



Планирование В ВОПРОСАХ ПОДДЕРЖАНИЯ ЖИЗНИ И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

мои ценности, мои предпочтения, мое медицинское
обслуживание

kr.org/lifecareplan (на английском языке)



Планирование В ВОПРОСАХ ПОДДЕРЖАНИЯ ЖИЗНИ И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

мои ценности, мои предпочтения, мое медицинское обслуживание

Полное имя (Full name): _____

Номер медицинской карты (Medical record number): _____

Введение (Introduction)

Спасибо, что нашли время ознакомиться с этим документом и заполнить форму заблаговременных распоряжений о медицинском обслуживании. Компания Kaiser Permanente уверена, что это важный первый шаг планирования в вопросах поддержания жизни и медицинского обслуживания.

Заполнив этот документ, вы дадите вашей лечащей бригаде возможность узнать о ваших ценностях и предпочтениях в отношении медицинского обслуживания, а также укажете, кого вы хотите назначить своим представителем в случае, если сами не сможете говорить.

Эти заблаговременные распоряжения о медицинском обслуживании заменят любые заблаговременные распоряжения о медицинском обслуживании, оформленные вами ранее.

Если в будущем вы пожелаете отменить назначение представителя по вопросам медицинского обслуживания или заменить его, это должно быть сделано в письменном виде с вашей подписью либо вы можете сообщить об этом своему поставщику услуг здравоохранения лично.

Если у вас есть вопросы, касающиеся заполнения этого документа, вы можете обратиться за помощью, используя указанные ниже способы.



Онлайн: kp.org/lifecareplan.



Учебные занятия: занятия по заблаговременному планированию медицинского обслуживания проводятся отделом заботы о здоровье и здорового образа жизни, позвоните по бесплатному номеру 1-866-301-3866.



Чтобы поговорить со специалистом, обратитесь к нашим консультантам по здоровью по бесплатному номеру 1-866-301-3866.

Заблаговременные распоряжения о медицинском обслуживании, штат Орегон (Oregon Advance Directive for Health Care)

Эта форма заблаговременных распоряжений дает вам возможность:

- сообщить о своих ценностях, убеждениях, целях и пожеланиях, связанных с медицинским обслуживанием, на случай, если вы не сможете сделать это сами;
- указать человека, который будет принимать решения о вашем медицинском обслуживании, если вы будете не в состоянии делать это сами. Такой человек называется представителем по вопросам медицинского обслуживания. Он должен согласиться действовать в этом качестве.

Обязательно обсудите свои заблаговременные распоряжения и свои пожелания со своим представителем по вопросам медицинского обслуживания. Это позволит ему принимать решения, соответствующие вашим пожеланиям. Рекомендуется заполнить эту форму полностью.

Форму Oregon Advance Directive for Health Care (Заблаговременные распоряжения о медицинском обслуживании, штат Орегон) и руководство Your Guide to the Oregon Advance Directive (Руководство по составлению заблаговременных распоряжений о медицинском обслуживании) можно найти на сайте Oregon Health Authority (Управление здравоохранения штата Орегон).

- В разделах 1, 2, 5, 6 и 7 вы назначите представителя по вопросам медицинского обслуживания.
- В разделах 3 и 4 вы дадите указания относительно своего медицинского обслуживания.

Форма заблаговременных распоряжений позволяет вам высказать свои предпочтения в отношении медицинского обслуживания. Этот документ отличается от действительных за пределами выдавшего учреждения распоряжений врача относительно мер по поддержанию жизни (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) в соответствии со Сводом законов штата Орегон с дополнениями и изменениями (Oregon Revised Statutes, ORS) п. 127.663. Узнать больше о POLST можно в руководстве Your Guide to the Oregon Advance Directive.

Эта форма может использоваться в штате Орегон для назначения лица, которое будет принимать решения относительно вашего медицинского обслуживания, если вы не сможете делать этого самостоятельно из-за болезни или по другой причине. Это лицо называется представителем по вопросам медицинского обслуживания. Если в момент, когда из-за болезни вы будете не в состоянии принимать такие решения самостоятельно, у вас не будет назначенного представителя по вопросам медицинского обслуживания, его назначат за вас в соответствии с порядком, указанным в ORS 127.635 (2). Это лицо сможет принимать решения об отказе от мер по поддержанию жизни или об их прекращении, только если вы будете соответствовать критериям, указанным в ORS 127.635 (1).

