

## Вопросы и ответы по Заблаговременному распоряжению

### Что такое Заблаговременное распоряжение?

Заблаговременное распоряжение — это письменный документ, в котором указываются Ваши желания по поводу медицинского обслуживания и лицо, которое Вы назначаете своим представителем на случай, если Вы не сможете самостоятельно высказывать эти желания. Заблаговременное распоряжение является сочетанием двух юридических документов, которые называются:

- Долгосрочная доверенность на медицинское обслуживание
- Медицинское распоряжение

### Что такое долгосрочная доверенность на медицинское обслуживание?

Долгосрочная доверенность на медицинское обслуживание позволяет Вам назначить своего представителя по медицинскому обслуживанию. Представитель по медицинскому обслуживанию — это лицо, которое имеет право принимать решения о Вашем лечении, в том числе решения о поддержании жизни, если Вы не сможете принимать их самостоятельно.

### Что такое медицинское распоряжение?

Это формуляр, в котором письменно указываются Ваши желания по поводу Вашего медицинского обслуживания, в том числе решений о поддержании жизни на случай, если Вы не сможете сообщать их самостоятельно — например, если будете находиться в коме. Наличие письменных указаний поможет избежать путаницы и разногласий между Вашими родственниками или медицинскими работниками. Закон обязывает родственников и врачей выполнять указания, содержащиеся в Заблаговременном распоряжении.

### Что, если мне понадобится помощь в подготовке Заблаговременного распоряжения?

Рекомендуем заполнить формуляр "Рабочий лист намерений", который входит в настоящий документ. Он обычно помогает собраться с мыслями и определиться с выбором вариантов медицинского обслуживания. Если Вы считаете, что он поможет Вам выразить Ваши пожелания по поводу окончания жизни, Вы можете приложить его к подписанному Вами Заблаговременному распоряжению. Если у Вас возникнут вопросы или если Вам потребуются советы по подготовке Заблаговременного распоряжения, позвоните в нашу Службу поддерживающего лечения (Supportive Care Services) по телефону 206-606-1076, и наш сотрудник будет рад помочь Вам.

### Как выбрать представителя по медицинскому обслуживанию?

Убедитесь, что Ваш представитель по медицинскому обслуживанию понимает Ваши желания и обязуется выполнять их. Этот человек возьмет на себя ответственность за принятие Ваших медицинских решений, даже если другие лица не будут согласны с Вашими желаниями.

### Лицо, которое Вы назначите своим представителем по медицинскому обслуживанию:

- Должно быть не младше 18 лет и умственно полноценным.

- Может быть Вашим родственником или близким другом, которому Вы доверяете принятие серьезных решений.
- Не обязательно являться Вашей супругой (супругом), партнером или биологическим родственником.
- Не обязательно проживать в штате Вашингтон, но должно быть доступно в случае экстренной медицинской ситуации.

Не разрешается назначать представителями по медицинскому обслуживанию следующих лиц:

- Вашего врача или его сотрудников.
- Владельца, оператора, администратора, сотрудника или добровольца медицинского учреждения, пациентом которого Вы являетесь в настоящее время.

### **Что будет, если я не выберу представителя по медицинскому обслуживанию?**

Выбрать представителя по медицинскому обслуживанию рекомендуется. Если Вы не выберете представителя по медицинскому обслуживанию, Вам назначат его по закону штата Вашингтон. Представитель будет выбран из приведенного ниже списка в следующем порядке:

- Опекун с полномочиями принятия медицинских решений, если такового назначил суд;
- Ваша супруг(а) или зарегистрированный сожитель (даже если Вы проживаете раздельно, но официально не разведены);
- Ваши взрослые дети;
- Ваши родители;
- Ваши взрослые братья или сестры;
- Ваши взрослые внуки, которые хорошо знают Вас;
- Ваши взрослые племянницы и племянники, которые хорошо знают Вас;
- Ваши взрослые тетки и дяди, которые хорошо знают Вас;
- При определенных обстоятельствах - взрослый близкий друг\*.

\* Для получения права принятия решений за пациента его взрослый близкий друг обязан продемонстрировать заботу и внимание по отношению к пациенту, знать, что важно для пациента, быть в разумной степени доступным для принятия решений о медицинском обслуживании, и подписать заявление с учетом ответственности за предоставление заведомо ложных сведений.

