

## Волеизъявление о лечении и уходе

Я, \_\_\_\_\_, отдаю себе полный отчет в том, что  
(волеизъявитель)

данный документ позволяет мне использовать **ОДНУ** или **ОБЕ** перечисленные ниже возможности, а именно

1. Назначить другое лицо своим агентом для принятия решений о лечении и уходе за меня в тех случаях, если я буду неспособен принять решение или высказать его. Мой агент по лечению и уходу обязательно должен принимать решение о лечении и уходе в соответствии с моими указаниями, изложенными в Части II, если таковые имеются, а также в соответствии с указаниями, которые были высказаны ему, или обязан действовать исключительно в моих интересах, если я не высказал свои указания в отношении лечения и ухода.

### И/ИЛИ

2. Дать указания о лечении и уходе, которыми будут руководствоваться те лица, которые будут за меня принимать решения о лечении и уходе. Если я назначил агента для принятия решений о лечении и уходе, то он должен следовать им. В случае моей неспособности принимать решения эти указания также могут быть использованы теми, кто меня лечит и осуществляет уход за мной, другими лицами, содействующими лечению и уходу, а также моими родственниками.

## Часть I. Назначение агента для принятия решений о лечении и уходе.

НАСТОЯЩИМ Я НАЗНАЧАЮ ЭТО ЛИЦО ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ О МОЕМ ЛЕЧЕНИИ И УХОДЕ В ТЕХ СЛУЧАЯХ, ЕСЛИ Я БУДУ НЕСПОСОБЕН ПРИНЯТЬ РЕШЕНИЕ ИЛИ ВЫСКАЗАТЬ ЕГО. Я отдаю себе отчет в том, что в любое время могу назначить другое лицо своим агентом или альтернативным агентом, и я также отдаю себе отчет в том, что я не обязан назначать агента или альтернативного агента.

(В том случае, если вы назначили агента, вы должны обсудить с ним это волеизъявление о лечении и уходе и дать ему копию. Если вы не хотите назначать агента, то переходите прямо к Части II, пропустив Часть I).

В тех случаях, если я буду неспособен принять решение или высказать его, я доверяю и назначаю \_\_\_\_\_ и даю ему право за меня принимать решения о лечении и уходе. Это лицо является моим агентом по вопросам лечения и ухода.

Отношение агента по вопросам лечения и ухода ко мне: \_\_\_\_\_

Телефон агента по вопросам лечения и ухода: \_\_\_\_\_.

Адрес/город/штат агента по вопросам лечения и ухода: \_\_\_\_\_

НАЗНАЧЕНИЕ АЛЬТЕРНАТИВНОГО АГЕНТА ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ И УХОДУ (ЭТО ДЕЛАТЬ НЕОБЯЗАТЕЛЬНО). Если с назначенным мною агентом трудно связаться, то для таких случаев настоящим я доверяю и назначаю \_\_\_\_\_ быть моим агентом для принятия решений о моем лечении и уходе.

Отношение альтернативного агента по вопросам лечения и ухода ко мне:

---

Телефон альтернативного агента по вопросам лечения и ухода:

---

Адрес эгородэштат альтернативного агента по вопросам лечения и ухода:

---

---

Я ХОЧУ, ЧТОБЫ НАЗНАЧЕННЫЙ МНОЮ АГЕНТ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ О ЛЕЧЕНИИ И УХОДЕ В ТЕХ СЛУЧАЯХ, ЕСЛИ Я БУДУ НЕСПОСОБЕН ПРИНЯТЬ РЕШЕНИЕ ИЛИ ВЫСКАЗАТЬ ЕГО, ИМЕЛ ПРАВО СДЕЛАТЬ НИЖЕСЛЕДУЮЩЕЕ. (Я отдаю себе отчет, что в любой момент я могу изменить эти полномочия).

Мой агент для принятия решений о лечении и уходе за меня автоматически получает полномочия в соответствии с пунктами А - D. Мой агент для принятия решений о лечении и уходе обязан выполнять мои указания по лечению и уходу, а также другие указания, данные мною этому агенту. Если я не дал никаких указаний по лечению и уходу, то он обязан действовать исключительно в моих интересах.

В тех случаях, если я буду неспособен принять решение или высказать его, мой агент для принятия решений о лечении и уходе имеет право сделать следующее:

А. Принимать все решения о лечении и уходе за меня. Это включает в себя подписание документов, выражающих согласие на проведение лечения, процедуры или обеспечение ухода, отказ от них или отмену лечения. К этому относится прекращение использования аппаратуры, которая искусственно продлевает или может искусственно продлить мою жизнь, или отказ от ее использования, а также принятие решения об использовании инвазивных методов лечения при психическом заболевании.

В. Выбрать тех, кто будет заниматься моим лечением и обеспечивать уход.

