

Заблаговременное распоряжение МОНТАНА

Шаг 1: Выберите своего медицинского поверенного.

Назначьте любое лицо, которому вы доверяете решения о Вашем медицинском обслуживании на случай, если Вы окажетесь неспособны принимать такие решения самостоятельно. Подумайте об окружающих Вас людях — Вашей семье и друзьях. Выберите своего медицинского поверенного. Спросите у этого человека, желает ли он выполнять эту роль для Вас.

Выберите члена семьи или друга, который:

- Достиг возраста 18 лет или старше, и хорошо знает Вас.
- Желает выполнять эту роль для Вас.
- Способен принимать сложные решения, учитывая Ваши пожелания.
- Будет эффективно передавать информацию, предоставленную Вами в этом пакете, поставщикам медицинских услуг и членам семьи.

Ваш медицинский поверенный может:

- Решать, где Вы будете получать медицинскую помощь.
- Выбирать или отстранять поставщиков медицинских услуг.
- Соглашаться или отказываться от применения лекарственных препаратов, обследования, лечения.
- Сказать, что произойдет с Вашим телом или органами после Вашей смерти.
- Обращаться в суд для выполнения Ваших пожеланий.

Ваш поверенный **не может** быть Вашим врачом или лицом, работающим в больнице или клинике, в которой Вы получаете медицинское обслуживание, за исключением случаев, если это член Вашей семьи.

Назовите имя и фамилию Вашего медицинского поверенного.

1) Я хочу, чтобы этот человек принимал за меня медицинские решения в случае, если я не смогу сделать это самостоятельно:

Имя	Фамилия	Кем приходится		
Номер домашнего/сотового телефона	Номер рабочего телефона	Адрес электронной почты		
Почтовый адрес	Город	Штат	Индекс	

Если первый человек не сможет принимать медицинские решения за меня, тогда я хочу, чтобы их принимал следующий человек:

Имя	Фамилия	Кем приходится		
Номер домашнего/сотового телефона	Номер рабочего телефона	Адрес электронной почты		
Почтовый адрес	Город	Штат	Индекс	

2) Поставьте «X» возле утверждения, с которым Вы согласны:

___ Мой медицинский поверенный будет принимать медицинские решения вместо меня **только** после того, как я не смогу принимать самостоятельные решения.

ИЛИ

___ Мой медицинский поверенный может принимать решения вместо меня **сразу** после подписания мной этой формы.

Это заблаговременное распоряжение принадлежит: (укажите в этой строке Ваше имя и фамилию печатными буквами)		Дата рождения
<small>Это заблаговременное распоряжение и назначение медицинского поверенного выполнено согласно соответствующим разделам Закона о правах неизлечимых больных штата Монтана (Кодекс штата Монтана, Раздел 50, Глава 9) и разделам 53-21-1301 - 53-21-1335 Кодекса штата Монтана.</small>		
СТРАНИЦА 1		

Шаг 2: Примите собственные медицинские решения.

В чем заключается ценность Вашей жизни?

1) Моя жизнь (выберите А или В):

- А) Всегда стоит того, чтобы жить, независимо от тяжести моего заболевания.
- В) Стоит того, чтобы жить только в том случае, если (отметьте все, что Вас касается):
- Я могу разговаривать со своей семьей или друзьями.
 - Я могу выйти из комы.
 - Я могу самостоятельно кушать, купаться и ухаживать за собой.
 - Я могу жить без боли.
 - Я могу жить без подключения к различным аппаратам.
 - Я не уверен(а).

2) Если я буду умирать, мне важно находиться (выберите что-то одно):

- Дома.
- В больнице или в другом центре по уходу.
- Мне не важно, где за мной будут ухаживать.

Религия или вероисповедание

1) Важна ли для Вас религия или духовность?

Да Нет

2) Принадлежите ли Вы к какой-либо религии или конфессиональной традиции? Если да, то к какой?

3) Что следует знать Вашим врачам о Вашей религии или духовном веровании?

Это заблаговременное распоряжение принадлежит: (укажите в этой строке Ваше имя и фамилию печатными буквами) Дата рождения

Заблаговременное распоряжение МОНТАНА

Шаг 2: Примите собственные медицинские решения (продолжение)

Искусственное жизнеобеспечение

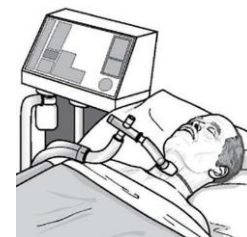
Для поддержания Вашей жизни могут использоваться процедуры искусственного жизнеобеспечения. К ним относятся:

СЛР или сердечно-лёгочная реанимация — может включать:

- Интенсивное надавливание на Вашу грудную клетку с целью накачивания крови.
- Электрошок используется для того, чтобы запустить сердце.
- Введение лекарственных препаратов в вену.



