

Решения, связанные с окончанием жизни

# Предварительные распоряжения

«Завещание о жизни» и Долговременная доверенность на принятие медицинских решений



## Распоряжение об оказании медицинской помощи

Медицинская организация Providence Health Care уважает право человека на выражение волеизъявления относительно медицинского обслуживания. Мы считаем, что для каждого человека очень важно обсуждать свои желания с врачами, родственниками, близкими друзьями, духовными наставниками, юристами и прочими значимыми специалистами.

В больницах и медицинских учреждениях Providence всем пациентам предоставляется высококачественное обслуживание, основанное на уважении ценностей и достоинства каждого человека. Компания Providence руководствуется католическими этическими принципами, призывающими нас уважать святость жизни и проявлять сострадание по отношению к физическим, духовным и эмоциональным потребностям личности.

### Заблаговременное планирование

Для того чтобы ваши желания были исполнены в случае наступления вашей недееспособности, вы должны позаботиться о заблаговременном планировании. Это также облегчит бремя принятия решений, которое ляжет на вашу семью.

Начните с изучения медицинских решений, с которыми вы можете столкнуться, и проанализируйте собственные мысли и чувства.

Затем решите, какую медицинскую помощь вы хотели бы получить в случае наступления недееспособности. При каких обстоятельствах вы хотели бы (или не хотели бы), чтобы вашу жизнь продлевали как можно дольше? Какие процедуры вы хотели бы пройти, а от каких хотели бы отказаться? Кому бы вы хотели передать право принимать решения за вас? Что они должны учитывать, принимая данные решения?

После принятия решения относительно лечения вы сможете выбрать один из способов волеизъявления на тот случай, если вы не будете способны выразить его самостоятельно. Самое важное, что вы можете сделать, – это поговорить с людьми, которые будут

принимать решения за вас. Вы можете сформулировать свои пожелания, оформив письменные предварительные распоряжения, такие как «Завещание о жизни», Долговременная доверенность на принятие медицинских решений или «карта донора органов», либо с помощью своего врача заполнив форму «Распоряжение врачу об искусственном поддержании жизни» (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST).

## Что такое «предварительные распоряжения»?

Предварительные распоряжения – это документы, которые позволяют вам определить тот вид медицинского обслуживания, который вы хотели бы получать на последнем этапе своей жизни.

Первый тип предварительного распоряжения называется «Распоряжение об оказании медицинской помощи», однако более широко оно известно под названием «Завещание о жизни».

Второй тип предварительного распоряжения называется «Долговременная доверенность на принятие медицинских решений».

Ваше волеизъявление не обязательно должно быть документально зафиксировано в форме предварительного распоряжения. Оно также может быть записано вашим врачом в медицинской документации.

## Распоряжение об оказании медицинской помощи («Завещание о жизни»)

Что такое «Распоряжение об оказании медицинской помощи» («Завещание о жизни»)?

Распоряжение об оказании медицинской помощи («Завещание о жизни») – это документ, в котором вы можете объяснить, какую медицинскую помощь вы хотели бы и/или не хотели бы получить. Данное распоряжение вступает в силу после того, как у вас наступит «терминальное состояние» (письменно диагностированное вашим лечащим врачом), либо вы окажетесь в постоянном бессознательном состоянии (письменно диагностированном двумя врачами) и утратите способность общаться.

Что означает «терминальное состояние»?

Терминальное состояние – это неизлечимое или необратимое состояние, вызванное заболеванием, травмой или болезнью, при котором медицинские процедуры по поддержанию жизни способны только искусственно отсрочить момент смерти.

В случае наступления вашей недееспособности ваш врач свяжется с вашей семьей или другими лицами либо обратится к подготовленным вами письменным распоряжениям, чтобы узнать, какое лечение вы хотели бы получить или какое лечение наилучшим образом отвечает вашим интересам.

Необходимо ли нотариально заверять Распоряжение об оказании медицинской помощи («Завещание о жизни»)?