С. Принять решение о том, где я буду жить и где мне будет обеспечено лечение и уход. если это решение связано с необходимостью обеспечивать мне лечение и уход.

Д. Иметь доступ к моей истории болезни и обладать теми же правами, которые есть у меня, на предоставление моей истории болезни другим лицам.

Если я НЕ хочу, чтобы мой агент для принятия решений о лечении и уходе обладал правом действовать в соответствии с пунктами А - D, а также если я хочу ОГРАНИЧИТЬ его права в соответствии с любым пунктом от А до D включительно, то я должен написать об этом в этом месте: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Если я хочу сделать дополнительное заявление о правах моего агента для принятия решений о лечении и уходе или об ограничении его прав, то я могу об этом написать в этом месте:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Мой агент для принятия решений о лечении и уходе за меня автоматически НЕ ПОЛУЧАЕТ полномочий в соответствии с указанными ниже пунктами (1) и (2). Если я ХОЧУ, чтобы мой агент имел полномочия в соответствии с пунктами (1) и (2), то я должен ПОСТАВИТЬ СВОИ ИНИЦИАЛЫ перед соответствующим пунктом, что ДАСТ моему агенту право принять решение.

\_\_\_\_\_ (1) Принять решение о пожертвовании моих органов после смерти.

\_\_\_\_\_ (2) Принять решение о том, как поступить с моим телом после смерти (похоронить, кремировать).

Если я хочу сделать дополнительное заявление о правах моего агента для принятия решений о лечении и уходе или об ограничении его прав, то я могу об этом написать в этом месте:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Часть II: УКАЗАНИЯ О ЛЕЧЕНИИ И УХОДЕ ЯИВ ИИЬ ЦОГ ЛУС ТСЕГ ЧАИС ТХОГ КЕВ КЧО МОБ**

Если вы хотите дать указания о лечении и уходе, то нужно заполнить Часть II. Если в Части I вы указали лицо, которое будет вашим агентом, то заполнять Часть II не требуется, но это может оказать большую помощь вашему агенту. Если, однако, в Части I вы не назначили агента, то вы ОБЯЗАТЕЛЬНО должны заполнить Часть II полностью или частично, если вы хотите дать указания по лечению и уходу.

Настоящим я даю указания о лечении и уходе на те случаи, если я буду неспособен принять решение или высказать его. Эти указания обязательно должны выполняться до тех пор, пока в этом для меня есть необходимость.

НАСТОЯЩИМ Я ИЗЛАГАЮ СВОИ ВЗГЛЯДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ И УХОД И НА ЕГО СМЫСЛ ДЛЯ МЕНЯ. Я отдаю себе полный отчет в том, что я могу изменить свой выбор или оставить незаполненными любые разделы в этой Части.

Я хочу, чтобы вы знали обо мне то, что указано ниже и что поможет вам принимать решения о моем лечении и уходе.

Мои цели для лечения и ухода: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Мои опасения о лечении и уходе: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Мои духовные или религиозные воззрения и традиции: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Мое мнение о том, когда не стоит больше жить:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Мои мысли о том, как мое состояние здоровья может сказаться на моей семье:

\_\_\_\_\_

**Ниже перечислены некоторые ситуации, в которых я могу оказаться. Я отдаю себе полный отчет в том, что они не могут являться точным предсказанием того, что может произойти, но я хочу, чтобы мой агент, а также те, кто занимается моим лечением и уходом, использовали наилучшим образом эту информацию для принятия решения о моем лечении в тех случаях, если я буду неспособен принять решение или высказать его. *Я отдаю себе отчет в том, что ко мне БУДЕТ применено соответствующее возникшей ситуации медицинское вмешательство, обеспечивающее поддержание жизни, ЕСЛИ ТОЛЬКО Я ЗАРАНЕЕ НЕ ДАЛ ДРУГИХ УКАЗАНИЙ. (Определение). Медицинское вмешательство для поддержания жизни включает в себя любую медицинскую процедуру, аппаратуру или лекарственные препараты, которые используются для поддержания моей жизни. В их число может входить аппарат для искусственной вентиляции легких, восстановление сердечной деятельности и дыхания (реанимация), искусственное питание (с использованием зонда и внутривенных вливаний), хирургическое вмешательство, гемодиализ, использование антибиотиков при инфекционных заболеваниях и/или переливание крови).***

**1. Если смертельный исход неизбежен и вероятность выздоровления практически отсутствует, то (выберите одну из следующих возможностей, приведенных ниже):**

Я НЕ хочу, чтобы процесс умирания был продлен искусственно с помощью каких бы то ни было средств, включая реанимацию, искусственную вентиляцию легких И искусственное питание и предоставление воды. Я хочу, чтобы были использованы лекарственные препараты, которые обеспечат мне состояние комфорта и отсутствие симптомов болезни.

