Предварительные медицинские указания, Калифорния

California Advance Health Care Directive

Данная форма позволит вам сообщить о том, какой уход и обращение с собой вы предпочитаете в случае, если вы не сможете самостоятельно говорить.

This form lets you have a say about how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

Форма состоит из 3 частей: This form has 3 parts:

Часть 1

Выбор доверенного лица по медицинским вопросам, страница 3

Part 1: Choose a medical decision maker, page 3

Доверенное лицо по медицинским вопросам - это человек, который будет принимать решения по вопросам получения медицинской помощи, если вы самостоятельно не сможете принимать такие решения.

A medical decision maker is a person who can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

Данное лицо будет представлять ваши интересы. This person will be your advocate.

Обычно таких лиц называют агент по медицинскому уходу, доверенное лицо или замещающее лицо. They are also called a health care agent, proxy, or surrogate.

Часть 2

Выбор медицинского обслуживания, страница 7

Part 2: Make your own health care choices, page 7

В данной форме вы сможете выбрать предпочитаемый вид получения медицинской помощи. В таком случае ваши доверенные лица не будут теряться в догадках, что бы вы предпочли, если вы не сможете самостоятельно сообщить им об этом.

This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are not able to tell them yourself.

Часть 3

Подписание формы, страница 13

Part 3: Sign the form, page 13

Форму необходимо подписать, прежде чем ей можно будет воспользоваться. The form must be signed before it can be used.

Вы можете заполнить Часть 1, Часть 2 или обе части. You can fill out Part 1, Part 2, or both.

Заполняйте только те части, которые вы хотите заполнить. Обязательно поставьте подпись в Части 3 формы. Fill out only the parts you want. Always sign the form in Part 3.

Форму должны подписать 2 свидетеля на странице 14 или нотариус на странице 15.

2 witnesses need to sign on page 14, or a notary on page 15.

Developed by PREPARE™ for your care

www.prepareforyourcare.org

Ваше имя Your Name

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Данная форма является юридическим документом, который дает вам возможность сообщить о ваших предпочтениях в вопросах медицинского обслуживания. This is a legal form that lets you have a voice in your health care.

Из данной формы члены вашей семьи, друзья и медицинские учреждения смогут узнать, какой уход и обращение с собой вы предпочитаете в случае, если вы не сможете самостоятельно говорить.
It will let your family, friends, and medical providers know how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

Что мне делать с данной формой? What should I do with this form?

- Передайте данную форму членам вашей семьи, друзьям и в медицинские учреждения. Please share this form with your family, friends, and medical providers.
- Необходимо убедиться, что экземпляры данной формы имеются в вашей медицинской истории во всех учреждениях, где вы получаете медицинскую помощь.
  Please make sure copies of this form are placed in your medical record at all the places you get care.

Если у меня возникают вопросы, связанные с данной формой?
What if I have questions about the form?

- Если у вас возникают вопросы или вы не хотите отвечать на какой-либо вопрос, вы можете пропустить любую часть в форме. It is OK to skip any part of this form if you have questions or do not want to answer.
- За помощью вы можете обратиться к врачам, младшему медицинскому персоналу, социальным работникам, членам семьи или друзьям. Ask your doctors, nurses, social workers, family, or friends to help.
- Также помощь могут оказать юристы. В данной форме не содержится юридических советов. Lawyers can help too. This form does not give legal advice.

Что делать, если в представленной форме не имеется моих предпочтительных вариантов ответа?
What if I want to make health care choices that are not on this form?

- На странице 12 вы можете указать любые пожелания, которые посчитаете важными для вас. On page 12, you can write down anything else that is important to you.

Когда мне следует повторно заполнять данную форму? When should I fill out this form again?

- В случае изменения решений в вопросах медицинской помощи
  If you change your mind about your health care choices
- В случае изменения состояния здоровья If your health changes
- В случае изменения доверенного лица по медицинским вопросам If your medical decision maker changes

Если вашим доверенным лицом является ваш(а) супруг(а), в случае развода такое лицо более не является вашим доверенным лицом.
If your spouse is your decision maker, and you divorce, that person will no longer be your decision maker.

Передайте новую форму вашему доверенному лицу и в медицинские учреждения.
Give the new form to your medical decision maker and medical providers.

Уничтожьте старые формы. Destroy old forms.

Передайте данную форму с вашими решениями членам вашей семьи, друзьям и в медицинские учреждения. Share this form and your choices with your family, friends, and medical providers.

Ваше имя Your Name

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Часть 1

Выбор доверенного лица по медицинским вопросам

Part 1: Choose your medical decision maker

Ваше доверенное лицо по медицинским вопросам сможет принимать решения по вопросам получения медицинской помощи, если вы самостоятельно не сможете принимать такие решения.