Нет. Однако для вступления в юридическую силу документ должен быть подписан и датирован в присутствии двух свидетелей, которые также должны поставить свои подписи.

Может ли любой человек стать свидетелем оформления Распоряжения об оказании медицинской помощи («Завещания о жизни»)?

Нет. Оба свидетеля не должны:

- состоять с вами в биологическом родстве, брачных отношениях или родстве по усыновлению;

- быть вашими врачами или сотрудниками вашего врача;
- быть наследниками вашей собственности в случае вашей смерти;
- быть сотрудниками медицинского учреждения, в котором вы проходите лечение или проживаете;
- быть вашими займодателями.

Сложно ли оформить Распоряжение об оказании медицинской помощи («Завещание о жизни»)?

Нет. В данном пакете содержится его бесплатный экземпляр. Чтобы заполнить эту форму, вы должны быть не младше 18 лет и находиться в здравом уме. Также вы должны подписать данную форму в присутствии двух свидетелей. Данная форма дает вам прекрасную возможность обсудить с членами медицинского сообщества, вашими друзьями и близкими, чего бы вы хотели, а чего нет, когда ваша жизнь подойдет к концу.

Я оформил «Завещание о жизни» некоторое время назад в другом штате. Оно еще действительно?

Да. Если оно соответствует законодательству штата Вашингтон, то оно сохраняет юридическую силу. Обязательно храните копию «Завещания».

Могу ли я изменить свое решение после оформления Распоряжения об оказании медицинской помощи («Завещания о жизни»)?

Да. Вы можете изменить Распоряжение об оказании медицинской помощи («Завещание о жизни») в любое время. Чтобы аннулировать Распоряжение, вы должны сообщить своему лечащему врачу о данном намерении. Помимо извещения своего лечащего врача, вы также можете аннулировать Распоряжение, уничтожив его лично. Вы также можете попросить кого-либо уничтожить его в вашем присутствии либо подписать и датировать письменный документ об аннулировании.

Может ли кто-либо заставить меня оформить Распоряжение об оказании медицинской помощи («Завещание о жизни»)?

Нет.

## Где следует хранить мое Распоряжение об оказании медицинской помощи («Завещание о жизни»)?

Сделайте несколько копий своего Распоряжения об оказании медицинской помощи («Завещания о жизни»). Одна копия должна храниться у вас дома, и по одной копии должны иметь:

- ваш врач;
- ваш поставщик медицинских услуг (больница/дом престарелых);
- ваше доверенное лицо с правом принятия медицинских решений;
- члены вашей семьи и/или друзья, которым вы доверяете;
- чтобы получить дополнительную информацию или зарегистрироваться, посетите сайт Департамента здравоохранения штата Вашингтон (WA State Department of Health) по адресу [www.doh.wa.gov/livingwill](http://www.doh.wa.gov/livingwill).

## Долговременная доверенность на принятие медицинских решений

### Что такое Долговременная доверенность на принятие медицинских решений?

Долговременная доверенность на принятие медицинских решений – это документ, в котором вы можете указать лицо («представителя»), которое будет принимать медицинские решения за вас, если вы не сможете делать это самостоятельно. В этом документе вы также можете указать, какие именно медицинские решения могут быть приняты за вас.

### Необходимо ли нотариально заверять Долговременную доверенность на принятие медицинских решений?

Нет. По закону Долговременная доверенность на принятие медицинских решений необязательно должна быть нотариально заверена; однако это настоятельно рекомендуется.

### Сложно ли оформить Долговременную доверенность на принятие медицинских решений?

Нет. В данном пакете содержится ее бесплатный экземпляр. Чтобы заполнить эту форму, вы должны быть не младше 18 лет и находиться в здравом уме. Настоятельно рекомендуется нотариально заверить данный документ. Данная форма дает вам прекрасную возможность обсудить с членами медицинского сообщества, вашими друзьями и близкими, чего бы вы хотели, а чего нет, когда ваша жизнь подойдет к концу.

