

# ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ РАСПОРЯЖЕНИЕ (ШТАТ ОРЕГОН) (ADVANCE DIRECTIVE (STATE OF OREGON))

Инструкцию по заполнению этой формы см. на странице [www.ohsu.edu/ADhelp](http://www.ohsu.edu/ADhelp)  
(For instructions on how to complete this form, go to [www.ohsu.edu/ADhelp](http://www.ohsu.edu/ADhelp))

Эту форму допускается использовать в штате Орегон для назначения лица, которое будет принимать решения о вашем медицинском обслуживании, если вы сами не сможете этого делать по состоянию здоровья. Такого человека называют доверенным лицом. Если вы не сможете принимать решения о своем медицинском обслуживании и у вас не окажется действующего доверенного лица, вам его назначат в порядке приоритетности, установленном Сводом законов штата Орегон с поправками: ORS 127.635(2). (This form may be used in Oregon to choose a person to make health care decisions for you if you become too sick to speak for yourself. The person is called a health care representative. If you do not have an effective health care representative appointment and become too sick to speak for yourself, a health care representative will be appointed for you in the order of priority set forth in ORS 127.635(2).)

Вы также можете изложить в этой форме свои пожелания, ценности и убеждения, на основе которых следует принимать решения о вашем медицинском обслуживании. (This form also allows you to express your values and beliefs with respect to health care decisions and your preferences for health care.)

- Если ранее вы уже заполняли форму предварительного распоряжения, она утратит силу, и вместо нее будет использоваться данное предварительное распоряжение. (If you have completed an advance directive in the past, this new advance directive will replace any older directive.)
- Чтобы предварительное распоряжение считалось действительным, нужно, чтобы эту форму подписали вы и еще два свидетеля. Вместо свидетелей можно обратиться к публичному нотариусу, чтобы он заверил форму. А чтобы доверенное лицо получило полномочия принимать решения о вашем медицинском обслуживании, оно должно дать на это письменное согласие. (You must sign this form for it to be effective. You must also have it witnessed by two witnesses or a notary. Your appointment of a health care representative is not effective until the health care representative accepts the appointment.)
- Если ваше предварительное распоряжение включает отказ от искусственного питания и (или) аппаратов жизнеобеспечения, вы имеете право отозвать это распоряжение в любое время и в любой форме, четко свидетельствующей о вашем желании аннулировать его. (If your advance directive includes directions regarding the withdrawal of life support or tube feeding, you may revoke your advance directive at any time and in any manner that expresses your desire to revoke it.)
- В остальных случаях вы имеете право отозвать предварительное распоряжение в любое время и в любой форме при условии, что вы способны принимать медицинские решения. (In all other cases, you may revoke your advance directive at any time and in any manner as long as you are capable of making medical decisions.)



# 1. Информация обо мне (About Me)

Полное имя (Name) \_\_\_\_\_ Дата рождения (Date of Birth) \_\_\_\_\_

Телефонные номера: домашний (Telephone (Home)) \_\_\_\_\_ рабочий (Work) \_\_\_\_\_

мобильный (Cell) \_\_\_\_\_ Адрес (Address) \_\_\_\_\_

Эл. почта (E-mail) \_\_\_\_\_

# 2. Мое доверенное лицо (My Health Care Representative)

Я назначаю нижеуказанного человека своим доверенным лицом для принятия решений о медицинском уходе за мной на случай, если я окажусь не в состоянии принимать их самостоятельно. (I choose the following person as my health care representative to make health care decisions for me if I can't speak for myself.)

Полное имя (Name) \_\_\_\_\_ Взаимоотношения (Relationship) \_\_\_\_\_

Телефонные номера: домашний (Telephone (Home)) \_\_\_\_\_

рабочий (Work) \_\_\_\_\_ мобильный (Cell) \_\_\_\_\_

Адрес (Address) \_\_\_\_\_

Эл. почта (E-mail) \_\_\_\_\_

Я назначаю нижеуказанных людей своими альтернативными доверенными лицами на случай, если основное доверенное лицо окажется недоступно или я отменю его назначение. (I choose the following people to be my alternate health care representatives if my first choice is not available to make health care decisions for me or if I cancel the first health care representative's appointment.)