Your medical decision maker can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

Хорошим примером доверенного лица может служить член семьи или друг, который:

A good medical decision maker is a family member or friend who:

- Старше 18 лет is 18 years of age or older
- Может поговорить с вами о ваших пожеланиях и предпочтениях
  can talk to you about your wishes
- Сможет быть с вами, когда вы в нем нуждаетесь can be there for you when you need them
- Сможет предпринять для вас наилучшее действие и которому вы доверяете исполнение ваших пожеланий you trust to follow your wishes and do what is best for you
- Сможет получать информацию медицинского характера о вас, и которому вы будете доверять такую информацию you trust to know your medical information
- Не будет опасаться задавать вопросы врачам и озвучивать ваши пожелания
  is not afraid to ask doctors questions and speak up about your wishes

С юридической точки зрения вашим доверенным лицом не может быть ваш врач или лицо, работающее в вашей больнице или клинке, если оно не является членом вашей семьи.

Legally, your decision maker cannot be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless they are a family member.

Что произойдет, если я не выберу доверенное лицо?

What will happen if I do not choose a medical decision maker?

Если вы сами не сможете принимать решения, ваши врачи обратятся к вашей семье и друзьям или к судье для принятия решений за вас. Этот человек может не знать ваших пожеланий. If you are not able to make your own decisions, your doctors will turn to family and friends or a judge to make decisions for you. This person may not know what you want.

Если вы не сможете сделать это сами, ваше доверенное лицо сможет выбрать вместо вас: If you are not able, your medical decision maker can choose these things for you:

- врачей, младший медицинский персонал, социальных работников, лиц, осуществляющих уход doctors, nurses, social workers, caregivers
- больницы, клиники, дома престарелых, психиатрические клиники
  hospitals, clinics, nursing homes, mental healthcare
- лекарственные препараты, виды обследований или виды лечения medications, tests, or treatments
- того, кто сможет видеть вашу информацию медицинского характера who can look at your medical information
- что произойдет с вашим телом и органами после смерти
  what happens to your body and organs after you die

Ваше имя Your Name

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Далее приведены другие решения, которые может принять ваше доверенное лицо: Here are more decisions your medical decision maker can make:

Начало или прекращение применения средств поддержания жизнедеятельности или медицинского лечения, например: Start or stop life support or medical treatments, such as:

- **СЛР или сердечно-легочная реанимация** CPR or cardiopulmonary resuscitation

  Это может включать в себя: This may involve:

  - компрессия грудной клетки с целью поддержания циркуляции крови
    pressing hard on your chest to try to keep your blood pumping
  - электрический разряд для запуска работы сердца
    electrical shocks to try to jump start your heart
  - медикаменты внутривенно medicines in your veins

- **дыхательный аппарат или аппарат искусственной вентиляции**
  Breathing machine or ventilator
  Дыхательный аппарат закачивает воздух в легкие, выполняя дыхание вместо человека. The machine pumps air into your lungs and tries to breathe for you. You are not able to talk when you are on the machine.

- **Диализ** Dialysis
  Аппарат, который пытается очистить кровь человека после остановки работы почек. A machine that tries to clean your blood if your kidneys stop working.

- **Зонд для искусственного кормления** Feeding Tube
  Трубка, с помощью которой производится кормление, если человек не может глотать. Трубка может вводиться через полость носа в горло и далее в желудок. Она также может устанавливаться хирургическим способом непосредственно в желудок. A tube used to try to feed you if you cannot swallow. The tube can be placed through your nose down into your throat and stomach. It can also be placed by surgery into your stomach.

- **Переливание крови и воды (IV)** Blood and water transfusions (IV)
  Для ввода крови и воды в организм.
  To put blood and water into your body.

- **Хирургические вмешательства** Surgery
- **Медикаменты** Medicines

*То, насколько эффективны эти методы лечения, зависит от состояния вашего здоровья и возраста. Спросите команду врачей о качестве жизни после этих процедур. *How well these treatments work will depend on your health and your age. Ask the medical care team about Quality of Life after these treatments.

Решения о прекращении поддержания жизни, на которые имеет право лицо, принимающее медицинские решения: End of life decisions your medical decision maker can make:

- приглашение религиозного служителя или духовного наставника call in a religious or spiritual leader
- наступление смерти в домашних условиях или в больнице decide if you die at home or in the hospital
- патологоанатомическое вскрытие или донорская передача органов
  decide about autopsy or organ donation
- захоронение или кремация decide about burial or cremation

Ваше имя Your Name

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

При подписании данной формы вы разрешаете вашему доверенному лицу по медицинским вопросам следующее: By signing this form, you allow your medical decision maker to:

- соглашаться, отказываться или прекращать применение средств поддержания жизнедеятельности или медицинское лечение, если вы не можете самостоятельно говорить
  agree to, refuse, or withdraw any life support or medical treatment if you are not able to speak for yourself
- принимать решение о том, что произойдет с вашим телом после смерти, например, захоронение и донорская передача органов decide what happens to your body after you die, such as funeral plans and organ donation

Если вы не хотите, чтобы доверенное лицо принимало решения по определенным вопросам, укажите их здесь: If there are decisions you do not want them to make, write them here:

Когда мое доверенное лицо по медицинским вопросам может принимать решения за меня? When can my medical decision maker make decisions for me?