С помощью данной формы вы также можете сообщить о своих ценностях и убеждениях в отношении решений и предпочтений в вопросах медицинского обслуживания.

Если раньше вы уже оформляли заблаговременные распоряжения о медицинском обслуживании, эти новые заблаговременные распоряжения о принятии медицинских решений их заменят.

Чтобы эта форма вступила в силу, вам необходимо ее подписать. Ее также должны заверить два свидетеля или нотариус. Назначение представителя по вопросам медицинского обслуживания вступит в силу только после того, как представитель по вопросам медицинского обслуживания его примет.

Если в подписанных вами заблаговременных распоряжениях о медицинском обслуживании содержатся указания относительно отключения устройств поддержания жизнедеятельности или питания через зонд, то вы в любой момент вправе их аннулировать, выразив любым возможным способом свое желание это сделать.

Во всех остальных случаях до тех пор, пока вы будете в состоянии принимать медицинские решения, вы имеете право в любое время и любым способом аннулировать заблаговременные распоряжения.

Тип документа: заблаговременные распоряжения (Document type: Advance Directive)

Полное имя (Full name): _____ Номер медицинской карты (Medical record number): _____

1. Сведения обо мне *(About me)*

Имя, второе имя / отчество, фамилия *(Name (first, middle, last))*: _____

Дата рождения *(Date of birth)*: _____ Номер медицинской карты *(Medical record number)*: _____

Домашний телефон *(Home phone)*: _____ Мобильный телефон *(Cell phone)*: _____

Рабочий телефон *(Work phone)*: _____ Электронная почта *(Email)*: _____

Почтовый адрес *(Mailing address)*: _____

2. Мои представители по вопросам медицинского обслуживания *(My health care representatives)*

Я выбираю нижеуказанное лицо в качестве своего представителя по вопросам медицинского обслуживания, который будет принимать медицинские решения за меня в случае, если я не смогу представлять свои интересы самостоятельно.

Основной представитель по вопросам медицинского обслуживания *(Primary health care representative)*

Имя, второе имя / отчество, фамилия *(Name (first, middle, last))*: _____

Кем приходится *(Relationship)*: _____

Домашний телефон *(Home phone)*: _____ Мобильный телефон *(Cell phone)*: _____

Рабочий телефон *(Work phone)*: _____ Электронная почта *(Email)*: _____

Почтовый адрес *(Mailing address)*: _____

Я выбираю указанных ниже лиц в качестве своих альтернативных представителей по вопросам медицинского обслуживания на случай, если мой основной представитель не сможет принимать решения относительно моего медицинского обслуживания или если я аннулирую назначение первого представителя по вопросам медицинского обслуживания.

Первый альтернативный представитель по вопросам медицинского обслуживания

(First alternate health care representative)

Имя, второе имя / отчество, фамилия *(Name (first, middle, last))*: _____

Кем приходится *(Relationship)*: _____

Домашний телефон *(Home phone)*: _____ Мобильный телефон *(Cell phone)*: _____

Рабочий телефон *(Work phone)*: _____ Электронная почта *(Email)*: _____

Почтовый адрес *(Mailing address)*: _____

Второй альтернативный представитель по вопросам медицинского обслуживания

(Second alternate health care representative)

Имя, второе имя / отчество, фамилия *(Name (first, middle, last))*: _____

Кем приходится *(Relationship)*: _____

Домашний телефон *(Home phone)*: _____ Мобильный телефон *(Cell phone)*: _____

Рабочий телефон *(Work phone)*: _____ Электронная почта *(Email)*: _____

Почтовый адрес *(Mailing address)*: _____

Тип документа: **заблаговременные распоряжения** *(Document type: Advance Directive)*

Полное имя *(Full name)*: _____ Номер медицинской карты *(Medical record number)*: _____

3. Указания относительно моего медицинского обслуживания *(My health care instructions)*

В этом разделе вы можете высказать свои пожелания, ценности и цели, связанные с медицинским обслуживанием. Ваши указания станут ориентиром для вашего представителя по вопросам медицинского обслуживания и поставщиков услуг здравоохранения.