Дыхательный аппарат или вентилятор — этот аппарат поставляет воздух в легкие и дышит вместо Вас через вставленную в Ваше горло трубку. Вы не сможете говорить или кушать при подключении к аппарату.



Диализ — этот аппарат очищает Вашу кровь в случае прекращения работы почек.

Зонд для искусственного кормления — по такому зонду еда поступает в Ваше тело, если Вы не можете глотать. Зонд вводится через горло в желудок. Его также можно установить хирургическим путем.



Переливание крови — Вам в вену будут переливать кровь.

Хирургическая операция и/или применение лекарственных препаратов

Поставьте «X» возле одного утверждения, с которым Вы больше всего согласны:

Если я настолько болен, что вскоре могу умереть:

Попробуйте использовать процедуры искусственного жизнеобеспечения, которые, по мнению врачей, могут мне помочь. Если лечение неэффективно и существует слабая надежда на улучшение моего состояния, **я желаю оставаться на аппаратах искусственного жизнеобеспечения**, даже если я страдаю.

Попробуйте использовать процедуры искусственного жизнеобеспечения, которые, по мнению врачей, могут мне помочь. Если лечение неэффективно и существует слабая надежда на улучшение, **я НЕ хочу оставаться на аппаратах искусственного жизнеобеспечения**. Если я страдаю, я хочу прекратить процедуры искусственного жизнеобеспечения таким образом, чтобы я мог спокойно умереть.

Я НЕ хочу, чтобы мне проводили процедуры искусственного жизнеобеспечения. Я хочу сконцентрироваться на ощущении комфорта. Я предпочитаю умереть естественной смертью.

Я хочу, чтобы это решение принял мой **медицинский поверенный**.

Я не знаю точно, чего я хочу.

Это заблаговременное распоряжение принадлежит: (укажите в этой строке Ваше имя и фамилию печатными буквами)

Дата рождения

Шаг 2: Примите собственные медицинские решения (продолжение)

Донорство Ваших органов

Ваши врачи могут попросить о донорстве органов и проведении вскрытия после Вашей смерти. Донорство Ваших органов может помочь спасти жизни других людей. Поставьте «X» возле **одного** утверждения, с которым Вы больше всего согласны.

Я **хочу** стать донором своих органов:

Любого органа, всего, что можно использовать.

Только некоторых органов (пожалуйста, укажите донором каких органов или тканей Вы желаете стать).

Я **не хочу** становиться донором своих органов.

Я хочу, чтобы это решение принял мой **медицинский поверенный**.

Я не знаю точно, чего я хочу.

Вскрытие

Вскрытие может проводиться после смерти для установления причины смерти. Это хирургическая процедура. Оно может занять несколько дней. В некоторых случаях проведение вскрытия может требоваться законом. Поставьте «X» возле **одного** утверждения, с которым Вы больше всего согласны.

Я **хочу**, чтобы проводилось вскрытие.

Я **не хочу**, чтобы проводилось вскрытие.

Я хочу, чтобы вскрытие проводилось **только в том случае, если возникнут вопросы** о причине (-ах) моей смерти.

Я хочу, чтобы это решение принял мой **медицинский поверенный**.

Я не знаю точно, чего я хочу.

Это заблаговременное распоряжение принадлежит: (укажите в этой строке Ваше имя и фамилию печатными буквами) _____ Дата рождения _____

Заблаговременное распоряжение МОНТАНА

Шаг 3: Опишите полномочия Вашего медицинского поверенного.

Ваш медицинский поверенный может помочь принять следующие решения:

Искусственное жизнеобеспечение — медицинский уход, который поможет продлить Вашу жизнь:

- СЛР или сердечно-лёгочная реанимация
- Дыхательный аппарат или вентилятор
- Диализ
- Зонд для искусственного кормления
- Переливание крови
- Хирургическая операция
- Лекарственные препараты

Уход в последней стадии

В случае возможного приближения Вашей смерти, Ваш медицинский поверенный может:

- Пригласить представителя духовенства.
- Решить, где вы умрете: дома или в больнице.
- Решить, будет ли проводиться вскрытие.
- Решить, могут ли Ваши органы использоваться в целях донорства.
- Решить, где будет захоронено или кремировано Ваше тело.

Каким образом Вы хотите, чтобы Ваш медицинский поверенный выполнил Ваши медицинские пожелания?

Поставьте «X» возле одного утверждения, с которым Вы больше всего согласны:

___ **Полная гибкость:** Мой медицинский поверенный может изменить **любые** мои медицинские решения, если после обсуждения с врачами, он(а) посчитает, что на текущий момент так для меня будет лучше.

___ **Некоторая гибкость:** Мой медицинский поверенный может изменить **некоторые** мои медицинские решения, если после обсуждения с врачами, он(а) посчитает, что на текущий момент так для меня будет лучше.

___ **Минимальная гибкость:** Я хочу, чтобы мой медицинский поверенный максимально точно выполнял мои медицинские решения. Я прошу уважать мои решения, даже если врачи рекомендуют иное.