☐ ТОЛЬКО после того, когда я не смогу самостоятельно принимать решения
ONLY after I am not able to make my own decisions

☐ СЕЙЧАС, сразу после подписания мной данной формы NOW, right after I sign this form

По своему желанию вы можете указать, почему вы считаете именно так.
If you want, you can write why you feel this way.

Впишите имя вашего доверенного лица по медицинским вопросам.
Write the name of your medical decision maker.

Я хочу, чтобы этот человек принимал решения по медицинским вопросам в отношении меня, если я не смогу самостоятельно принимать решения: I want this person to make my medical decisions if I am not able to make my own:

имя first name | фамилия last name | отношения relationship

телефон №1 phone #1 | телефон №2 phone #2 | электронная почта email

адрес address | город city | штат state | почтовый индекс zip code

Если указанный первый человек не сможет выполнить это, тогда я хочу, чтобы решения по медицинским вопросам в отношении меня принимал этот человек: If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions:

имя first name | фамилия last name | отношения relationship

телефон №1 phone #1 | телефон №2 phone #2 | электронная почта email

адрес address | город city | штат state | почтовый индекс zip code

Ваше имя Your Name

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Почему вы выбрали себе доверенное лицо по медицинским вопросам?

Why did you choose your medical decision maker?

По желанию вы можете написать на странице 5, почему вы выбрали именно доверенных лиц №1 и №2. If you want, you can write why you chose your #1 and #2 decision makers on page 5.

Вы можете вписать любое лицо, которому вы НЕ разрешаете помогать принимать решения по медицинским вопросам за вас. Write down anyone you would NOT want to help make medical decisions for you.

Если ваши родственники принимают решения коллективно, кого вы хотите видеть в этой группе? Окончательное решение по-прежнему остается за вашим доверенным лицом по медицинским вопросам (см. стр. 5). If your family makes decisions as a group, who do you want in the group? Your medical decision maker(s) on page 5 will still have the final say.

Насколько строго вы желаете исполнения ваших пожеланий доверенным лицом по медицинским вопросам, если вы не сможете самостоятельно говорить?

How strictly do you want your medical decision maker to follow your wishes if you are not able to speak for yourself?

Степень гибкости позволит вашему доверенному лицу изменить ваши предыдущие решения, если врачи будут считать, что на тот момент будет лучшее решение.

Flexibility allows your decision maker to change your prior decisions if doctors think something else is better for you at that time.

Предыдущими решениями могут быть пожелания, которые вы написали, или о которых говорили с вашим доверенным лицом. Вы можете вписать ваши пожелания в Части 2 данной формы.

Prior decisions may be wishes you wrote down or talked about with your medical decision maker. You can write your wishes in Part 2 of the form.

Отметьте тот вариант, с которым вы наиболее согласны.

Check the one choice you most agree with.

☐ **Полная гибкость:** Я СОГЛАШАЮСЬ с тем, что мое доверенное лицо может изменить мои решения по медицинским вопросам, если мои врачи посчитают, что на тот момент это будет наилучшее решение. Total Flexibility: It is OK for my decision maker to change any of my medical decisions if my doctors think it is best for me at that time.

☐ **Определенная гибкость:** Я СОГЛАШАЮСЬ с тем, что мое доверенное лицо может изменить некоторые из моих решений, если врачи посчитают, что это будет наилучшее решение. При этом я КАТЕГОРИЧЕСКИ не хочу изменять следующие пожелания: Some Flexibility: It is OK for my decision maker to change some of my decisions if the doctors think it is best. But, these wishes I NEVER want changed:

☐ **Отсутствие гибкости:** Я хочу, чтобы мое доверенное лицо строго следовало моим пожеланиям по медицинским вопросам. Я НЕ СОГЛАШАЮСЬ с изменением моих решений, даже если врачи будут рекомендовать это. No Flexibility: I want my decision maker to follow my medical wishes exactly. It is NOT OK to change my decisions, even if the doctors recommend it.

По своему желанию вы можете указать, почему вы считаете именно так.

If you want, you can write why you feel this way.