Если полномочия предоставляются более чем одному лицу (например, детям, родителям, братьям или сестрам), все таковые обязаны иметь единое мнение. Если Вы сомневаетесь, что они будут иметь единое мнение, рекомендуем Вам заполнить формуляр Долгосрочной доверенности на медицинское обслуживание, чтобы конкретно указать, кому следует принимать решения за Вас.

### **Что, если у меня супруг (супруга) или зарегистрированный сожитель одного со мной пола?**

Сожитель или супруг(а) одного с Вами пола может не иметь права принимать решения о Вашем лечении или даже не иметь доступа к Вам в экстренной медицинской ситуации за пределами штата Вашингтон, если он(а) не указан(а) в качестве Вашего представителя по медицинскому обслуживанию. Укажите своего сожителя или супруга(у) в качестве Вашего представителя по медицинскому обслуживанию в этом формуляре, если Вы выезжаете за пределы штата Вашингтон и желаете, чтобы он/она принимали медицинские решения за Вас.

### **Что такое “временное поддержание жизненных функций” и когда я могу желать его?**

Временное поддержание жизненных функций может включать, например, искусственную вентиляцию легких или использование аппарата искусственного дыхания. Просить о процедурах

поддержания жизни имеет смысл, когда имеются значительные шансы на выздоровление. Например, при легочной инфекции, которая может отступить. Однако некоторые пациенты отказываются от поддержания жизненных функций при помощи аппаратов, независимо от того, излечимо ли их заболевание.

**Меня беспокоит то, что симптоматическая терапия и обезболивающие препараты могут быть вредными. Правда ли, что в случае применения обезболивающих препаратов смерть может наступить раньше?**

Когда человек умирает, дозы обезболивающих препаратов увеличивают только в том случае, если он продолжает чувствовать боль. Обезболивающие препараты почти никогда не вызывают более раннюю смерть, если применяются в конце жизни. Однако они могут замедлять дыхание или вызывать седацию (вялость), если пациент не принимал их ранее (или принимал в очень малых дозах). Поэтому важно всегда применять обезболивающие препараты безопасным образом и согласно указаниям медицинских работников. Зависимость умирающего пациента от лекарств не является этической или юридической проблемой. Ослабление реакции организма на обезболивающие препараты не является зависимостью.

**Может ли медицинское учреждение отказаться удовлетворить мои желания?**

Некоторые медицинские учреждения соблюдают определенные религиозные указания или моральные учения. Поэтому они могут не выполнить Ваше Заблаговременное распоряжение, если оно противоречит их учрежденческим ценностям. Если у Вас возникнет смертельное заболевание или высокая вероятность смерти, эти учреждения, скорее всего, выполнят Ваше решение прекратить или не начинать поддержание жизни. Однако в ситуациях, связанных с беременностью или персистирующим вегетативным состоянием, они могут отказать в удовлетворении Ваших желаний. В этом случае Вы имеете право перейти в другое учреждение, которое предоставляет предпочитаемое Вами обслуживание. Дайте свое медицинское распоряжение обслуживающим Вам учреждениям и врачам, чтобы они знали Ваши предпочтения.

**Остается ли мое Заблаговременное распоряжение в силе после смерти?**

В законах штата Вашингтон нет прямого разрешения на сохранение силы медицинских распоряжений после смерти. В формуляре Заблаговременного распоряжения Вы можете высказать свое намерение, чтобы документ сохранял силу для выполнения Ваших желаний по поводу экспериментальных методов лечения, донорства органов/тканей, вскрытия и медицинских исследований или обучения.

**Что, если я решу отозвать или отменить мое Заблаговременное распоряжение?**

Вы имеете право отозвать Заблаговременное распоряжение в любое время, написав на нем "REVOKED" и поставив дату. Сообщите своему представителю по медицинскому обслуживанию, родственникам и врачу (врачам) в письменной форме о своем намерении отозвать Заблаговременное распоряжение. Мы настоятельно рекомендуем Вам как можно скорее составить Заблаговременное распоряжение и дать его копии Вашему представителю по медицинскому обслуживанию, родственникам и врачам.

Однако Вам не обязательно отзываться или отменять Заблаговременное распоряжение, если Вам нужно только обновить адреса или номера телефонов. Вы можете внести эти изменения в своем текущем формуляре. Рядом с такими исправлениями следует ставить свои инициалы и дату. Периодически перечитывайте свое Заблаговременное распоряжение, чтобы убедиться, что оно

отражает Ваши текущие предпочтения и ценности. Ставьте на нем свои инициалы и дату при каждом пересмотре и не забывайте давать обновленный формуляр представителю по медицинскому обслуживанию, родственникам и врачам.