Используйте дополнительные страницы по необходимости, чтобы ответить на вопросы, поставленные ниже.

Я хочу, чтобы следующие мои пожелания были выполнены максимально точно:

Укажите любые решения, которые Вы **не хотите**, чтобы принимал Ваш медицинский поверенный:

Это заблаговременное распоряжение принадлежит: (укажите в этой строке Ваше имя и фамилию печатными буквами) _____ Дата рождения _____

Заблаговременное распоряжение МОНТАНА

Шаг 4: Подписать форму — Ваша ПОДПИСЬ.

Перед тем, как эту форму можно будет использовать, Вы должны:

- Подписать эту форму, если Вы достигли возраста по крайней мере 18 лет.
- Попросить двух свидетелей подписать эту форму.

Укажите Ваше имя, фамилию и дату.

Подпись		Дата	
Имя и фамилия печатными буквами			
Почтовый адрес	Город	Штат	Индекс

Свидетели

Перед тем, как эту форму можно будет использовать, ее должны подписать два свидетеля.

Ваши свидетели должны:

- Быть в возрасте не менее 18 лет.
- Знать вас.
- Подтвердить, что Вы подписали эту форму.

Ваши свидетели не могут:

- Быть лицом, указанным Вами в качестве Вашего медицинского поверенного.

Согласно **рекомендациям** Providence St. Joseph Health Ваши свидетели не должны:

- Быть Вашим врачом или другим медицинским работником.
- Работать в Вашем медицинском центре или у Вашего поставщика медицинских услуг.

Это заблаговременное распоряжение принадлежит: (укажите в этой строке Ваше имя и фамилию печатными буквами) Дата рождения

Шаг 4: Подписать форму (продолжение)

Подписи свидетелей

Попросите Ваших свидетелей заполнить эту страницу.

Подписывая эту форму, я подтверждаю, _____ что он/она
подписал (-ла) эту форму. Полное имя владельца заблаговременного распоряжения

Я уверен, что он/она был (-а) в ясном сознании и его/ее не принуждали к подписанию данной формы.

Я также подтверждаю, что:

- Я знаю этого человека и он/она мог (-ла) удостоверить свою личность.
- Я достиг возраста по крайней мере 18 лет.
- Я не являюсь его/ее медицинским поверенным.

Согласно рекомендациям Providence St. Joseph Health Ваши свидетели также должны подтвердить, что:

- Я не являюсь его/ее поставщиком медицинских услуг.
- Я не работаю на его/ее поставщика медицинских услуг.
- Я не работаю в месте его/ее проживания.

Свидетель 1

Подпись

Дата

Имя и фамилия печатными буквами

Почтовый адрес

Город

Штат

Индекс

Свидетель 2

Подпись

Дата

Имя и фамилия печатными буквами

Почтовый адрес

Город

Штат

Индекс

Это заблаговременное распоряжение принадлежит: (укажите в этой строке Ваше имя и фамилию печатными буквами) Дата рождения

Заблаговременное распоряжение МОНТАНА

Шаг 5: Предоставьте копию Вашего заполненного заблаговременного распоряжения.

После того, как Вы подпишете свое заблаговременное распоряжение и оно будет засвидетельствовано и/или заверено нотариусом, Вы должны хранить у себя оригинал документа, а копии страниц 1-8 отправить следующим лицам:

- Вашему медицинскому поверенному
- Членам семьи
- Друзьям
- Поставщикам медицинских услуг
- Больнице

Как можно отправить Ваше заполненное предварительное распоряжение:

1. На Вашем следующем визите передайте одну **КОПИЮ** выбранному Вами врачу или больнице Providence St. Joseph Health.
2. Отправьте **КОПИЮ** документа, используя конверт с обратным адресом и маркой (при наличии).
3. Отправьте копию документа факсом в больницу Providence St. Joseph Health:

Providence St. Patrick Hospital
Providence St. Joseph Medical Center (Polson)
Факс: 406-329-5695

Если Ваша больница не указана в этом списке, позвоните в нее, чтобы уточнить правильный номер факса.

Если у Вас возникли вопросы по заполнению или предоставлению Вашего заблаговременного распоряжения, пожалуйста, обратитесь в:

Учебный центр
500 W. Broadway, Level 1, Broadway Building
Missoula, MT 59802
Факс: 406-329-5710

Для получения более подробной
информации посетите наш веб-сайт
Providence.org/InstituteForHumanCaring

Некоторые части этой работы лицензированы в соответствии с лицензией Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike. Чтобы ознакомиться с копией этой лицензии, посетите веб-сайт <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> или отправьте письмо в Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Редакция от 8/2017

Выражаем особую благодарность:

- Д-р Ребека Судор (Rebecca Sudore), Отделение гериатрии, Калифорнийский университет, г. Сан-Франциско
- Медицинский центр «Сидарс Синай» (Cedars-Sinai), г. Лос-Анджелес, Калифорния