### Могу ли я изменить свое решение после оформления Долговременной доверенности на принятие медицинских решений?

Да. Вы можете изменить Долговременную доверенность на принятие медицинских решений в любой момент, если вы не утратили дееспособность. Чтобы аннулировать данный документ, вы должны сообщить своему лечащему врачу о данном намерении. Также вам необходимо известить об этом лицо, которое вы выбрали в качестве своего представителя.

### Я оформил Долговременную доверенность на принятие медицинских решений некоторое время назад в другом штате. Она еще действительна?

Да. Если она соответствует законодательству штата Вашингтон, то она сохраняет юридическую силу.

### Может ли кто-либо заставить меня оформить Долговременную доверенность на принятие медицинских решений?

Нет.

### Где следует хранить Долговременную доверенность на принятие медицинских решений?

Сделайте несколько копий своей Долговременной доверенности на принятие медицинских решений. Одна копия должна храниться у вас дома, и по одной копии должны иметь:

- ваш врач;
- ваш поставщик медицинских услуг (больница/дом престарелых);
- ваш адвокат (если таковой имеется);
- ваш представитель и альтернативные представители (люди, которым вы предоставили право принимать за вас медицинские решения);
- члены вашей семьи и/или друзья, которым вы доверяете.

### О чем следует помнить при оформлении Долговременной доверенности на принятие медицинских решений?

Выберите в качестве вашего представителя лицо, которому вы доверяете. Вы также можете выбрать альтернативных представителей на тот случай, если ваш основной представитель не сможет исполнять свои полномочия. Обязательно объясните доверенному лицу, какое именно медицинское обслуживание вы хотели бы или не хотели бы получить.

### Кто может быть моим представителем по Долговременной доверенности на принятие медицинских решений?

Вашим представителем может быть лицо не младше 18 лет, которое является членом вашей семьи, другим родственником, близким другом или любым иным лицом, которому вы доверяете.

### Кто не может быть моим представителем по Долговременной доверенности на принятие медицинских решений?

- Ваш врач или сотрудник вашего врача.
- Руководитель, владелец или сотрудник медицинского учреждения, в котором вы проходите лечение или проживаете. (Однако если кто-либо из перечисленных лиц является вашим (ей) супругом (ой), взрослым ребенком, родителем, братом или сестрой, то они могут быть вашим представителем.)

### Существует ли в штате Вашингтон порядок очередности лиц, имеющих право принятия решений за недееспособного пациента/жителя дома престарелых?

Да. В соответствии с законом штата Вашингтон об информированном согласии установлен следующий порядок очередности (по убыванию) лиц, имеющих право на принятие решений за недееспособных пациентов/жителей домов престарелых:

- назначенный судом опекун пациента (если таковой имеется);
- лицо (если таковое имеется), на которое пациент/житель дома престарелых оформил Долговременную доверенность на принятие медицинских решений;
- муж/жена или законный партнер, с которым у пациента/жителя дома престарелых оформлены отношения бытового товарищества;
- дети (не младше 18 лет) пациента/жителя дома престарелых, если все согласны с этим решением;
- родители пациента/жителя дома престарелых, если все согласны с этим решением;
- взрослые братья и сестры пациента/жителя дома престарелых, если все согласны с этим решением..



## Карта донора органов

Если вы решили пожертвовать свои органы пациентам, нуждающимся в трансплантации, вам необходимо оформить данное решение. Кроме того, вы должны обсудить свое решение с врачом, друзьями и близкими, чтобы они знали о вашем волеизъявлении, поскольку даже при наличии официального документа, подтверждающего статус донора, если кто-либо из ваших близких выразит возражение, это может привести к задержке, которая сделает донорство органов невозможным.

### Кто может быть донором органов?

Люди всех возрастов могут рассматривать себя в качестве потенциальных доноров органов и тканей. Состояние органов имеет большее значение, чем возраст донора. Врачи обследуют ваши органы и определяют, подойдет ли они для трансплантации, если возникнет соответствующая ситуация. Если вы младше 18 лет, вам потребуется разрешение на донорство от одного из родителей или опекуна.

