять данное распоряжение вследствие религиозных или других взглядов: (1) мое согласие поступить в госпиталь или другое лечебное заведение не является моим подразумеваемым согласием на лечение, и (2) я хочу, чтобы как можно быстрее меня перевели в госпиталь или другое лечебное заведение, которые будут выполнять мою директиву.

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.

Мои имя и фамилия: (My name:) _____

Моя дата рождения: (My date of birth:) _____

4. **Изменения и отмена.** Я понимаю, что могу изменить формулировку данной директивы прежде, чем я подпишу ее. Я также понимаю, что в любой момент я могу отменить эту директиву.

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 (Date)

Моя подпись (в присутствии нотариуса или свидетелей)
(My Signature (in front of notary or witnesses))

Notarization / Нотариальное заверение

State of Washington / *Штат Вашингтон*
County of / Округ _____

Signed or attested before me on (date) _____
Подписано и засвидетельствовано в моем присутствии (дата)
by (name) _____
вышеподписавшимся лицом (имя и фамилия)

Date / Дата

Signature of Notary / Подпись нотариуса
Notary Public for the State of Washington
Нотариус штата Вашингтон
My commission expires: _____
Срок моих полномочий истекает:

Мои имя и фамилия: (My name:) _____

Моя дата рождения: (My date of birth:) _____

**Заявление свидетелей (только, если вы не можете найти нотариуса)
(Statement of Witnesses (only if you cannot find a notary))**

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

- Я не прихожусь заявителю родственником ни по крови, ни в результате брака.
- Мне не причитается никакая часть наследства заявителя ни по завещанию, ни по закону, ни в результате какого-либо иска против заявителя.
- Я не являюсь лечащим врачом заявителя, наемным работником этого врача или медицинского учреждения, в котором находится заявитель.

On (date) _____, 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.

I am not related by blood or marriage to the declarer.

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.

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.

Свидетель 1 (Witness 1)

► _____
Подпись (Signature)

ФИО печатными буквами (Print Name)

Адрес (Address)

Свидетель 2 (Witness 2)

► _____
Подпись (Signature)

ФИО печатными буквами (Print Name)

Адрес (Address)

Контактная информация для Директивы о лечении
(Приложите ее к Директиве о лечении)
(Health Care Directive Contact Information
(Attach this to your Directive))

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

- 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.
(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.)

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

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

Глоссарий (*Glossary*)

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

- **Искусственное питание:** метод кормления тогда, когда вы не в состоянии есть или глотать самостоятельно. Зонд для питания вводится в желудок через нос. Если вам необходимо питание через зонд в течение длительного периода времени, зонд для питания может быть вставлен хирургическим путем прямо в желудок. Искусственное питание может быть опасно, если вы умираете и ваше тело не может правильно употребить питание.
- **Искусственное восполнение жидкости:** способ ввода жидкости, если вы не в состоянии пить жидкости сами. Пластиковая трубка для внутривенного вливания вставляется в вену для восполнения жидкости. Искусственное восполнение жидкости может быть опасно, если вы умираете, и ваше тело не может правильно употребить жидкость.
- **Сердечно-легочная реанимация (СЛР):** лечение, которое начинают при полной остановке сердца, отсутствии сердцебиения и дыхания. СЛР производится путем многократного сильного нажатия на грудную клетку с одновременным нагнетанием воздуха в легкие. Нажатие должно быть сделано с большой силой, и может привести иногда к ломке ребер и коллапсу легкого. Может применяться также электрошок (дефибриллятор) и лекарства. В ходе этого процесса больного могут интубировать, т. е. ввести ему трубку для дыхания через дыхательное горло в легкие для быстрой подачи воздуха.
- **Лечение для искусственного поддержания жизни:** любая механическая или искусственная медицинская процедура, применяемая к лицу, получившему диагноз смертельно больного или

Here are some terms you may find helpful when reading a health care directive:

Artificial nutrition: a way to feed you if you can't feed yourself or swallow. A feeding tube is inserted through your nose and down to your stomach. If you need tube feeding for an extended period, a feeding tube may be surgically inserted directly into your stomach. Artificial nutrition can be harmful if you are dying and your body cannot use the nutrition properly.

Artificial hydration: a way to hydrate you if you can't drink. A plastic IV tube is inserted into the vein to deliver hydration. Artificial hydration can be harmful if you are dying and your body cannot use the hydration properly.

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR): a treatment that is initiated when someone has a complete cardiac arrest, no heartbeat and not breathing. CPR involves repeatedly pushing on the chest with force, while putting air into the lungs. The force has to be quite strong, and sometimes ribs are broken or a lung collapses. Electric shocks, known as defibrillation, and medicines might also be used. A person may also be intubated in this process, which is a tube put down the throat and into the windpipe to help get air into the person quickly.

Life-sustaining treatment: any mechanical or artificial medical intervention that, when applied to a person diagnosed with a terminal condition or a person in a permanent

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.

- **Паллиативный уход:** специализированный медицинский уход за пациентами с серьезными заболеваниями. Он нацелен на облегчение симптомов и стресса, вызываемых заболеванием. Цель – улучшение качества жизни как для пациента, так и для их близких – друзей и родных.
- **Постоянное бессознательное состояние:** неизлечимое или необратимое состояние; состояние, из которого, согласно надлежащему врачебному мнению, у лица нет разумной вероятности выхода из необратимой комы или постоянного вегетативного состояния.
- **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.
- **Вентилятор:** машина, помогающая дышать. Трубка, подсоединенная к вентилятору, вставляется в горло через трахею (дыхательное горло), так что машина может нагнетать воздух в ваши легкие. Поскольку трубка неудобна, то часто используются медикаменты, чтобы поддерживать вас в сонливом состоянии в то время, когда вы на вентиляторе. Если необходимо держать вас на вентиляторе долгое время, врач может произвести трахеотомию, вставив трубку в трахею через отверстие в шее.

unconscious condition, would only prolong the process of dying. Life-sustaining treatment does not include medication or medical intervention necessary to alleviate pain only.

Palliative care: Specialized medical care for people living with a serious illness. It is focused on providing relief from the symptoms and stress of the illness. The goal is to improve quality of life for both the patient and their close friends and family.

Permanent unconscious condition: an incurable and irreversible condition; a condition where a person has no reasonable probability of recovery from an irreversible coma or a persistent vegetative state according to reasonable medical judgment.

Terminal condition: an incurable and irreversible condition caused by injury, disease, or illness, that will cause death within a reasonable period of time according to accepted medical standards, and where the application of life-sustaining treatment serves only to prolong the process of dying.

Ventilator: a machine that helps you breathe. A tube connected to the ventilator is put down your throat into your trachea (windpipe) so the machine can force air into your lungs. Because the tube is uncomfortable, medicines are often used to keep you sedated while on a ventilator. If you need to remain on a ventilator for a long time, a doctor may perform a tracheotomy where a tube is inserted directly into your trachea through a hole in your neck.