Вы можете предоставить указания относительно своего медицинского обслуживания, сделав выбор ниже. Это важно даже в том случае, если вы не выберете представителя по вопросам медицинского обслуживания или с ним не удастся связаться.

A. Решения по поводу медицинского обслуживания *(My health care decisions)*

Ниже представлены три ситуации, в отношении которых вы можете высказать свои пожелания. Они помогут вам понять, какого рода решения о поддержании жизни могут потребоваться от вашего представителя по вопросам медицинского обслуживания. В каждом случае выберите один вариант, который наиболее точно соответствует вашим пожеланиям.

a. Терминальное состояние *(Terminal condition)*

Это мои пожелания на случай ситуации, в которой будут выполнены следующие условия.

- У меня неизлечимое или необратимое заболевание.

И

- Мои поставщики услуг здравоохранения считают, что заболевание приведет к смерти в течение шести месяцев вне зависимости от какого-либо лечения.

Поставьте инициалы напротив только одного пункта *(Initial one option only)*

<input type="checkbox"/>	Я хочу, чтобы для поддержания моей жизни использовались все доступные методы, включая искусственное кормление и восполнение жидкости с помощью питательных трубок и внутривенного введения жидкостей, диализ почек и искусственную вентиляцию легких. <i>(I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines.)</i>
<input type="checkbox"/>	Я хочу, чтобы для поддержания моей жизни использовалось искусственное кормление и восполнение жидкости с использованием питающих трубок и внутривенного введения жидкостей. Я не хочу, чтобы использовались другие методы поддержания жизни, такие как диализ почек и искусственная вентиляция легких. <i>(I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids. I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines.)</i>
<input type="checkbox"/>	Я не хочу, чтобы использовались методы искусственного поддержания моей жизни, включая искусственное кормление и восполнение жидкости с помощью питающих трубок и внутривенного введения жидкостей, диализ почек и искусственную вентиляцию легких. Я хочу, чтобы мне было комфортно и у меня была возможность умереть естественным образом. <i>(I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines. I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally.)</i>
<input type="checkbox"/>	Я хочу, чтобы мой представитель по вопросам медицинского обслуживания принимал решение за меня после разговора с моими поставщиками услуг здравоохранения, учитывая важные для меня аспекты. Я сообщаю о том, что важно для меня, в разделе B ниже. <i>(I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me. I have expressed what matters to me in section B below.)</i>

b. Поздняя стадия прогрессирующего заболевания *(Advanced progressive illness)*

Это мои пожелания на случай ситуации, в которой будут выполнены следующие условия.

- Мое заболевание достигло поздней стадии.

И

- Мои поставщики услуг здравоохранения считают, что мое состояние не улучшится, а с большой вероятностью будет ухудшаться и в конечном итоге приведет к смерти.

Тип документа: **заблаговременные распоряжения** *(Document type: Advance Directive)*

Полное имя *(Full name)*: _____ Номер медицинской карты *(Medical record number)*: _____

И

- Мои поставщики услуг здравоохранения считают, что я никогда не смогу:
 - общаться;
 - безопасно проглатывать пищу и воду;
 - ухаживать за собой;
 - узнавать членов семьи и других людей.

Поставьте инициалы напротив только одного пункта *(Initial one option only)*

<input type="checkbox"/>	Я хочу, чтобы для поддержания моей жизни использовались все доступные методы, включая искусственное кормление и восполнение жидкости с помощью питательных трубок и внутривенного введения жидкостей, диализ почек и искусственную вентиляцию легких. <i>(I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines.)</i>
<input type="checkbox"/>	Я хочу, чтобы для поддержания моей жизни использовалось искусственное кормление и восполнение жидкости с использованием питающих трубок и внутривенного введения жидкостей. Я не хочу, чтобы использовались другие методы поддержания жизни, такие как диализ почек и искусственная вентиляция легких. <i>(I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids. I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines.)</i>
<input type="checkbox"/>	Я не хочу, чтобы использовались методы искусственного поддержания моей жизни, включая искусственное кормление и восполнение жидкости с помощью питающих трубок и внутривенного введения жидкостей, диализ почек и искусственную вентиляцию легких. Я хочу, чтобы мне было комфортно и у меня была возможность умереть естественным образом. <i>(I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines. I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally.)</i>
<input type="checkbox"/>	Я хочу, чтобы мой представитель по вопросам медицинского обслуживания принимал решение за меня после разговора с моими поставщиками услуг здравоохранения, учитывая важные для меня аспекты. Я сообщаю о том, что важно для меня, в разделе В ниже. <i>(I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me. I have expressed what matters to me in section B below.)</i>

с. Постоянное бессознательное состояние *(Permanently unconscious)*

Это мои пожелания на случай ситуации, в которой будут выполнены следующие условия.