### **Где следует хранить Заблаговременное распоряжение?**

Оригинал следует хранить в надежном, но доступном месте. Не забудьте сообщить представителю (представителям) по медицинскому обслуживанию и родственникам, где находится этот документ. Не передавайте оригинал своему адвокату и не помещайте его в камеру хранения, сейф и т.п., где он будет недоступен другим лицам в экстренном случае. Рекомендуется хранить копии документа в бумажнике (сумке), автомобиле или чемодане.

### **У кого должны быть копии?**

После заполнения формуляра дайте его копии Вашему представителю (представителям) по медицинскому обслуживанию, врачу (врачам), адвокату, родственникам, близким друзьям, священнику, представителям бюро ритуальных услуг и всем остальным, кто может принимать участие в Вашем лечении. Если Вы поступите в дом-интернат или больницу, позаботьтесь о том, чтобы копии Ваших документов включили в Вашу медицинскую документацию. Копии Заблаговременного распоряжения имеют такую же силу, как и оригинал.

### **Как сообщить о моих намерениях близким людям?**

Важно обсудить Ваше Заблаговременное распоряжение с близкими людьми. Регулярно обсуждайте свои желания, касающиеся лечения, со своим(и) представителем (представителями) по медицинскому обслуживанию, врачом (врачами), священником, родственниками и друзьями, особенно при изменении Вашего состояния. Поясните остальным родственникам и друзьям, что окончательные действия от Вашего имени будет осуществлять Ваш представитель (представители) по медицинскому обслуживанию.

### **Будет ли мой врач выполнять мои желания?**

Показывая Заблаговременное распоряжение своему врачу, спросите, сможет ли он/она выполнить его. Если нет, найдите врача, который сможет выполнить его.

### **Что, если мне предложат другие формы медицинского распоряжения при приеме в медицинское учреждение или при записи в программу ухода на дому?**

Дайте регистраторам копию Вашего заполненного Заблаговременного распоряжения и попросите их пояснить, почему они считают, что Вы должны заполнить их формуляры.

### **Будет ли мое Заблаговременное распоряжение иметь силу в экстренной медицинской ситуации?**

Нет, Ваше Заблаговременное распоряжение не будет иметь силы в экстренной медицинской ситуации. Работники скорой помощи обязаны проводить сердечно-легочную реанимацию (CPR) и другие процедуры поддержания жизни, за исключением случаев, когда имеется действующее Указание врачу о поддержании жизни (POLST).

### **Что, если я поеду в другие штаты?**

При поездках в другие штаты рекомендуется брать с собой копии своего Заблаговременного распоряжения: оно может быть действительно в других штатах. Сожители, зарегистрированные в

штате Вашингтон, должны иметь при себе Заблаговременное распоряжение, выезжая за пределы штата Вашингтон.

**Нужно ли мне засвидетельствовать или нотариально заверить Заблаговременное распоряжение?**

С 28 июля 2019 г. для вступления в законную силу Заблаговременное распоряжение должно быть заверено двумя свидетелями или нотариусом.

Свидетелями не могут быть:

- Ваши кровные родственники или супруга (супруг).
- Лица, имеющие право на какую-либо часть Вашего наследства по закону или завещанию.
- Лица, имеющие притязания на Ваше наследство.
- Ваш врач или его сотрудники.
- Владелец, оператор, администратор или сотрудник медицинского учреждения, пациентом которого Вы являетесь в момент подписания Вами Заблаговременного распоряжения.

Заблаговременное распоряжение, оформленное до 28 июля 2019 г., сохраняет законную силу, если его версия соответствовала законам штата Вашингтон в момент ее оформления.

## РАБОЧИЙ ЛИСТ НАМЕРЕНИЙ

Имя, фамилия \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Если применимо, имя и фамилия того, кто помогал Вам заполнять этот документ \_\_\_\_\_

Следующие вопросы рекомендуется рассмотреть для принятия решений и подготовки документов, касающихся лечения, которое Вы предпочитаете сейчас и в будущем. Рекомендуем Вам записать свои ответы и дать их копии родственникам и провайдером медицинских услуг, или просто использовать эти вопросы для обсуждения. Насколько важны для Вас следующие факторы?