Чтобы сделать свой выбор в пользу медицинского обслуживания, перейдите к части 2 на странице 7. Если вы закончили заполнение формы, подпишите ее на странице 13. Передайте информацию с вашими пожеланиями членам вашей семьи, друзьям и в медицинские учреждения. To make your own health care choices, go to Part 2 on page 7. If you are done, you must sign this form on page 13. Please share your wishes with your family, friends, and medical providers.

Ваше имя Your Name

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Часть 2

Выбор медицинского обслуживания

Отвечайте только на те вопросы, на которые вы хотите.

Make your own health care choices
Fill out only the questions you want.

Каким образом вы предпочитаете принимать решения по медицинским вопросам?

How do you prefer to make medical decisions?

Некоторые люди предпочитают самостоятельно принимать решения по медицинским вопросам. Некоторые предпочитают получить информацию от других людей (члены семьи, друзья, медицинские учреждения), прежде чем принять решение. И есть люди, которые предпочитают, чтобы решения за них принимали другие люди. Some people prefer to make their own medical decisions. Some people prefer input from others (family, friends, and medical providers) before they make a decision. And, some people prefer other people make decisions for them.

Следует принять во внимание: Медицинские учреждения не могут принимать решения за вас. Они могут лишь предоставить информацию, чтобы помочь вам с принятием решения. Please note: Medical providers cannot make decisions for you. They can only give information to help with decision making.

Каким образом вы предпочитаете принимать решения по медицинским вопросам?

How do you prefer to make medical decisions?

- ☐ Я предпочитаю принимать решения по медицинским вопросам самостоятельно без информации из других источников. I prefer to make medical decisions on my own without input from others.
- ☐ Я предпочитаю принимать решения по медицинским вопросам только после информации из других источников. I prefer to make medical decisions only after input from others.
- ☐ Я предпочитаю, чтобы решения по медицинским вопросам за меня принимали другие люди. I prefer to have other people make medical decisions for me.

По своему желанию вы можете описать, почему вы считаете именно так, и от кого вы хотите получить информацию. If you want, you can write why you feel this way, and who you want input from.

Что в жизни имеет наибольшее значение? Качество жизни для разных людей различается.

What matters most in life? Quality of life differs for each person.

Что для вас самое важное в вашей жизни?

What is most Important in your life?

Отметьте столько, сколько пожелаете.
Check as many as you want.

- ☐ Ваша семья и друзья Your family or friends _____
- ☐ Ваши домашние животные Your pets _____
- ☐ Хобби, такие как садоводство, прогулки, приготовление пищи Hobbies, such as gardening, hiking, and cooking
  Ваши хобби Your hobbies _____
- ☐ Работа или волонтерская деятельность Working or volunteering _____
- ☐ Забота о себе и независимость Caring for yourself and being independent
- ☐ Не быть бременем для своей семьи Not being a burden on your family
- ☐ Религия или духовность: Ваша религия _____
  Religion or spirituality: Your religion
- ☐ Нечто еще Something else _____

Что привносит радость в вашу жизнь? К чему вы больше всего стремитесь в жизни?

What brings your life joy? What are you most looking forward to in life?

Ваше имя Your Name

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Что наиболее важно для вашего медицинского обслуживания? Для разных людей по-разному. What matters most for your medical care? This differs for each person.

Для некоторых главная цель - оставаться живым насколько это возможно, даже если:
For some people, the main goal is to be kept alive as long as possible even if:

- Они должны пользоваться аппаратами и страдать, чтобы поддерживать жизнь
  They have to be kept alive on machines and are suffering
- Их болезнь настолько тяжела, чтобы разговаривать со своей семьей и друзьями
  They are too sick to talk to their family and friends

Для других людей основная цель - сосредоточиться на качестве жизни и пребывать в комфортных условиях. For other people, the main goal is to focus on quality of the life and being comfortable.

- Эти люди предпочитают естественную смерть и не поддерживать жизнь с помощью аппаратов These people would prefer a natural death, and not be kept alive on machines

Некоторые люди находятся где-то между этими двумя группами. **Что важно для вас?**
Other people are somewhere in between. What is important to you?

Ваши цели на сегодняшний день при сегодняшнем состоянии здоровья могут отличаться от целей в конце жизни. Your goals may differ today in your current health than at the end of life.

НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ПРИ СЕГОДНЯШНЕМ СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ
TODAY, IN YOUR CURRENT HEALTH

Отметьте один вариант в этой строке, чтобы показать, как вы себя чувствуете сегодня, при вашем текущем состоянии здоровья.
Check one choice along this line to show how you feel today, in your current health.

Моя основная цель - оставаться живым насколько это возможно, без учета каких-либо условий.
My main goal is to live as long as possible, no matter what.