я ХОЧУ, чтобы меня продолжали кормить и давать мне воду искусственно и использовать лекарственные препараты, которые обеспечат мне состояние комфорта и отсутствие симптомов болезни.

я ХОЧУ, чтобы мне было обеспечено соответствующее и необходимое с медицинской точки зрения лечение для поддержания жизни.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Если у меня прогрессирующее хроническое заболевание, которое неизбежно приведет к смертельному исходу, то (выберите одну из следующих возможностей, приведенных ниже)Б**

я НЕ хочу, чтобы процесс умирания был продлен искусственно с помощью каких бы то ни было средств, но я хочу, чтобы были использованы лекарственные препараты, которые обеспечат мне состояние комфорта и отсутствие симптомов болезни.

я ХОЧУ, чтобы меня продолжали кормить и давать мне воду искусственно и использовать лекарственные препараты, которые обеспечат мне состояние комфорта и отсутствие симптомов болезни.

я ХОЧУ, чтобы мне было обеспечено соответствующее и необходимое с медицинской точки зрения лечение для поддержания жизни.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Если я нахожусь в перманентном бессознательном состоянии, независимо от того, является ли смертельный исход неизбежным или нет, то (выберите одну из следующих возможностей, приведенных ниже):**

я хочу, чтобы искусственное поддержание моей жизни было прекращено, но чтобы было обеспечено применение соответствующих обезболивающих препаратов.

я требую, чтобы ко мне была применена ПОПЫТКА ЛЕЧЕНИЯ в течение разумно обоснованного периода времени, которое будет определено моим агентом и лечащими врачами. Такое лечение может включать в себя использование всех необходимых возможностей для того, чтобы обеспечить мне приемлемое качество жизни. Если будет установлено, что такое лечение бесполезно, то я хочу, чтобы было прекращено искусственное поддержание моей жизни.

я ХОЧУ, чтобы меня продолжали кормить и давать мне воду искусственно и использовать лекарственные препараты, которые обеспечат мне состояние комфорта и отсутствие симптомов.

я ХОЧУ, чтобы мне было обеспечено соответствующее и необходимое с медицинской точки зрения лечение для поддержания жизни.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ: \_\_\_\_\_

4. Если я страдаю от серьезной и/или разрушительной болезни или травмы, от которой по существующему в медицине мнению невозможен благоприятный исход и которая по всей вероятности приведет к смерти, то (выберите одну из следующих возможностей, приведенных ниже:

\_\_\_ я хочу, чтобы искусственное поддержание моей жизни было прекращено, но чтобы было обеспечено применение соответствующих обезболивающих препаратов.

\_\_\_ я требую, чтобы ко мне была применена ПОПЫТКА ЛЕЧЕНИЯ в течение разумно обоснованного периода времени, которое будет определено моим агентом и лечащими врачами. Такое лечение может включать в себя использование всех необходимых возможностей для того, чтобы обеспечить мне приемлемое качество жизни. Если будет установлено, что такое лечение бесполезно, то я хочу, чтобы было прекращено искусственное поддержание моей жизни.

\_\_\_ я ХОЧУ, чтобы меня продолжали кормить и давать мне воду искусственно и использовать лекарственные препараты, которые обеспечат мне состояние комфорта и отсутствие симптомов.

\_\_\_ я ХОЧУ, чтобы мне было обеспечено соответствующее и необходимое с медицинской точки зрения лечение для поддержания жизни.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ: \_\_\_\_\_

Я также хочу сделать известными приведенные ниже желания, касающиеся лечения и ухода в будущем: \_\_\_\_\_

Если я окажусь неспособным высказать свое решение, но если выбор возможен и его выполнение находится в пределах разумных возможностей, то я бы хотел, чтобы моим врачом был:

Д-р. \_\_\_\_\_

Если я умираю, но выбор возможен и его выполнение находится в пределах разумных возможностей, то я бы хотел, чтобы меня лечили и обеспечивали уход:

\_\_\_ дома

\_\_\_ в больнице. В какой? \_\_\_\_\_

\_\_\_ в платном интернате для престарелых и хронических больных (nursing home). В каком?

\_\_\_\_\_ в больнице для безнадежных больных (чоспице). В какой?

---

\_\_\_\_\_ через другую медицинскую организацию. Какую? \_\_\_\_\_

Мои указания, касающиеся пожертвования тканей, органов или других частей тела после моей смерти

\_\_\_ я ХОЧУ пожертвовать ткани, органы или другие части тела после моей смерти

\_\_\_ любые нужные части тела, для которых есть применение

\_\_\_ только перечисленные части тела \_\_\_\_\_

\_\_\_ мои специальные указания или ограничения \_\_\_\_\_

\_\_\_ я НЕ ХОЧУ пожертвовать ткани, органы или другие части тела.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ И УКАЗАНИЯ:** \_\_\_\_\_

---

---

### **Часть III. Легализация документа.**

Я обязательно должен подписать этот документ. Моя подпись должна быть заверена нотариусом (вариант 1) или засвидетельствована двумя свидетелями (вариант 2). На документе обязательно должна быть дата, когда документ был заверен нотариусом или засвидетельствован двумя свидетелями.