- Я нахожусь в бессознательном состоянии.

И

- Мои поставщики услуг здравоохранения считают, что вероятность моего прихода в сознание крайне мала.

Поставьте инициалы напротив только одного пункта *(Initial one option only)*

<input type="checkbox"/>	Я хочу, чтобы для поддержания моей жизни использовались все доступные методы, включая искусственное кормление и восполнение жидкости с помощью питательных трубок и внутривенного введения жидкостей, диализ почек и искусственную вентиляцию легких. <i>(I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines.)</i>
<input type="checkbox"/>	Я хочу, чтобы для поддержания моей жизни использовалось искусственное кормление и восполнение жидкости с использованием питающих трубок и внутривенного введения жидкостей. Я не хочу, чтобы использовались другие методы поддержания жизни, такие как диализ почек и искусственная вентиляция легких. <i>(I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids. I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines.)</i>
<input type="checkbox"/>	Я не хочу, чтобы использовались методы искусственного поддержания моей жизни, включая искусственное кормление и восполнение жидкости с помощью питающих трубок и внутривенного введения жидкостей, диализ почек и искусственную вентиляцию легких. Я хочу, чтобы мне было комфортно и у меня была возможность умереть естественным образом. <i>(I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines. I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally.)</i>
<input type="checkbox"/>	Я хочу, чтобы мой представитель по вопросам медицинского обслуживания принимал решение за меня после разговора с моими поставщиками услуг здравоохранения, учитывая важные для меня аспекты. Я сообщаю о том, что важно для меня, в разделе В ниже. <i>(I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me. I have expressed what matters to me in section B below.)</i>

Тип документа: **заблаговременные распоряжения** *(Document type: Advance Directive)*

Полное имя *(Full name)*: _____ Номер медицинской карты *(Medical record number)*: _____

В поле ниже или на дополнительных приложенных страницах вы можете рассказать подробнее о том, какого лечения вы хотите, а какого — нет. (You may write in the space below or attach pages to say more about what kind of care you want or do not want.)

В. Самое важное в жизни для меня (What matters most to me and for me)

Этот раздел применяется лишь в случае, если вы будете в терминальном состоянии, на поздней стадии прогрессирующего заболевания или в постоянном бессознательном состоянии. Если вы хотите использовать этот раздел, здесь вы можете сообщить, что действительно для вас важно. Это поможет вашему представителю по вопросам медицинского обслуживания.

Вам следует знать, что в вопросах моей жизни для меня важно следующее (This is what you should know about what is important to me about my life):

Главными ценностями в моей жизни являются следующее (This is what I value the most about my life):

В отношении моей жизни для меня важно следующее (This is what is important for me about my life):

Я не желаю процедур по поддержанию жизни, если я не смогу делать следующее (I do not want life-sustaining procedures if I can not be supported and be able to engage in the following ways):

Поставьте инициалы напротив всех применимых пунктов (Initial all that apply)	
<input type="checkbox"/>	Выражать свои потребности (Express my needs)
<input type="checkbox"/>	Избавиться от долгосрочной сильной боли и страданий (Be free from long-term severe pain and suffering)
<input type="checkbox"/>	Понимать, кто я и кто находится рядом со мной (Know who I am and who I am with)
<input type="checkbox"/>	Жить без подключения к аппаратуре для поддержания жизненных функций (Live without being hooked up to mechanical life support)
<input type="checkbox"/>	Участвовать в важной для меня деятельности, такой как (Participate in activities that have meaning to me, such as):

Если вы хотите что-то добавить, чтобы помочь своему представителю по вопросам медицинского обслуживания понять, что для вас важнее всего, напишите это здесь.

(Пример: «Я против лечения, если оно приведет к...») (If you want to say more to help your health care representative understand what matters most to you, write it here. (For example: I do not want care if it will result in...))