Имеет одинаково важное значение
Equally important

Моя основная цель - сосредоточиться на качестве жизни и пребывать в комфортных условиях.
My main goal is to focus on quality of life and being comfortable.

По своему желанию вы можете указать, почему вы считаете именно так.
If you want, you can write why you feel this way.

В КОНЦЕ ЖИЗНИ AT THE END OF LIFE

Отметьте один вариант в этой строке, чтобы показать, как бы вы чувствовали себя, если бы вы были настолько больны, что скоро могли бы умереть.
Check one choice along this line to show how you would feel if you were so sick that you may die soon.

Моя основная цель - оставаться живым насколько это возможно, без учета каких-либо условий.
My main goal is to live as long as possible, no matter what.

Имеет одинаково важное значение
Equally important

Моя основная цель - сосредоточиться на качестве жизни и пребывать в комфортных условиях.
My main goal is to focus on quality of life and being comfortable.

По своему желанию вы можете указать, почему вы считаете именно так.
If you want, you can write why you feel this way.

Ваше имя Your Name

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Качество жизни для разных людей в конце жизни имеет отличия.
Что будет наиболее важным для вас? Quality of life differs for each person at the end of life. What would be most important to you?

В КОНЦЕ ЖИЗНИ AT THE END OF LIFE

Некоторые желают пережить многое, чтобы получить шанс прожить дольше.
Some people are willing to live through a lot for a chance of living longer.

Другие знают, что некоторые вещи очень тяжело отразятся на их качестве жизни.
Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

- И такие вещи приведут к большему фокусу на комфорте, чем на продолжительности жизни. Those things may make them want to focus on comfort rather than trying to live as long as possible.

В конце жизни, какие из этих вещей отразятся очень тяжело на вашем качестве жизни? Отметьте столько, сколько пожелаете. At the end of life, which of these things would be very hard on your quality of life? Check as many as you want.

- ☐ Пребывание в состоянии комы и невозможность выйти из комы или поговорить с членами своей семьи и друзьями Being in a coma and not able to wake up or talk to my family and friends
- ☐ Невозможность продолжения жизни без подключения к аппаратам
  Not being able to live without being hooked up to machines
- ☐ Невозможность самостоятельного ведения рассуждений, например, сильно выраженное слабоумие Not being able to think for myself, such as severe dementia
- ☐ Неспособность самостоятельного приема пищи, гигиенических процедур или ухода за собой Not being able to feed, bathe, or take care of myself
- ☐ Неспособность ведения самостоятельной жизни, например, пребывание в центре сестринского ухода Not being able to live on my own, such as in a nursing home
- ☐ Наличие постоянной сильной боли или чувства дискомфорта Having constant, severe pain or discomfort
- ☐ Другое _____
  Something else _____
- ☐ **ИЛИ** я желаю пережить все указанные вещи, чтобы получить шанс прожить дольше. OR, I am willing to live through all of these things for a chance of living longer.

По своему желанию вы можете указать, почему вы считаете именно так.
If you want, you can write why you feel this way.

Какой у вас есть опыт лечения своей тяжелой болезни или близкого вам человека, который был очень болен или умирал? What experiences have you had with serious illness or with someone close to you who was very sick or dying?

- По своему желанию вы можете записать, что получалось хорошо или что не получалось и почему. If you want, you can write down what went well or did not go well, and why.

Где бы вы предпочли быть перед смертью? If you were dying, where would you want to be?

☐ дома at home ☐ в больнице in the hospital ☐ без разницы either ☐ затрудняюсь ответить I am not sure

Что еще было бы важным вокруг вас, например, питание, музыка, домашние животные или люди? What else would be important, such as food, music, pets, or people you want around you?

Ваше имя Your Name

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Как вы находите для себя баланс между качеством жизни и медицинской помощью? How do you balance quality of life with medical care?

Иногда болезнь и виды лечения, применяемые для того, чтобы помочь человеку прожить дольше, могут вызвать боль, побочные эффекты и неспособность ухаживать за собой. Sometimes illness and the treatments used to try to help people live longer can cause pain, side effects, and the inability to care for yourself.

Пожалуйста, прочтите текст на всей странице прежде чем сделать выбор.
Please read this whole page before making a choice.

В КОНЦЕ ЖИЗНИ некоторые желают пережить многое, чтобы получить шанс прожить дольше. Другие знают, что некоторые вещи очень тяжело отразятся на их качестве жизни. AT THE END OF LIFE, some people are willing to live through a lot for a chance of living longer. Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

Среди средств лечения и поддержания жизни могут быть СЛР, дыхательный аппарат, зонд для искусственного кормления, диализ или переливания.
Life support treatment can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, or transfusions.