Я пребываю в твердом уме и ясной памяти. Я согласен со всем, что написано в этом документе, и этот документ я составил добровольно.

---

(подпись волеизъявителя)

Дата подписания документа \_\_\_\_\_

День, месяц и год рождения \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

---

Если я сам не могу расписаться, то по моей просьбе этот документ может подписать другое лицо.

---

(подпись лица, подписавшего документ по моей просьбе)

---

(написанные печатными буквами имя и фамилия лица, подписавшего этот документ по моей просьбе)

### Вариант 1. Нотариус:

В моем присутствии \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_  
подтвердил его/ее подпись на этом документе или подтвердил, что он/она уполномочил(а) лицо,  
подписавшее этот документ, сделать это от его (ее) имени. Я не назначен в этом документе ни  
агентом для принятия решений о лечении и уходе, ни альтернативным агентом для принятия  
решений о лечении и уходе.

\_\_\_\_\_  
(подпись нотариуса)

Печать

### Вариант 2. Два свидетеля:

Обязательно нужны подписи двух свидетелей. Врач или другое лицо, занимающееся лечением и  
уходом, или сотрудник медицинского учреждения, в котором я находился на лечении в день под-  
писания мною этого документа, может быть только одним из двух свидетелей.

#### Первый свидетель

(i) В моем присутствии \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_  
подтвердил его/ее подпись на этом документе или подтвердил, что он/она уполномочил(а) лицо,  
подписавшее этот документ, сделать это от его (ее) имени.

(ii) Мне исполнилось 18 лет.

(iii) Я не назначен в этом документе ни агентом для принятия решений о лечении и уходе, ни  
альтернативным агентом для принятия решений о лечении и уходе.

(iv) Если я врач или другое лицо, занимающееся лечением и уходом или сотрудник медицинского  
учреждения, непосредственно лечащий лицо, поименованное выше в (A), то я должен поставить  
свои инициалы в этом месте. [     ]

Я подтверждаю правдивость и точность информации в пунктах с (i) до (iv).

\_\_\_\_\_  
(подпись первого свидетеля)

Адрес \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Второй свидетель

(i) В моем присутствии \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_  
подтвердил его/ее подпись на этом документе или подтвердил, что он/она уполномочил(а) лицо,  
подписавшее этот документ, сделать это от его (ее) имени.

(ii) Мне исполнилось 18 лет.

(iii) Я не назначен в этом документе ни агентом для принятия решений о лечении и уходе, ни  
альтернативным агентом для принятия решений о лечении и уходе.

(iv) Если я врач или другое лицо, занимающееся лечением и уходом или сотрудник медицинского  
учреждения, непосредственно лечащий/лечащая лицо, поименованное выше в (А), то я должен поставить  
свои инициалы в этом месте. [    ]

Я подтверждаю правдивость и точность информации в пунктах с (i) до (iv).

---

(подпись второго свидетеля)

Адрес \_\_\_\_\_

---

**НАПОМИНАНИЕ.** Это волеизъявление нужно хранить вместе с другими личными документами  
в надежном месте, доступ в которое для вас не является затруднительным. Передайте подписан-  
ные копии врачу, родственникам, близким друзьям и агенту для принятия решения о лечении и  
уходе, если таковой был назначен. Обсудите ваши желания и опасения со своими близкими и с  
врачом. Убедитесь в том, что они хотят следовать вашим указаниям.

Если вас госпитализировали или поселили в платном интернате для престарелых и  
хронических больных (nursing home), или если ваше лечение и уход обеспечивает вам агентство,  
специализирующееся в лечении и уходе за больными на дому, или вы находитесь в больнице для  
безнадежных больных (hospice), позаботьтесь о том, чтобы этот документ был включен в  
историю болезни. Если у вас возникнут вопросы, то посоветуйтесь с врачом, или позвоните в  
больницу по своему выбору и поговорите с официальным лицом, которое представляет интересы  
больных, священником или социальным работником.

Настоящий документ является адаптацией статей 145В и 145С закона штата Миннесота ЖО  
волеизъявлении о лечении и уходе Ж и составлен в полном соответствии с упомянутым законом.  
Он был изучен и получил поддержку сети Аллина по этическим проблемам (Allina Ethics  
Network) и объединения больниц и клиник Allina (Allina Health System), активно агитирующих  
за заблаговременное планирование лечения и ухода и за разумное принятие решений. Совет  
можно получить в любой больнице или клинике объединения Allina.

Пересмотрено 1/07