	ОЧЕНЬ ВАЖНО			НЕ ВАЖНО	
Дать природе идти своим ходом.	4	3	2	1	0
Сохранить качество жизни.	4	3	2	1	0
Сохранить верность своим духовным убеждениям/традициям.	4	3	2	1	0
Прожить как можно дольше, независимо от качества жизни.	4	3	2	1	0
Быть самостоятельным.	4	3	2	1	0
Ощущать как можно больше комфорта и как можно меньше боли.	4	3	2	1	0
Оставить у родственников и друзей хорошие воспоминания.	4	3	2	1	0
Внести вклад в медицинские исследования или обучение.	4	3	2	1	0
Иметь возможность общаться с родственниками и друзьями.	4	3	2	1	0
Быть свободным от физических ограничений.	4	3	2	1	0
Сохранять живость ума и дееспособность.	4	3	2	1	0
Иметь возможность оставить деньги родственникам, друзьям или благотворительным организациям.	4	3	2	1	0
Умереть быстро, а не медленно.	4	3	2	1	0
Избегать дорогостоящего лечения.	4	3	2	1	0

Что будет важно для Вас при окончании жизни (например, физический комфорт, отсутствие боли, присутствие родственников и т.д.)?

Как Вы относитесь к принятию мер поддержания жизни при смертельной болезни? При постоянной коме? При необратимой хронической болезни, например, болезни Альцгеймера?

Вызывают ли у Вас сильные эмоции какие-либо определенные медицинские процедуры? Например, механическое поддержание дыхания (respirator), сердечно-легочная реанимация (CPR), искусственное питание и подача жидкостей, больничная интенсивная терапия, обезболивающие препараты, химическая или лучевая терапия, хирургические операции.

Какие ограничения Вашего физического и психического здоровья повлияли бы на Ваши медицинские решения?

Желаете ли Вы, чтобы при принятии решений о лечении учитывались финансовые вопросы?

Желаете ли Вы, чтобы Вас поместили в дом-интернат, если Ваше состояние потребует этого?

Предпочли бы Вы хоспис-услуги на дому для поддержания комфорта в конце жизни вместо госпитализации?

В целом, желаете ли Вы участвовать в принятии решений о Вашем медицинском обслуживании и лечении?

Желаете ли Вы всегда знать правду о Вашем состоянии здоровья, вариантах лечения и изменениях эффективности лечения?



## МЕДИЦИНСКОЕ РАСПОРЯЖЕНИЕ и ДОЛГОСРОЧНАЯ ДОВЕРЕННОСТЬ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

пациента: \_\_\_\_\_  
{напишите здесь свое имя и фамилию печатными буквами}

В этом документе указываются мои решения по поводу медицинских процедур поддержания жизни и симптоматической терапии. Он предназначен в качестве источника информации и руководства к действию для моего представителя/опекуна и медиков, которые будут принимать решения за меня, если я не смогу принимать их самостоятельно. Мне понятно, что перед подписанием этого распоряжения и долгосрочной доверенности на медицинское обслуживание я имею право вносить в них дополнения, удалять или иным образом изменять текст этого распоряжения. Я имею право в любое время вносить дополнения или удалять какой-либо текст этого распоряжения и долгосрочной доверенности на медицинское обслуживание, и подтверждаю, что для сохранения законной силы эти изменения должны соответствовать законам штата Вашингтон или федеральным конституционным законам. Я желаю, чтобы этот формуляр заменял и отменял все медицинские доверенности и распоряжения, подписанные мной ранее.

### 1. Когда я желаю применения настоящего документа

Я желаю применения настоящего документа в случае, если я не смогу самостоятельно принимать решения о лечении ввиду инвалидности или недееспособности. Мне понятно, что такая недееспособность может быть временной. Мне также понятно, что, если я не смогу принимать определенные решения, то могу быть по-прежнему в состоянии принимать другие. Когда я буду в состоянии самостоятельно принимать решения о моем лечении, я желаю принимать их самостоятельно. Каждый раздел, заполненный ниже, будет отменять и заменять все медицинские распоряжения и долгосрочные доверенности на медицинское обслуживание, подписанные мной ранее.