*То, насколько эффективны эти методы лечения, зависит от состояния вашего здоровья и возраста. Спросите команду врачей о качестве жизни после этих процедур. *How well these treatments work will depend on your health and your age. Ask the medical care team about Quality of Life after these treatments.

Выберите один вариант, с которым вы более всего согласны. Check the one choice you most agree with.

Если у вас очень тяжелая болезнь с вероятностью летального исхода, что бы вы предпочли? If you were so sick that you may die soon, what would you prefer?

- ☐ **Испробовать все виды средств поддержания жизнеобеспечения**, которые могут предложить врачи. Я хочу **использовать и далее средства поддержания жизнеобеспечения**, даже если существует небольшая надежда на улучшение или продолжение жизни, которую я ценю. Try all life support treatments that my doctors think might help. I want to stay on life support treatments even if there is little hope of getting better or living a life I value.
- ☐ Сделать **пробную попытку использования средств поддержания жизнеобеспечения**, которые, по мнению врачей, смогут помочь. Однако, я **НЕ хочу использовать средства поддержания жизнеобеспечения**, если эти способы не помогают, при этом существует небольшая надежда на улучшение или продолжение жизни, которую я ценю. Do a trial of life support treatments that my doctors think might help. But, I DO NOT want to stay on life support treatments if the treatments do not work and there is little hope of getting better or living a life I value.
- ☐ **Я не хочу использовать средства поддержания жизнеобеспечения**, я хочу сосредоточиться на чувстве комфорта. Я предпочитаю **естественную смерть**.
I do not want life support treatments, and I want to focus on being comfortable. I prefer to have a natural death.

Что еще должны знать об этом выборе ваши медицинские работники и лица, принимающие решения? Что еще было бы важно для вас? Подробнее вы можете написать на странице 12. What else should your medical providers and decision maker know about this choice? What else would be important to you? You can write more on page 12.

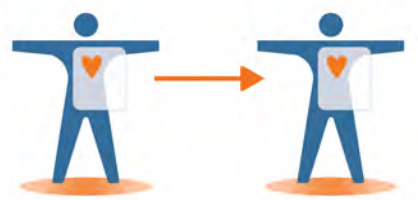
Ваше имя Your Name

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Возможно, к вашему доверенному лицу обратятся с вопросом о передаче органов или вскрытии тела после вашей смерти. Сообщите, пожалуйста, ваши пожелания. Your decision maker may be asked about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

ПЕРЕДАЧА ОРГАНОВ ORGAN DONATION

Некоторые люди принимают решение отдать свои органы или части тела. Что бы предпочли вы? Some people decide to donate their organs or body parts. What do you prefer?



- ☐ **Я хочу** отдать мои органы или части тела.
  I want to donate my organs or body parts.

  Какой орган или часть тела вы хотели бы отдать?
  Which organ or body part do you want to donate?
  - ☐ Любой орган или часть тела Any organ or body part
  - ☐ Только Only _____
- ☐ **Я не хочу** отдавать мои органы или части тела. I do not want to donate my organs or body parts.

Что еще следует знать вашим медицинским учреждениям и доверенному лицу по медицинским вопросам о передаче ваших органов или частей тела?
What else should your medical providers and medical decision maker know about donating your organs or body parts?

ВСКРЫТИЕ ТЕЛА AUTOPSY

Вскрытие тела может производиться после смерти человека для определения причин смерти. Это производится хирургическим способом. Этот процесс может занять несколько дней. An autopsy can be done after death to find out why someone died. It is done by surgery. It can take a few days.

- ☐ **Я хочу** проведение вскрытия. I want an autopsy.
- ☐ **Я не хочу** проведения вскрытия. I do not want an autopsy.
- ☐ Я допускаю вскрытие **только** в случае вопросов о причинах моей смерти. I only want an autopsy if there are questions about my death.

ПОЖЕЛАНИЯ КАСАТЕЛЬНО ЗАХОРОНЕНИЯ ИЛИ ПОГРЕБЕНИЯ FUNERAL OR BURIAL WISHES

Что следует знать вашим медицинским учреждениям и доверенному лицу по медицинским вопросам о том, как следует обращаться с вашим телом после смерти, а также ваши пожелания касательно захоронения или погребения? What should your medical providers and decision maker know about how you want your body to be treated after you die, and your funeral or burial wishes?

- Есть ли у вас религиозные или духовные пожелания относительно ваших похорон или погребения? Do you have religious or spiritual wishes for your funeral or burial?

Ваше имя Your Name _____

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Что еще следует знать вашим медицинским учреждениям и доверенному лицу по медицинским вопросам о вас и ваших решениях в вопросах медицинского обслуживания? What else should your medical providers and medical decision maker know about you and your choices for medical care?

НЕОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ: Как вы предпочитаете получать медицинскую информацию? OPTIONAL: How do you prefer to get medical information?

Некоторые люди могут желать узнавать всю информацию о своем здоровье. Другие люди может не желать этого. Some people may want to know all of their medical information. Other people may not.

Если бы вы страдали серьезным заболеванием, хотели бы вы, чтобы ваши врачи и медицинские работники сообщали вам, насколько вы больны или сколько вам осталось жить? If you had a serious illness, would you want your doctors and medical providers to tell you how sick you are or how long you may have to live?

- ☐ Да, я хотел бы знать эту информацию. Yes, I would want to know this information.
- ☐ Нет, я не хотел бы знать. Пожалуйста, вместо меня поговорите с лицом, принимающим медицинские решения. No, I would not want to know. Please talk with my decision maker instead.

Если хотите, можете написать, почему вы так хотите. If you want, you can write why you feel this way.

*Поговорите со своими лечащими врачами, чтобы они знали, как вы желаете получать информацию. *Talk to your medical providers so they know how you want to get information.

Что еще должны знать о вас и вашем выборе медицинского обслуживания ваши медицинские работники и доверенные лица по медицинским вопросам? What else should your medical providers and medical decision maker(s) know about you and your choices for medical care?

Вот лишь некоторые примеры: Here are just a few examples:

- Есть ли у вас религиозные или духовные убеждения, которыми вы руководствуетесь при получении медицинской помощи? Do you have religious or spiritual beliefs that guide your medical care?
- Что делать, если у вас ухудшилась память или появилось слабоумие, вы больше не можете водить машину или не можете жить дома? What if you get memory loss or dementia, are no longer safe to drive, or are no longer safe to live at home?

  Как бы вы хотели, чтобы ваша медицинская команда, семья и друзья говорили с вами об этих вещах? О чем бы вы беспокоились? Что было бы важно для вас? How would you want your medical care team, family, and friends to talk with you about these things? What would you be worried about? What would be important to you?
- Если бы вы попали в больницу, кто мог бы помочь с оплатой ваших счетов и с уходом за домашними животными? Примечание: Чтобы наделить этого человека юридическими полномочиями помогать с вашими деньгами, счетами, домашними животными и вещами, которыми вы владеете, вам также нужно записать об этом в других юридических формах. PlanforClarity.org If you were in the hospital, who could help with your bills or pets? Note: To give this person legal power to help with your money, bills, pets, and things you own, you also need to write this in other legal forms. See PlanforClarity.org.

Подробнее о своем выборе вы можете написать на следующей странице. You can write more about your choices on the next page.

Ваше имя Your Name

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Продолжение со страницы 12: Continued from page 12:

Что еще должны знать о вас и вашем выборе медицинского обслуживания ваши медицинские работники и доверенные лица по медицинским вопросам? What else should your medical providers and medical decision maker(s) know about you and your choices for medical care?

Ваше имя Your Name

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Часть 3 Подпись формы Part 3: Sign the form

Прежде чем данная форма может быть использована, вы должны:
Before this form can be used, you must:

- подписать данную форму, если вам уже исполнилось 18 лет sign this form if you are 18 years of age or older
- иметь подпись двух свидетелей или нотариуса на данной форме have two witnesses or a notary sign the form

Поставить свою подпись и дату. Sign your name and write the date.

поставить свою подпись signature _____ сегодняшнюю дату today's date _____

печатными буквами вписать имя first name _____ фамилию last name _____ дату рождения DOB _____

улицу и дом address _____ город city _____ штат state _____ индекс zip code _____

Свидетель или нотариус Witnesses or Notary

Прежде чем данная форма может быть использована, форму должны подписать 2 свидетеля или нотариус. Задача нотариуса заключается в удостоверении того, что данную форму подписываете вы. Before this form can be used, you must have 2 witnesses or a notary sign the form. The job of a notary is to make sure it is you signing the form.

Ваши свидетели должны: Your witnesses must:
- быть 18 лет или старше be 18 years of age or older
- знать вас know you
- подтвердить, что подпись на данной форме поставлена вами agree that it was you that signed this form

Ваши свидетели не могут: Your witnesses cannot:
- быть вашим доверенным лицом по медицинским вопросам be your medical decision maker
- быть представителем вашего медицинского учреждения be your health care provider
- работать в вашем медицинском учреждении work for your health care provider
- работать в месте вашего проживания (если вы живете в центре сестринского ухода, перейдите на страницу 15) work at the place that you live (if you live in a nursing home go to page 15)

Также один свидетель не может: Also, one witness cannot:
- иметь с вами какие-либо отношения be related to you in any way
- иметь финансовую выгоду (получение денег или имущества) после вашей смерти benefit financially (get any money or property) after you die

Свидетели должны подписать форму на странице 14. Если у вас нет свидетелей, подпись на форме должен поставить нотариус на странице 15.
Witnesses need to sign their names on page 14. If you do not have witnesses, a notary must sign on page 15.