ПЕРВОЕ АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО (FIRST ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Полное имя (Name) \_\_\_\_\_ Взаимоотношения (Relationship) \_\_\_\_\_

Телефонные номера: домашний (Telephone (Home)) \_\_\_\_\_

рабочий (Work) \_\_\_\_\_ мобильный (Cell) \_\_\_\_\_

Адрес (Address) \_\_\_\_\_

Эл. почта (E-mail) \_\_\_\_\_

ВТОРОЕ АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО (SECOND ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Полное имя (Name) \_\_\_\_\_ Взаимоотношения (Relationship) \_\_\_\_\_

Телефонные номера: домашний (Telephone (Home)) \_\_\_\_\_

рабочий (Work) \_\_\_\_\_ мобильный (Cell) \_\_\_\_\_

Адрес (Address) \_\_\_\_\_

Эл. почта (E-mail) \_\_\_\_\_

### 3. Указания моему доверенному лицу (Instructions to my Health Care Representative)

ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ДАТЬ СВОЕМУ ДОВЕРЕННОМУ ЛИЦУ УКАЗАНИЯ ПО ПОВОДУ РЕШЕНИЙ О СВОЕМ МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ, ВПИШИТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ В ПРОПУСКЕ ПЕРЕД ОДНИМ ИЗ ТРЕХ ЗАЯВЛЕНИЙ НИЖЕ: (IF YOU WISH TO GIVE INSTRUCTIONS TO YOUR HEALTH CARE REPRESENTATIVE ABOUT YOUR HEALTH CARE DECISIONS, INITIAL ONE OF THE FOLLOWING THREE STATEMENTS:)

\_\_\_\_\_ Мое доверенное лицо обязано в разумных пределах следовать моим указаниям.  
(To the extent appropriate, my health care representative must follow my instructions.)

\_\_\_\_\_ Принимая решения о моем медицинском обслуживании, мое доверенное лицо должно руководствоваться моими указаниями. (My instructions are guidelines for my health care representative to consider when making decisions about my care.)

\_\_\_\_\_ Прочие указания (Other instructions) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4. Указания по медицинской помощи в конце жизни (Directions Regarding My End of Life Care)

Заполняя данный раздел, учтите следующее: (In filling out these directions, keep the following in mind)

- Формулировка «если это порекомендует мой поставщик медицинского обслуживания» означает, что вы поручаете врачу подключить вас к аппаратам жизнеобеспечения, если он сочтет, что это может вам помочь, и отключить от аппаратов, если врач решит, что они не облегчают ваше медицинское состояние или симптомы. (The term “as my health care provider recommends” means that you want your health care provider to use life support if your health care provider believes it could be helpful, and that you want your health care provider to discontinue life support if your health care provider believes it is not helping your health condition or symptoms.)
- Термин «аппараты жизнеобеспечения» означает медицинские методы поддержания жизни путем замены, восстановления или поддержания жизненных функций организма. (The term “life support” means any medical treatment that maintains life by sustaining, restoring or replacing a vital function.)
- Термин «искусственное питание» означает внутривенное введение питательных веществ человеку, который не может есть и пить сам. (The term “tube feeding” means artificially administered food and water.)
- Отказываясь от искусственного питания, вы должны понимать, что обычно такой отказ приводит к истощению, обезвоживанию и смерти больного. (If you refuse tube feeding, you should understand that malnutrition, dehydration and death will probably result.)
- Независимо от вашего выбора медицинские работники будут следить за вашим комфортом и гигиеной. (You will receive care for your comfort and cleanliness no matter what choices you make.)

**А. Заявление по поводу медицинской помощи в конце жизни.** Если вы согласны с заявлением ниже, впишите свои инициалы в пропуске перед ним. Если вы это сделаете, то при желании сможете дополнительно указать, в каких случаях вас не следует подключать к аппаратам жизнеобеспечения. **(Statement Regarding End of Life Care.** You may initial the statement below if you agree with it. If you initial the statement you may, but you do not have to, list one or more conditions for which you do not want to receive life support.)

\_\_\_\_\_ Я не хочу, чтобы мою жизнь продлевали с помощью аппаратов жизнеобеспечения. Я также не хочу, чтобы меня подключали к искусственному питанию. Если мой поставщик медицинского обслуживания и еще один компетентный медицинский работник подтвердят, что я нахожусь в одном из перечисленных ниже медицинских состояний, я хочу, чтобы мне позволили умереть естественной смертью. (I do not want my life to be prolonged by life support. I also do not want tube feeding as life support. I want my health care provider to allow me to die naturally if my health care provider and another knowledgeable health care provider confirm I am in any of the medical conditions listed below.)