### Долгосрочная доверенность на медицинское обслуживание

### 2. Мой представитель по медицинскому обслуживанию

Я назначаю своим представителем: \_\_\_\_\_ Мой альтернативный представитель (не обязателен): \_\_\_\_\_

Имя, фамилия \_\_\_\_\_ Имя, фамилия \_\_\_\_\_

Кем приходится \_\_\_\_\_ Кем приходится \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ Адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Ранее мною было оформлено следующее {поставьте инициалы напротив нужного}:

Медицинское распоряжение (например, завещание, заблаговременное распоряжение) \_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_\_ НЕТ

Указание врачу о поддержании жизни (POLST) \_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_\_ НЕТ

TEAM  
NAME [ M ]  
PT NO [ F ]  
DOB

Fred Hutchinson Cancer Center  
is an independent organization  
that serves as UW Medicine's  
cancer program.

UW Medicine





### 3. Полномочия, которые я предоставляю моему представителю по медицинскому обслуживанию

Я предоставляю моему представителю все полномочия по принятию всех решений о моем лечении. В том числе, но без ограничения:

- Согласие или несогласие/отмена согласия на медицинские меры, рекомендуемые моим врачом, включая поддержание жизни;
- Просьбы о тех или иных медицинских мерах;
- Доступ к моей медицинской документации и информации;
- Наем и увольнение провайдеров медицинских услуг;
- Смена моих компаний медицинского страхования;
- Оформление Указания врачу о поддержании жизни (POLST) за меня; и
- Перемещение меня из любого медицинского учреждения в другое учреждение, в частный приют или в другое место; а также:
- Заказ хосписа или симптоматической терапии.

Полномочия настоящего освобождения распространяются также на информацию, регулируемую Законом об унификации и учете в области медицинского страхования (HIPAA) 1996 г. с изменениями и дополнениями.

### 4. Как принимать решения о моем лечении

Я желаю, чтобы те, кто будет принимать решения о моем лечении, выполняли указания, изложенные мной в этом документе. Если мои желания будут неизвестны, то я желаю, чтобы решения принимались в моих наилучших интересах, на основании:

- моих намерений,
- содержания настоящего документа, и
- медицинской информации, предоставленной моими провайдерами медицинских услуг.

### Медицинское распоряжение

Я оформляю это медицинское распоряжение, чтобы дать ясное и убедительное подтверждение моих решений и указаний по поводу моего лечения.

### 5. Случаи, в которых я не желаю поддержания жизни

Если я буду находиться в указанном ниже состоянии (состояниях), я желаю, чтобы мне позволили умереть: {поставьте инициалы напротив всего нужного}

- \_\_\_\_\_ (a) Если я утрачу способность думать или общаться ввиду какого-либо медицинского состояния (в том числе комы), и это состояние будет, вероятнее всего, необратимым.
- \_\_\_\_\_ (b) Если я полностью завишу от тех, кто будет обслуживать меня ввиду моего физического состояния, вероятнее всего необратимого.
- \_\_\_\_\_ (c) Если я буду испытывать боль, которую невозможно контролировать или можно устранять лишь настолько сильным наркозом, что я не смогу общаться.

TEAM

NAME

[ M ]

PT NO

[ F ]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center  
is an independent organization  
that serves as UW Medicine's  
cancer program.

UW Medicine



\_\_\_\_\_ (d) Если у меня будет деменция, например, болезнь Альцгеймера.

\_\_\_\_\_ (e) Другие случаи, в которых я не желаю поддержания жизни (факультативно):

*Если здесь недостаточно места, напишите: "См. прилагаемую страницу". Все прилагаемые страницы должны быть подписаны и заверены свидетелями или нотариусом. Если у Вас потенциально опасное для жизни хроническое заболевание, обсудите конкретные указания со своим врачом.*

## 6. Временное применение поддержания жизни

Мне понятно, что временные процедуры поддержания жизни могут быть возможным вариантом, если мой врач сочтет, что они могут улучшить качество моей жизни. В таком случае: *{поставьте свои инициалы напротив одного из пунктов}*

\_\_\_\_\_ Я желаю поддержания жизни до тех пор, пока мой врач будет считать его целесообразным.

\_\_\_\_\_ Я желаю поддержания жизни сроком до \_\_\_\_\_ недели (недель). Если мое состояние не улучшится по истечении указанного срока, я желаю, чтобы мне позволили умереть.

\_\_\_\_\_ Я в любом случае не желаю процедур поддержания жизни.