Тип документа: **заблаговременные распоряжения** (Document type: Advance Directive)

Полное имя (Full name): _____ Номер медицинской карты (Medical record number): _____

С. Духовные убеждения *(My spiritual beliefs)*

Есть ли у вас духовные или религиозные убеждения, о которых вы хотите сообщить своему представителю по вопросам медицинского обслуживания и людям, занимающимся вашим лечением? Речь может идти о ритуалах, таинствах, отказе от переливания препаратов на основе крови и других вещах.

В поле ниже или на дополнительных приложенных страницах вы можете рассказать подробнее о своих духовных или религиозных убеждениях. *(You may write in the space below or attach pages to say more about your spiritual or religious beliefs.)*

4. Дополнительная информация *(More information)*

Воспользуйтесь этим разделом, если хотите предоставить своему представителю по вопросам медицинского обслуживания и поставщикам услуг здравоохранения дополнительную информацию о себе.

А. Жизнь и ценности *(Life and values)*

Ниже вы можете рассказать о своей жизни и ценностях. Это может помочь вашему представителю по вопросам медицинского обслуживания и поставщикам услуг здравоохранения принимать решения о вашем лечении. Речь может идти о семейной истории, взаимодействии с системой здравоохранения, культурных корнях, работе, системе социальной помощи и других вещах.

В поле ниже или на дополнительных приложенных страницах вы можете рассказать подробнее о своей жизни, убеждениях и ценностях. *(You may write in the space below or attach pages to say more about your life, beliefs and values.)*

В. Место получения медицинского обслуживания *(Place of care)*

Если будет возможность выбирать место получения медицинского обслуживания, что бы вы предпочли? Есть ли места, в которых вы хотите или не хотите получать обслуживание? (Речь может идти, например, о больнице, центре сестринского ухода, учреждении психологической и психиатрической помощи, пансионе для взрослых, учреждении для проживания с уходом, вашем доме.)

В поле ниже или на дополнительных приложенных страницах вы можете рассказать подробнее о том, где вы хотите или не хотите получать медицинское обслуживание. *(You may write in the space below or attach pages to say more about where you prefer to receive care or not receive care.)*

Тип документа: заблаговременные распоряжения *(Document type: Advance Directive)*

Полное имя *(Full name)*: _____ Номер медицинской карты *(Medical record number)*: _____

C. Прочее (Other)

Вы можете приложить к этой форме другие документы, которые, как вам кажется, окажутся полезными вашему представителю по вопросам медицинского обслуживания и поставщикам услуг здравоохранения. Эти приложения станут частью ваших заблаговременных распоряжений. В поле ниже вы можете перечислить прилагаемые вами документы. (You may list documents you have attached in the space below.)

D. Информирование других лиц (Inform others)

Вы можете позволить своему представителю по вопросам медицинского обслуживания уполномочить ваших поставщиков услуг здравоохранения обсуждать (в пределах, разрешенных действующими на федеральном уровне и в штате законами о конфиденциальности) состояние вашего здоровья и медицинское обслуживание с людьми, которых вы укажете ниже. Решения о вашем лечении сможет принимать только ваш представитель по вопросам медицинского обслуживания.

Имя, второе имя / отчество, фамилия (Name (first, middle, last)): _____

Кем приходится (Relationship): _____

Домашний телефон (Home phone): _____ Мобильный телефон (Cell phone): _____

Рабочий телефон (Work phone): _____ Электронная почта (Email): _____

Почтовый адрес (Mailing address): _____

5. Моя подпись (My signature)

Моя подпись (My signature): _____

Дата (Date): _____

6. Свидетель (Witness)

При подписании заполните либо пункт А, либо пункт В. (Complete either A or B when you sign.)

A. Нотариус (Notary)

Штат (State of): _____ Округ (County of): _____

Подписано или заверено в моем присутствии _____ (дата (date))

_____ (ИМЯ (name)), нотариус, штат Орегон

Подпись (Signature): _____

Тип документа: заблаговременные распоряжения (Document type: Advance Directive)

Полное имя (Full name): _____ Номер медицинской карты (Medical record number): _____

В. Заявление свидетеля (*Witness declaration*)

Человек, заполнивший данную форму, знаком мне лично или предоставил документ, удостоверяющий личность, подписал или засвидетельствовал подпись лица на данном документе, находясь, на мой взгляд, не под принуждением и понимая цель и смысл этого документа. Кроме того, я не являюсь основным или альтернативным представителем по вопросам медицинского обслуживания этого лица или его поставщиком услуг здравоохранения.