### Какие органы подходят для трансплантации?

Могут использоваться многие органы и ткани, в том числе глаза, почки, сердце, сердечные клапаны, печень, кости, поджелудочная железа, легкие и кожа. Целые органы, например почки или сердце, могут быть взяты только у людей не старше 75 лет. Ткани, например кожа или костная ткань, могут быть взяты у людей в возрасте от 12 до 65 лет. Для донора глаз/роговицы возрастных ограничений нет.

### Как я могу стать донором органов?

Чтобы стать донором в штате Вашингтон, необходимо зарегистрироваться на сайте [donatelifetoday.org](http://donatelifetoday.org).

Также вы можете:

- указать свое желание на водительских правах;
- указать желание стать донором в предварительных распоряжениях, завещании или «Завещании о жизни»;
- сообщить своей семье. Они могут защищать ваши интересы, если вы решите стать донором;
- сообщить своему врачу, духовному наставнику или друзьям;
- заполнить карту донора и носить ее в бумажнике. Вы можете скачать карту донора органов на сайте [OrganDonor.gov](http://OrganDonor.gov) либо позвонить по телефону 1-800-ASK-HRSA для получения дополнительной информации. (Лица,

желающие полностью пожертвовать свое тело для учебных или исследовательских целей, а не для трансплантации органов, должны заранее согласовать это решение с Медицинской школой при университете штата Вашингтон (University of Washington School of Medicine). Для получения подробной информации позвоните по телефону (206) 543-1860.)

## Распоряжение врачу об искусственном поддержании жизни (форма POLST)

Если вы страдаете серьезным заболеванием или собираетесь проходить лечение в медицинском учреждении или доме престарелых, вам необходимо принять решение об искусственном поддержании жизни. Ваш врач может использовать форму POLST как конкретные медицинские распоряжения.

Форма POLST может помочь вам и вашему врачу обсудить и составить план, касающийся сердечно-легочной реанимации, лечения определенных медицинских состояний, использования антибиотиков, а также искусственного питания и введения жидкости. Вы с вашим врачом, в зависимости от ваших предпочтений, можете заполнить форму POLST полностью либо ту ее часть, которая касается сердечно-легочной реанимации.

Форма POLST должна оставаться у вас независимо от того, находитесь ли вы дома, в отделении скорой помощи, в больнице или в учреждении длительного медицинского ухода.

Форма POLST считается действительной только при наличии подписи вашего врача. Вы также должны подписать форму. Если вы являетесь назначенным представителем с правом принятия медицинских решений за лицо, утратившее способность к волеизъявлению, врач может заполнить форму POLST на основании вашего представления о желаниях вашего близкого человека.

Форма POLST не является предварительным распоряжением, и в ней не указывается имя представителя, который будет представлять ваши интересы, если вы не сможете делать это самостоятельно. Для того чтобы назначить представителя, вам придется оформить предварительное распоряжение (Долговременную доверенность на принятие медицинских решений).

Форма POLST предназначена для пациентов с прогрессирующими заболеваниями, приводящими к преждевременной смерти, которые знают, хотят ли они, чтобы им были проведены процедуры для поддержания жизни в следующий раз, когда им потребуется неотложная медицинская помощь.

## Определение приоритетов и ценностей

Ниже приведены вопросы, о которых вам стоит подумать, когда вы будете принимать решения и готовить документы, касающиеся ваших медицинских решений. Вы можете записать свои ответы и раздать копии членам вашей семьи и поставщикам медицинских услуг либо просто использовать данные вопросы для размышления и обсуждения.