## 7. Процедуры поддержания жизни, которых я не желаю

Если у меня возникнет состояние, отмеченное мной инициалами в разделе 5 выше, или если качество моей жизни станет таким, какое, по мнению моего представителя, я счел бы (сочла бы) неприемлемым, я не желаю, чтобы были начаты указанные ниже процедуры поддержания жизни. Если они уже будут начаты, я желаю их прекращения (за исключением временного применения, если я разрешил(а) его в разделе 6): *{поставьте инициалы напротив всего, чего не желаете}*

\_\_\_\_\_ Подача иного питания и жидкостей, чем обычная пища и вода, поступающие через рот, если я не смогу достаточно есть и пить для поддержания жизни.

\_\_\_\_\_ Меры сердечно-легочной реанимации (CPR) для возобновления сердцебиения или дыхания в случае их остановки.

\_\_\_\_\_ Диализ или фильтрация крови для удаления из нее опасных для жизни веществ, если мои почки не будут работать нормально.

\_\_\_\_\_ Переливание крови, плазмы, продуктов крови или других жидкостей взамен потерянной или больной крови.

Кроме того, если на меня заполнен формуляр POLST, из него следует выяснить мои прочие предпочтения.

## 8. Мои желания по поводу симптоматической терапии и обезболивающих препаратов

Если будет представляться, что я испытываю боль, одышку или другой дискомфорт, я желаю применения сильных средств для облегчения боли и симптомов. Я желаю не испытывать дискомфорта, даже если мои врачи или другие провайдеры медицинских услуг будут считать, что это может вызвать у меня потерю сознания: *{поставьте свои инициалы напротив одного из пунктов}*

\_\_\_\_\_ Да \_\_\_\_\_ Нет



### 9. Если медицинское учреждение откажется удовлетворить мои желания

Если я буду пациентом в медицинском учреждении, чьи правила или религиозные убеждения противоречат этому Заблаговременному распоряжению, помещение меня в это учреждение не подразумевает согласия на процедуры или курсы лечения, противоречащие этому Заблаговременному распоряжению. Кроме того, если медицинское учреждение, в котором я буду пациентом, не будет выполнять мои желания, изложенные в Заблаговременном распоряжении, я желаю, чтобы меня своевременно перевели в больницу, дом-интернат или другое учреждение, согласное выполнять распоряжения, изложенные в этом Заблаговременном распоряжении.

### 10. Мои желания по другим вопросам

Я желаю, чтобы это распоряжение оставалось в силе после моей смерти для вскрытия, донорства органов, использования моего тела для исследований и для принятия моим представителем мер относительно моих останков, если я разрешаю это ниже. *{поставьте инициалы напротив всего нужного}*

	ДА	НЕТ
a. Я даю согласие на экспериментальные методы лечения.	_____	_____
b. Я желаю быть донором органов/тканей.	_____	_____
c. Я даю согласие на вскрытие.	_____	_____
d. Я даю согласие на использование всего моего тела или его частей для медицинского обучения или исследований.	_____	_____

Я назначил(а) следующее лицо моим уполномоченным представителем для организации похорон: *{поставьте свои инициалы напротив одного из пунктов}*

Если Вы не используете этот раздел, зачеркните его.

Мой запасной представитель для организации похорон:

\_\_\_\_\_ Мой Представитель по медицинскому обслуживанию (указан в Разделе 2 этого документа) тоже уполномочен организовывать похороны.

Имя и фамилия \_\_\_\_\_

Кем приходится пациенту \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Я назначил(а) запасного представителя для организации похорон

Телефон \_\_\_\_\_

Я желаю, чтобы моими останками распорядились следующим образом:

Если Вы оставили указания в имущественном завещании или договорились с похоронным бюро или People's Memorial Association, заполнять этот раздел не обязательно. Если Вы не используете этот раздел, зачеркните его.

TEAM  
NAME [ M ]  
PT NO [ F ]  
DOB

Fred Hutchinson Cancer Center  
is an independent organization  
that serves as UW Medicine's  
cancer program.

UW Medicine



**11. Если суд назначит мне опекуна**

Если я указал(а) представителя по медицинскому обслуживанию, то желаю, чтобы мой представитель являлся моим опекуном. Если он/она не имеет возможности выступать в этом качестве, то я желаю, чтобы моим опекуном являлся мой запасной представитель. Если суд решит назначить опекуном другое лицо, я прошу, чтобы суд обязал моего опекуна консультироваться с моим представителем (или запасным представителем) по поводу всех медицинских решений, которые требовали бы моего согласия, если бы я действовал(а) самостоятельно.