**Б. Дополнительные указания по поводу медицинской помощи в конце жизни.** Ниже изложены мои пожелания в отношении медицинского обслуживания на случай, если мой поставщик медицинского обслуживания и еще один компетентный медицинский работник подтвердят, что я нахожусь в одном из перечисленных ниже медицинских состояний. **(Additional Directions Regarding End of Life Care.** Here are my desires about my health care if my health care provider and another knowledgeable health care provider confirm that I am in a medical condition described below)

**А. Терминальное состояние.** Если я буду на грани смерти, а аппараты жизнеобеспечения смогут только отсрочить ее, но не спасти меня: **(Close to Death.** If I am close to death and life support would only postpone that moment of my death)

ПОСТАВЬТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ РЯДОМ С ОДНИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВАРИАНТОВ: (INITIAL ONE)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к искусственному питанию. (I want to receive tube feeding.)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к искусственному питанию, только если это порекомендует мой поставщик медицинского обслуживания.  
(I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

\_\_\_\_\_ Я НЕ ХОЧУ, чтобы меня подключали к искусственному питанию. (I DO NOT WANT tube feeding.)

ПОСТАВЬТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ РЯДОМ С ОДНИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВАРИАНТОВ: (INITIAL ONE)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к другим необходимым аппаратам жизнеобеспечения.  
(I want any other life support that may apply.)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к аппаратам жизнеобеспечения, только если это порекомендует мой поставщик медицинского обслуживания.  
(I want life support only as my health care provider recommends.)

\_\_\_\_\_ Я НЕ ХОЧУ, чтобы меня подключали к аппаратам жизнеобеспечения.  
(I DO NOT WANT life support.)

**Б. Запредельная кома.** Если я окажусь в коме и будет крайне маловероятно, что я из нее когда-нибудь выйду: (**Permanently Unconscious.** If I am unconscious and it is very unlikely that I will ever become conscious again)

ПОСТАВЬТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ РЯДОМ С ОДНИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВАРИАНТОВ: (INITIAL ONE)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к искусственному питанию. (I want to receive tube feeding.)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к искусственному питанию, только если это порекомендует мой поставщик медицинского обслуживания.

(I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

\_\_\_\_\_ Я НЕ ХОЧУ, чтобы меня подключали к искусственному питанию. (I DO NOT WANT tube feeding.)

ПОСТАВЬТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ РЯДОМ С ОДНИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВАРИАНТОВ: (INITIAL ONE)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к другим необходимым аппаратам жизнеобеспечения.

(I want any other life support that may apply.)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к аппаратам жизнеобеспечения, только если это порекомендует мой поставщик медицинского обслуживания.

(I want life support only as my health care provider recommends.)

\_\_\_\_\_ Я НЕ ХОЧУ, чтобы меня подключали к аппаратам жизнеобеспечения.

(I DO NOT WANT life support.)

**В. Прогрессирующее заболевание на поздней стадии.** Если я буду страдать от прогрессирующего смертельного заболевания в терминальной стадии и навсегда потеряю способность каким-либо образом общаться, глотать пищу и воду без опасности для жизни, ухаживать за собой, узнавать своих родных и других людей, и будет крайне маловероятно, что мое состояние когда-нибудь значительно улучшится: (**Advanced Progressive Illness.** If I have a progressive illness that will be fatal and is in an advanced stage, and I am consistently and permanently unable to communicate by any means, swallow food and water safely, care for myself and recognize my family and other people, and it is very unlikely that my condition will substantially improve)

ПОСТАВЬТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ РЯДОМ С ОДНИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВАРИАНТОВ: (INITIAL ONE)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к искусственному питанию. (I want to receive tube feeding.)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к искусственному питанию, только если это порекомендует мой поставщик медицинского обслуживания.

(I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

\_\_\_\_\_ Я НЕ ХОЧУ, чтобы меня подключали к искусственному питанию. (I DO NOT WANT tube feeding.)

ПОСТАВЬТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ РЯДОМ С ОДНИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВАРИАНТОВ: (INITIAL ONE)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к другим необходимым аппаратам жизнеобеспечения.

(I want any other life support that may apply.)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к аппаратам жизнеобеспечения, только если это порекомендует мой поставщик медицинского обслуживания.

(I want life support only as my health care provider recommends.)

\_\_\_\_\_ Я НЕ ХОЧУ, чтобы меня подключали к аппаратам жизнеобеспечения.

(I DO NOT WANT life support.)

**Г. Тяжелейшие страдания.** Если аппараты жизнеобеспечения не облегчат мое медицинское состояние и при этом принудят меня испытывать сильные непреходящие боли: (**Extraordinary Suffering.** If life support would not help my medical condition and would make me suffer permanent and severe pain)

ПОСТАВЬТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ РЯДОМ С ОДНИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВАРИАНТОВ: (INITIAL ONE)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к искусственному питанию. (I want to receive tube feeding.)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к искусственному питанию, только если это порекомендует мой поставщик медицинского обслуживания.  
(I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

\_\_\_\_\_ Я НЕ ХОЧУ, чтобы меня подключали к искусственному питанию. (I DO NOT WANT tube feeding.)

ПОСТАВЬТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ РЯДОМ С ОДНИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВАРИАНТОВ: (INITIAL ONE)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к другим необходимым аппаратам жизнеобеспечения.  
(I want any other life support that may apply.)

\_\_\_\_\_ Я хочу, чтобы меня подключили к аппаратам жизнеобеспечения, только если это порекомендует мой поставщик медицинского обслуживания.  
(I want life support only as my health care provider recommends.)

\_\_\_\_\_ Я НЕ ХОЧУ, чтобы меня подключали к аппаратам жизнеобеспечения.  
(I DO NOT WANT life support.)

**В. Дополнительные инструкции.** Вы можете приложить к этой форме дополнительный письменный документ, аудио- или видеозапись с заявлением о ваших ценностях и убеждениях, на основе которых медицинские работники должны будут принимать решения о вашем медицинском обслуживании. Например, вы можете описать, какую судьбу вы бы предпочли, если вдруг окажетесь на грани смерти, в запредельной коме, на терминальной стадии прогрессирующего заболевания или будете испытывать сильные боли, от которых медицина никогда не сможет вас избавить. (**Additional Instructions.** You may attach to this document any writing or recording of your values and beliefs related to health care decisions. These attachments will serve as guidelines for health care providers. Attachments may include a description of what you would like to happen if you are close to death, if you are permanently unconscious, if you have an advanced progressive illness or if you are suffering permanent and severe pain.)

## 5. Моя подпись (My Signature)

Моя подпись (My signature) \_\_\_\_\_ Дата (Date) \_\_\_\_\_

## 6. Свидетели (Witness)

**ЗАПОЛНИТЕ ОДИН ИЗ ПУНКТОВ (А ИЛИ Б) И ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ.  
(COMPLETE EITHER A OR B WHEN YOU SIGN.)**

### **A. НОТАРИАЛЬНОЕ ЗАВЕРЕНИЕ: (NOTARY)**

Штат (State of) \_\_\_\_\_

Округ (County of) \_\_\_\_\_

Подписано или подтверждено в моем присутствии (Signed or attested before me on) \_\_\_\_\_

2(2) \_\_\_\_\_ года гражд. (by) \_\_\_\_\_

---

ПУБЛИЧНЫЙ НОТАРИУС – ШТАТ ОРЕГОН (NOTARY PUBLIC – STATE OF OREGON)

### **Б. ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ (WITNESS DECLARATION)**

Я лично знаю человека, который заполнил эту форму, или видел(а) его удостоверение личности. Я подтверждаю, что этот человек в моем присутствии подписал эту форму или подтвердил, что подпись на ней принадлежит ему. Насколько я могу судить, этот человек понимает назначение данного документа, последствия его подписания и не находится под принуждением. Кроме того, я не являюсь ни основным, ни альтернативным доверенным лицом этого человека. Я также не являюсь ни его лечащим врачом, ни медицинским работником, осуществляющим уход за ним. (The person completing this form is personally known to me or has provided proof of identity, has signed or acknowledged the person's signature on the document in my presence and appears to be not under duress and to understand the purpose and effect of this form. In addition, I am not the person's health care representative or alternative health care representative, and I am not the person's attending health care provider.)

Полное имя свидетеля (печатными буквами) (Witness Name (print)) \_\_\_\_\_

Подпись (Signature) \_\_\_\_\_ Дата (Date) \_\_\_\_\_

Полное имя свидетеля (печатными буквами) (Witness Name (print)) \_\_\_\_\_

Подпись (Signature) \_\_\_\_\_ Дата (Date) \_\_\_\_\_

## 7. Согласие моего доверенного лица (Acceptance by my Health Care Representative)

Я соглашаюсь взять на себя обязанности доверенного лица.  
(I accept this appointment and agree to serve as health care representative.)

ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО (HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Имя и фамилия (печатными буквами) (Printed name) \_\_\_\_\_

Подпись или другое подтверждение согласия (Signature or other verification of acceptance) \_\_\_\_\_

Дата (Date) \_\_\_\_\_

ПЕРВОЕ АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО (FIRST ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Имя и фамилия (печатными буквами) (Printed name) \_\_\_\_\_

Подпись или другое подтверждение согласия (Signature or other verification of acceptance) \_\_\_\_\_

Дата (Date) \_\_\_\_\_

ВТОРОЕ АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО (SECOND ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Имя и фамилия (печатными буквами) (Printed name) \_\_\_\_\_

Подпись или другое подтверждение согласия (Signature or other verification of acceptance) \_\_\_\_\_

Дата (Date) \_\_\_\_\_