<b>(a) Насколько важны для вас следующие пункты?</b>		<b>Очень важно →</b>			<b>Не важно</b>
Не нарушать естественное течение жизни	4	3	2	1	0
Поддерживать качество моей жизни	4	3	2	1	0
Остаться верным моим духовным убеждениям и традициям	4	3	2	1	0
Жить как можно дольше независимо от качества жизни	4	3	2	1	0
Быть независимым (ой)	4	3	2	1	0
Чувствовать себя как можно более комфортно и испытывать как можно меньше боли	4	3	2	1	0
Оставить о себе хорошую память у друзей и близких	4	3	2	1	0
Внести вклад в медицинские исследования или образование	4	3	2	1	0
Иметь возможность общаться с друзьями и близкими	4	3	2	1	0
Не испытывать физических ограничений	4	3	2	1	0
Сохранять ясное и здоровое мышление	4	3	2	1	0
Иметь возможность оставить деньги друзьям или близким либо передать их на благотворительные цели	4	3	2	1	0
Умереть быстро, а не медленной ожидаемой смертью	4	3	2	1	0
Избегать дорогого лечения	4	3	2	1	0

**(b)** Что для вас будет важно, когда вы будете при смерти (например, физический комфорт, отсутствие боли, присутствие членов семьи и т. д.)?

**(c)** Как вы относитесь к искусственному поддержанию жизни при смертельном заболевании? При необратимой коме? При неизлечимом хроническом заболевании или инвалидности (например, болезни Альцгеймера)?

- (d)** Хотите ли вы всегда знать правду о своем состоянии?
- (e)** Вызывают ли у вас эмоциональное отторжение некоторые методы лечения? Возможно, вы захотите принять решение относительно следующих видов лечения: механическое дыхание (аппарат для искусственного дыхания), сердечно-легочная реанимация, искусственное питание или введение жидкостей (питание и жидкости вводятся через трубку в вены, полость носа или желудка), антибиотики, почечный диализ, интенсивная терапия в больнице, обезболивающие препараты, химио- или радиотерапия и хирургическое вмешательство.
- (f)** Изменится ли ваше отношение к данным видам лечения в зависимости от состояния вашего здоровья или его прогнозов? Хотели бы вы избегать определенных видов лечения только при неизбежности смерти или также в том случае, когда вы можете остаться недееспособным (ой)? Хотели бы вы избегать определенных видов лечения, если бы они использовались только лишь для продления процесса умирания, но согласились бы, если они могли бы помочь вам выздороветь или чувствовать себя более комфортно?
- (g)** Какие ограничения вашего физического и психического здоровья могут повлиять на принимаемые вами медицинские решения?
- (h)** Хотели бы вы, чтобы во время принятия решений учитывались финансовые вопросы?
- (i)** Хотели бы вы, чтобы вас поместили в дом престарелых?
- (j)** Хотели бы вы пользоваться услугами хосписа на дому вместо госпитализации для обеспечения вам комфортного ухода из жизни?
- (k)** Хотели бы вы принимать участие в принятии медицинских решений и решений, касающихся вашего лечения?
- (l)** Хотели бы вы стать донором органов после смерти?

# Распоряжение об оказании медицинской помощи

Распоряжение дано «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_, имея возможность принимать медицинские решения сознательно и добровольно, изъявляю свою волю на то, что мой уход из жизни не должен искусственно продлеваться при указанных ниже условиях. Настоящим я заявляю, что:

- (a)** Если в любой момент лечащим врачом в письменном виде мне будет диагностировано терминальное состояние или двумя врачами подтверждено постоянное бессознательное состояние, и в том случае если искусственное поддержание жизни будет служить только целям продления процесса моего ухода из жизни, я предписываю не применять или остановить данное лечение, а также дать мне возможность умереть естественным образом. Я понимаю, что терминальное состояние означает неизлечимое или необратимое состояние, вызванное травмой, заболеванием или болезнью, которое (на основании обоснованного медицинского заключения) приведет к смерти в течение разумного периода времени в соответствии с принятыми медицинскими стандартами и при котором искусственное поддержание жизни будет служить только целям продления процесса ухода из жизни. Я также понимаю, что постоянное бессознательное состояние означает неизлечимое и необратимое состояние, при котором, на основании обоснованного медицинского заключения, у меня не будет обоснованной надежды на восстановление из необратимой комы или устойчивого вегетативного состояния.
- (b)** При отсутствии у меня возможности давать указания относительно искусственного поддержания жизни мое намерение состоит в том, чтобы настоящее Распоряжение об оказании медицинской помощи считалось моей семьей и врачом (ами) окончательным выражением моего законного права на отказ от медицинского или хирургического лечения; я принимаю последствия подобного отказа. Если посредством Долговременной доверенности на принятие медицинских решений или иным способом назначено лицо для принятия за меня данных решений, я требую, чтобы данное лицо руководствовалось настоящим Распоряжением об оказании медицинской помощи и прочими свидетельствами явного выражения моих желаний.
- (c)** Если мне будет диагностировано терминальное состояние или постоянное бессознательное состояние (выберите один вариант):
- \_\_\_\_\_ Я ХОЧУ получать искусственное питание и жидкости. \_\_\_\_\_ Инициалы
- \_\_\_\_\_ Я НЕ ХОЧУ получать искусственное питание и жидкости. \_\_\_\_\_ Инициалы
- (d)** Если у меня будет установлена беременность и эти данные будут известны моему врачу, настоящее Распоряжение об оказании медицинской помощи не должно иметь юридической силы или действия во время моей беременности.
- (e)** Я понимаю всю важность настоящего Распоряжения об оказании медицинской помощи и эмоционально и психически способен (на) принимать медицинские решения, содержащиеся в настоящем документе.

Продолжение на обороте

**(f)** Я понимаю, что до подписания настоящего Распоряжения об оказании медицинской помощи я могу внести изменения, удалить часть информации или изменить формулировку настоящего Распоряжения; что я имею право в любой момент внести изменения или удалить часть информации настоящего Распоряжения, а также что любые изменения будут иметь юридическую силу только при условии их соответствия законодательству штата Вашингтон или федеральному конституционному закону.

**(g)** Я прошу, чтобы все условия настоящего Распоряжения об оказании медицинской помощи были полностью выполнены. Если по какой-либо причине любая его часть окажется недействительной, я прошу, чтобы были выполнены все остальные условия моего Распоряжения об оказании медицинской помощи.

Подписано: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес

\_\_\_\_\_

Город, округ и штат проживания

**Перед подписанием должно быть прочитано свидетелем**

На момент подписания настоящего распоряжения я не являюсь лечащим врачом, сотрудником лечащего врача или медицинского учреждения, в котором лицо, подписывающее настоящее распоряжение, проходит лечение, не состою с ним в биологическом родстве, брачных отношениях, а также не претендую ни на какую часть имущества лица, подписывающего распоряжение, после его смерти.

1. Свидетель: (Имя и фамилия печатными буквами)	(Подпись)
2. Свидетель: (Имя и фамилия печатными буквами)	(Подпись)

Дополнительные комментарии:

# Долговременная доверенность на принятие медицинских решений

## Раздел 1

Я, \_\_\_\_\_  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
настоящим определяю и назначаю (имя и фамилия)

\_\_\_\_\_

проживающего (ую) по адресу \_\_\_\_\_

(номер телефона) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ в качестве своего доверенного лица для принятия медицинских решений (далее именуемого «Представитель»). Я уполномочиваю данного Представителя принимать за меня все медицинские решения, как описано в настоящем документе. Под словами «медицинские решения» я подразумеваю, что мой Представитель имеет полномочия давать согласие на оказание, прекращение или отказ от любых видов медицинского обслуживания, лечения, услуг или диагностических процедур.

Также мой Представитель может давать согласие на мое размещение в медицинском учреждении, учреждении постоянного проживания, доме престарелых или подобном заведении, а также может заключать соглашения на осуществление ухода за мной. Мой Представитель также имеет полномочия общаться с медицинским персоналом, запрашивать, получать и знакомиться с любой устной или письменной информацией, касающейся моих личных дел или моего физического или психического здоровья, включая медицинскую и больничную документацию, а также подписывать документы, необходимые для принятия медицинских решений.