**12. Как отозвать или отменить этот документ**

Настоящее медицинское распоряжение и долгосрочную доверенность на медицинское обслуживание можно отозвать соответствующим письменным заявлением или любым другим изъяснением намерения отозвать его. Однако если я выражу несогласие с тем или иным принятым за меня решением, это несогласие само по себе не отменяет настоящий документ.

**13. Резюме и подпись** {подписать только в присутствии двух свидетелей, если засвидетельствуется, или нотариуса, если заверяется нотариально}

Мне понятен смысл настоящего документа. Если я когда-либо не смогу самостоятельно принимать решения о моем медицинском обслуживании, я поручаю тому, кто будет принимать их за меня, действовать согласно моим указаниям в настоящем документе. Это включает не применение и/или прекращение медицинских процедур поддержания жизни, которое может вызвать мою смерть раньше, чем если бы было сделано все возможное с медицинской точки зрения. Я оформляю настоящий документ по своей свободной воле и считаю, что имею необходимые для этого умственные и эмоциональные способности. Я желаю, чтобы настоящий документ вступил в силу даже в случае, если я утрачу дееспособность.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Для вступления этого документа в законную силу Вы обязаны заполнить раздел 14 ("Заявление свидетелей") или раздел 15 ("Нотариальное заверение").

---

Подпись

---

Дата

TEAM

NAME

[ M ]

PT NO

[ F ]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center  
is an independent organization  
that serves as UW Medicine's  
cancer program.

**UW Medicine**

\*SHIM024\*

**14. Заявление свидетелей** {напишите разборчиво свое имя и фамилию - а не имена и фамилии Ваших свидетелей – в строке ниже}

\_\_\_\_\_ знаком(а) мне лично, и я считаю его/ее способным (способной) принимать решения о медицинском обслуживании. Я заявляю, что я не младше 18 лет, не связан(а) с ним (с ней) кровным родством, узами брака или усыновления (удочерения), и не являюсь его (ее) представителем по медицинскому обслуживанию, указанным в настоящем документе. Насколько мне известно, я не являюсь бенефициаром его/ее завещания или каких-либо дополнений к его/ее завещанию и не имею притязаний на его/ее наследство. Я не принимаю непосредственного участия в его/ее медицинском обслуживании и не являюсь сотрудником его/ее врача или медицинского учреждения, где может проживать лицо, оформляющее настоящий документ.

**СВИДЕТЕЛЬ 1**

\_\_\_\_\_  
 Подпись  
 \_\_\_\_\_  
 Дата  
 \_\_\_\_\_  
 Имя и фамилия, разборчиво  
 \_\_\_\_\_  
 Телефон  
 \_\_\_\_\_  
 Адрес  
 \_\_\_\_\_

**СВИДЕТЕЛЬ 2**

\_\_\_\_\_  
 Подпись  
 \_\_\_\_\_  
 Дата  
 \_\_\_\_\_  
 Имя и фамилия, разборчиво  
 \_\_\_\_\_  
 Телефон  
 \_\_\_\_\_  
 Адрес  
 \_\_\_\_\_

**15. Нотариальное заверение**

Штат Вашингтон, округ \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что знаю или располагаю достаточными доказательствами, что \_\_\_\_\_ подписал(а) настоящий документ и подтвердил(а), что он является изъяслением его/ее свободной воли для целей, указанных в настоящем документе.

Дата: \_\_\_\_\_ числа \_\_\_\_\_ месяца 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
 ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НОТАРИУС штата Вашингтон

Адрес: \_\_\_\_\_

Срок моих полномочий истекает \_\_\_\_\_

Примечание: кроме того, в некоторых штатах нотариальное заверение заблаговременных распоряжений обязательно. Fred Hutch предоставляет бесплатное нотариальное заверение Заблаговременного распоряжения в нашем Центре ресурсов для пациентов и их родственников (Patient and Family Resource Center), расположенном на 3 этаже клиники, обычно в этот же день, и всегда по записи (206-606-2081).

Страница 6 из 6

Фотокопии и факсы настоящего подписанного документа являются законными и действительными.

TEAM  
 NAME [ M ]  
 PT NO [ F ]  
 DOB

Fred Hutchinson Cancer Center  
 is an independent organization  
 that serves as UW Medicine's  
 cancer program.

UW Medicine



HIM024 (09/22)