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Форму должны подписать свидетели и поставить дату.

Have your witnesses sign their names and write the date.

Подписывая документ я даю обещание, что данную форму подписал(а) _____ . By signing, I promise that the person named on page 13 signed this form.

[лицо, указанное на странице 13]

Этот человек находился в здравом уме и подписал документ без принуждения. They were thinking clearly and were not forced to sign it.

Также я даю обещание, что: I also promise that:

- Я знаю этого человека, а он(она) может подтвердить свою личность
  I know this person or they can prove who they are
- Мне исполнилось 18 лет I am 18 years of age or older
- я не являюсь его(ее) доверенным лицом I am not their medical decision maker
- я не являюсь представителем его(ее) медицинского учреждения I am not their health care provider
- я не работаю в его(ее) медицинском учреждении I do not work for their health care provider
- я не работаю в месте его(ее) проживания I do not work where they live

Один свидетель также должен дать обещание, что: One witness must also promise that:

- я не имею с ним(ней) связей кровного, супружеского, приемного (усыновительного) характера
  I am not related to them by blood, marriage, or adoption
- я не буду иметь финансовую выгоду (получение денег или имущества) после его(ее) смерти
  I will not benefit financially (get any money or property) after they die

Свидетель №1

Witness #1

поставить свою подпись signature _____ дату date _____

печатными буквами вписать имя print first name _____ фамилию print last name _____

улицу и дом address _____ город city _____ штат state _____ индекс zip code _____

Свидетель №2

Witness #2

поставить свою подпись signature _____ дату date _____

печатными буквами вписать имя print first name _____ фамилию print last name _____

улицу и дом address _____ город city _____ штат state _____ индекс zip code _____

Теперь вы закончили заполнение данной формы. You are now done with this form.

Передайте эту форму членам вашей семьи, друзьям и в медицинские учреждения. Обсудите с ними ваши пожелания медицинского характера. Вы также можете попросить их помочь сделать копии и внести форму в вашу медицинскую карту. Share this form with your family, friends, and medical providers. Talk with them about your medical wishes. You can also ask them to help make copies and get the form into your medical record.

Для получения более подробной информации посетите сайт www.prepareforyourcare.org

To learn more go to www.prepareforyourcare.org

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.

Нотариус: Передайте эту форму нотариусу ТОЛЬКО в случае, если она не подписана двумя свидетелями. Возьмите с собой документ, удостоверяющий личность, с фотографией (водительское удостоверение, паспорт, пр.) Notary Public: Take this form to a notary public ONLY if two witnesses have not signed this form. Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.).

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

A Notary Public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of California County of _____

On _____ (Date) before me, _____ (Here insert name and title of the officer) , personally appeared _____ (Names(s) of Signer(s))

who proved to me the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct. WITNESS my hand and official seal.

Signature _____
Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

○ Individual
○ Guardian or conservator
○ Other _____

(Notary Seal)

ТОЛЬКО для проживающих в центре сестринского ухода в Калифорнии

For California Nursing Home Residents ONLY

Передайте эту форму директору вашего центра сестринского ухода ТОЛЬКО, если вы проживаете в центре сестринского ухода. Согласно законодательству штата Калифорния у проживающих в центре сестринского ухода должен быть уполномоченный по вопросам центров сестринского ухода в качестве свидетеля передачи предварительных указаний. Give this form to your nursing home director ONLY if you live in a nursing home. California law requires nursing home residents to have the nursing home ombudsman as a witness of advance directives.

Заявление защитника пациента или уполномоченного Statement of the patient advocate or ombudsman

Под страхом наказания за лжесвидетельство согласно законам штата Калифорния я заявляю, что я являюсь защитником пациента или уполномоченным, назначенным Государственным департаментом по вопросам помощи пожилым, а также я выступаю в качестве свидетеля, как это требуется согласно Разделу 4675 Кодекса по делам о завещаниях и наследствах. "I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code."

поставить свою подпись signature _____ дату date _____

печатными буквами вписать имя print first name _____ фамилию print last name _____

улицу и дом address _____ город city _____ штат state _____ индекс zip code _____

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013. All rights reserved. Revised 2024. No one may reproduce this form by any means for commercial purposes or modify, post the PDF, or mass distribute without a licensing agreement and written permission from the Regents. The Regents makes no warranties about this form. To learn more about the terms of use, go to www.prepareforyourcare.org

Developed by PREPARE™ for your care

Copyright © The Regents of the University of California, since 2013.