## Раздел 2

Если лицо, назначенное в Разделе 1 в качестве моего Представителя, не желает или неспособно выступать в качестве моего Представителя, или если я отзову полномочия данного лица выступать в качестве моего Представителя, в этом случае я определяю и назначаю, в указанном ниже порядке, следующих лиц для исполнения полномочий моего Представителя и принятия за меня медицинских решений. Моим первым альтернативным Представителем является:

(имя и фамилия) \_\_\_\_\_

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(номер телефона) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Моим вторым альтернативным Представителем является:

(имя и фамилия) \_\_\_\_\_

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(номер телефона) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Раздел 3

Мой Представитель должен принимать решения в соответствии с моими желаниями, как указано в настоящем документе. Я подтверждаю положения Распоряжения об оказании медицинской помощи, составленного мной (дата) \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., в котором указано мое желание относительно использования процедур искусственного поддержания жизни. Мое намерение и распоряжение состоит в том, чтобы настоящая Долговременная доверенность на принятие медицинских решений рассматривалась и применялась совместно с Распоряжением об оказании медицинской помощи.

[Пожалуйста, поставьте свои инициалы рядом с теми из указанных ниже положений, которые отражают ваши желания.]

- [ ] Я хочу, чтобы мою жизнь продлили и чтобы мне оказывали лечение, продлевающее жизнь, если только, по оценке моего Представителя, боль, дискомфорт или вероятный исход не будут превосходить любые преимущества, которые данное лечение может мне принести. \_\_\_\_\_ Инициалы.
- [ ] Если я буду находиться в неизлечимом или необратимом физическом состоянии без надежды на выздоровление, я не хочу, чтобы мне оказывалось какое-либо лечение, которое будет лишь продлевать процесс умирания. Я хочу, чтобы мое лечение ограничили медицинскими и медсестринскими мерами, направленными исключительно на поддержание моего комфортного самочувствия, облегчение боли и сохранение человеческого достоинства. \_\_\_\_\_ Инициалы

[ ] Если я буду находиться в коме или вегетативном состоянии, которое мои врачи обоснованно будут считать постоянным, я не хочу, чтобы мне начали или продолжили оказывать какое-либо лечение для продления жизни, включая, помимо прочего, введение трубки для искусственного питания и введения жидкости или продолжение данного лечения, если оно было начато. \_\_\_\_\_ Инициалы

Заполняя настоящий документ, я намерен (а) оформить Долговременную доверенность на принятие медицинских решений в соответствии с главой 11.94 Свода пересмотренных законов штата Вашингтон. Она вступает в силу после наступления моей недееспособности, в результате которой я не смогу самостоятельно принимать медицинские решения, и будет сохранять юридическую силу в течение моей недееспособности на срок, допустимый законом, или до тех пор, пока я не аннулирую ее.

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что понимаю назначение и последствия Долговременной доверенности на принятие медицинских решений.

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Ваши имя и фамилия печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
(Ваша подпись)

### Вариант №1

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НОТАРИУС (предпочтительно, но не обязательно)

Настоящая доверенность составлена в соответствии с законодательством штата Вашингтон.

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Доверенность, составленная известными мне и лично явившимися в мой офис лицами, заверена мной, \_\_\_\_\_ . Настоящим удостоверяю, что подписавшие настоящую доверенность лица действовали добровольно и без принуждения, подтвердив выраженные в ней цели.

Выдано за моей собственноручной подписью и с приложением официальной печати сегодня,

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Государственный нотариус штата Вашингтон,  
проживающий в округе Spokane

Мои полномочия истекают: \_\_\_\_\_



Дополнительные копии можно  
получить в Интернете  
по адресу: [www.shmc.org](http://www.shmc.org)