

Персональная Директива

Краткая форма: инструкции и документ

Персональная Директива - это личный документ, не имеющий обязательной юридической силы в штате Массачусетс, в котором Вы предоставляете своему доверенному лицу по здравоохранению («Агенту»), семье, врачам и медицинскому персоналу информацию о том, что для Вас важно, и инструкции о том типе медицинского лечения, который Вы хотите и не хотите получать. Ваша Персональная Директива действует как Ваш голос, когда Вы не можете общаться или принимать решения относительно медицинского вмешательства.

- Если Вы выбрали Агента в Доверенности на Медицинское Обслуживание, Ваш Агент использует Вашу Персональную Директиву в качестве основы для принятия решений от Вашего имени о медицинском вмешательстве и для обсуждения Вашего лечения с другими.
- Если Вы еще не выбрали Агента, Ваша Персональная Директива дает важную информацию Вашей семье, врачам и медицинским сотрудникам, которая должна помочь им осуществлять качественный уход в соответствии с Вашими ценностями и предпочтениями.

Инструкции: Распечатайте этот документ и положите перед собой страницу с инструкциями и бланк рядом друг с другом. Следуйте инструкциям и напишите, что Вы хотите, чтобы другие знали о Ваших ценностях, убеждениях, целях и предпочтениях. Если Вам понадобится больше места, продолжите на обратной стороне. Вы можете вносить изменения в любое время пока Вы остаетесь компетентны.

В первой строке укажите **печатными буквами** свое полное имя в отведенном месте, а затем свой адрес. Отметьте галочкой соответствующий квадрат, относящийся к Вашему агенту (выбрал или не выбрал). Если у Вас есть Доверенность на Медицинское Обслуживание, Вы можете приложить ее к этому документу.

I. Мои Личные Предпочтения, Мысли и Убеждения

- Опишите, что для Вас наиболее важно (семья, друзья, работа, вера, деятельность...)
- Опишите все, что Вам нравится, чтобы помочь персоналу осуществлять качественный уход за Вами в соответствии с Вашими ценностями и предпочтениями.
- Добавьте информацию, которая поможет другим управлять Вашими личными делами, пока Вы находитесь на лечении или на более длительный срок.

II. Кому сообщить о Моем Выборе и Предпочтениях

- Перечислите имена членов семьи, друзей и других людей, которых Вы хотели бы оповестить, и чем они могут помочь.

III. Мое Лечение: Мой Выбор и Предпочтения в Лечение

- Текущее состояние здоровья: поделитесь информацией и Вашими предпочтениями по лечению.
- Поддерживающие Жизнь Методы Воздействия: Сердечно-легочная реанимация (CPR), искусственная вентиляция и дыхание, а также искусственное введение жидкости и питания - это процедуры, предназначенные для продления жизни путем поддержания жизненно важных функций организма, когда организм не способен функционировать самостоятельно.
- Обсудите с Вашими врачами риск, преимущества и возможные результаты такого вмешательства с учетом Вашего состояния здоровья. Отметьте галочкой или напишите в Ваших инструкциях.

IV. Другая Информация, Инструкции и Личные Сообщения:

- Напишите (на дополнительных страницах) информацию об уходе за Вами, инструкции по управлению Вашими личными делами, по уходу за домашними животными или личные сообщения для передачи другим.

V. ПОДПИСЬ и ДАТА:

- Подпишите свое полное имя и поставьте дату подписи (число, месяц, год). Вы можете пересмотреть или подтвердить этот документ.

Важно: сохраните оригинал и передайте копии своему Агенту, семье, врачам и всем, кому Вы пожелаете. Вы можете вносить изменения или добавлять информацию на протяжении всей Вашей жизни, пока Вы компетентны. Подробная информация о Персональной Директиве на www.honoringchoicesmass.com

Персональная Директива

Я, _____, проживающий (ая) _____, даю эту Директиву моему Агенту по Медицинскому Обслуживанию (Агенту), семье, друзьям, врачам и медицинскому персоналу, чтобы сообщить о моем выборе и предпочтениях по медицинскому уходу.

☐ Я выбрал(а) Агента в Доверенности на Медицинское Обслуживание. Имя и контактная информация Моего агента:

☐ Я не выбрал(а) Агента по уходу в Доверенности на Медицинское Обслуживание.

I. Мои Личные Предпочтения, Мысли и Убеждения

1. Вот что наиболее важно для меня, и что делает мою жизнь имеющей смысл:

2. Если я заболею или получу травму, и полного выздоровления не ожидается, вот как я определяю хорошее качество жизни. Я хотел(а) бы иметь возможность:

3. Вот мои личные ценности, мои религиозные или духовные убеждения, а также мои культурные нормы и традиции, которые следует учитывать при принятии решений о помощи мне:

4. Что меня больше всего беспокоит в случае болезни или травмы и что поможет уменьшить мое беспокойство:

5. Если я серьезно заболею или получу травму, и полного выздоровления или сознательного состояния не ожидается, вот мои соображения о продлении моей жизни и о том, какие методы медицинского вмешательства для меня приемлемы и неприемлемы:

6. Мое представление о спокойном уходе из жизни:

II. Кому сообщить о Моем Выборе и Предпочтениях:

Список людей, которым необходимо сообщить (семья, друзья, священнослужители, адвокаты, врачи), их контактная информация, а также роль или действия, которые я хотел бы отвести каждому из них:

III. Мое Лечение: Мой Выбор и Предпочтения в Лечение

A. Состояние моего здоровья на настоящий момент

Вот информация о моем нынешнем заболевании, мои предпочтения в отношении лекарств, клиницистов, лечебных учреждений или желаемого или нежелаемого ухода:

B. Методы Поддержания Жизни

1. Сердечно-легочная реанимация (CPR) - это процедура, используемая для возобновления сердцебиения и дыхания в случае их прекращения. Я выбираю следующее:

- ☐ Я не хочу попытки CPR, а предпочитаю естественную смерть с помощью мер комфорта;
 - ☐ Я хочу сделать CPR, если только мой врач не установит одно из следующего: • У меня неизлечимая болезнь или необратимая травма, и я умираю • У меня нет разумных шансов на выживание, если мое сердце и дыхание остановятся • У меня мало шансов на длительное выживание в случае остановки сердцебиения и дыхания, и процесс реанимации будет сопровождаться значительными страданиями;
 - ☐ Я хочу сделать CPR в случае остановки моего сердца и дыхания;
 - ☐ В настоящее время я не знаю и полагаюсь в решении об уходе на моего Медицинского Агента.
-

2. Методы Продления Моей Жизни

Если я достигну состояния, не предполагающего выздоровления и способности осознавать кто я, вот мой выбор и предпочтения в отношении поддерживающего жизнь лечения:

- ☐ Я хочу не применять или прекратить все поддерживающие и продлевающие жизнь методы лечения и дать мне возможность естественно умереть. Я понимаю, что буду продолжать получать создающие комфорт и обезболивающие лекарства;
 - ☐ Я хочу, чтобы все соответствующие поддерживающие жизнь методы лечения были краткосрочными в соответствии с рекомендациями моего врача, пока мой врач и Агент не согласятся с тем, что такое лечение больше не помогает;
 - ☐ Я хочу, чтобы все соответствующие поддерживающие жизнь методы лечения были рекомендованы моим врачом;
 - ☐ В настоящее время я не знаю и полагаюсь в решении об уходе на моего Медицинского Агента.
-

IV. Другая Информация, Инструкции и Личные Сообщения:

V. ПОДПИСЬ и ДАТА:

Я подписываю эту Персональную Директиву после тщательного обдумывания моего выбора и предпочтений по уходу. Я понимаю, что смогу пересматривать и подтверждать мои решения на протяжении всей моей жизни, пока я нахожусь в состоянии полного сознания.

ПОДПИСАНО: _____ ДАТА: _____

Пересмотрено и подтверждено _____ ДАТА: _____

Personal Directive

I, _____, residing at _____, write this directive for my Health Care Agent (Agent), family, friends, doctors and care providers to inform you of my choices and preferences for care.

☐ I have chosen a Health Care Agent in a Health Care Proxy. My Agent's Name & Contact Information is:

☐ I have not chosen a Health Care Agent in a Health Care Proxy.

I. My Personal Preferences, Thoughts and Beliefs

1. Here's what is most important to me, and the things that make my life worth living:

2. If I become ill or injured and I am expected to recover, possibly to a lesser degree, here's how I define having a good quality of life. I'd like to be able to:

3. Here are my personal values, my religious or spiritual beliefs, and my cultural norms and traditions to consider when making decisions about my care (list here if any):

4. Here's what worries me most about being ill or injured; here's what would help lessen my worry:

5. If I become seriously ill or injured and I am not expected to recover and regain the ability to know who I am, here are my thoughts about prolonging my life and what treatments are acceptable and not acceptable to me:

6. Here are my thoughts about what a peaceful death looks like to me:

II. People to Inform about My Choices and Preferences

Here's a list of people to inform (i.e. family, friends, clergy, attorneys, care providers) their contact information, and the role or action I'd like each to take (if any):

III. My Medical Care: My Choices and Treatment Preferences

A. My Current Medical Condition

Here's information about my specific medical condition. Here are my preferences for medications, clinicians, treatment facilities or other care I want or do not want (if any):

B. Life-Sustaining Treatments

1. Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) is a medical treatment used to restart the heartbeat and breathing when the heartbeat and breathing have stopped. My choices are:

- ☐ I do not want CPR attempted but rather, I want to allow a natural death with comfort measures;
 - ☐ I want CPR attempted unless my doctor determines any of the following: • I have an incurable illness or irreversible injury and am dying • I have no reasonable chance of survival if my heartbeat and breathing stop • I have little chance of long-term survival if my heartbeat and breathing stop and the process of resuscitation would cause significant suffering;
 - ☐ I want CPR attempted if my heartbeat and breathing stop;
 - ☐ I do not know at this time and rely on my Health Care Agent to make care decisions.
-
-

2. Treatments to Prolong My Life

If I reach a point where I am not expected to recover and regain the ability to know who I am, here are my choices and preferences for life-sustaining treatment:

- ☐ I want to withhold or stop all life-sustaining treatments that are prolonging my life and permit a natural death. I understand I will continue to receive pain & comfort medicines;
 - ☐ I want all appropriate life-sustaining treatments for a short term as recommended by my doctor, until my doctor and Agent agree that such treatments are no longer helpful;
 - ☐ I want all appropriate life-sustaining treatments recommended by my doctor;
 - ☐ I do not know at this time and rely on my Health Care Agent to make care decisions.
-
-

IV. Other Instructions, Information and Personal Messages

V. Signature and Date

I sign this Personal Directive after giving much thought to my choices and preferences for care.

I understand I can revise, review and affirm my decisions all through my life as long as I am competent.

SIGNED: _____ Date: _____

Reviewed and Reaffirmed _____ Date: _____