Имя и фамилия свидетеля (печатными буквами)

(*Witness Name (print)*): _____

Подпись (*Signature*): _____

Дата (*Date*): _____

Имя и фамилия свидетеля (печатными буквами)

(*Witness Name (print)*): _____

Подпись (*Signature*): _____

Дата (*Date*): _____

7. Согласие моего представителя по вопросам медицинского обслуживания

(*Acceptance by my health care representative*)

Я принимаю данное назначение и соглашаюсь выступать в качестве представителя по вопросам медицинского обслуживания.

Представитель по вопросам медицинского обслуживания (*Health care representative*):

Имя и фамилия печатными буквами (*Printed name*): _____

Подпись или другое подтверждение согласия

(*Signature or other verification of acceptance*): _____

Дата (*Date*): _____

Первый альтернативный представитель по вопросам медицинского обслуживания

(*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*): _____

**Второй альтернативный представитель по вопросам медицинского обслуживания
(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*): _____

Доступность документа. Для лиц с ограниченными возможностями, а также лиц, говорящих не на английском языке, Управление здравоохранения штата Oregon (Oregon Health Authority, ОНА) может предоставить информацию в альтернативных форматах (включая переводы, с использованием крупного шрифта или шрифта Брайля). Обратитесь в информационный центр по вопросам здравоохранения по номеру 1-971-673-2411 (TTY: 711) или по адресу COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us.

Тип документа: заблаговременные распоряжения (*Document type: Advance Directive*)

Полное имя (*Full name*): _____ Номер медицинской карты (*Medical record number*): _____

Дальнейшие действия

После заполнения формы заблаговременных распоряжений вам следует принять следующие меры.

Обсудите

- Обсудите свои пожелания относительно медицинского обслуживания с человеком, которого вы попросили быть вашим представителем (если вы еще этого не сделали). Убедитесь, что этот человек считает, что способен выполнять эти важные обязанности от вашего имени в будущем.
- Поговорите с остальными членами вашей семьи и близкими друзьями, которые могут находиться рядом, если вы тяжело заболете или будете серьезно травмированы. Поставьте их в известность о том, кто является вашим представителем по вопросам медицинского обслуживания и каковы ваши пожелания.

Раздайте копии

- Предоставьте копии своим представителям по вопросам медицинского обслуживания.
- Дайте копию своей лечащей бригаде.
- Внесите этот документ в свою медицинскую карту.
 - Используйте свою учетную запись на сайте kr.org (на английском языке): откройте раздел медицинских карт и выберите плитку планирования в вопросах поддержания жизни и медицинского обслуживания.
 - Отправьте почтой по адресу: Kaiser Permanente Process Center
Medical Records, Advance Directive
10220 SE Sunnyside Road, Clackamas, OR 97015-9734

Берите с собой

- Если вы отправляетесь в больницу или центр сестринского ухода, возьмите копию ваших заблаговременных распоряжений о медицинском обслуживании и попросите, чтобы ее поместили в вашу медицинскую карту.
- Всегда берите с собой копию этого документа, когда уезжаете из дома на продолжительное время.

Регулярно пересматривайте

- Пересматривайте свои распоряжения при возникновении одной из следующих пяти ситуаций (пять D).
 - Десятилетие (Decade):** по прошествии каждых десяти лет вашей жизни
 - Смерть (Death):** когда умирает кто-то из близких
 - Развод (Divorce):** когда вы разводитесь или происходит другое значительное изменение в семье
 - Диагноз (Diagnosis):** когда вам поставили диагноз тяжелого заболевания
 - Ухудшение здоровья (Decline):** когда ваше здоровье серьезно ухудшится или имеющееся заболевание начнет прогрессировать, особенно если вы не можете жить в одиночестве

Изменение ваших заблаговременных распоряжений о медицинском обслуживании

Если ваши пожелания изменились, заполните новую форму заблаговременных распоряжений о медицинском обслуживании и сообщите об этом своему представителю и членам семьи, а также предоставьте копию Kaiser Permanente.

Тип документа: заблаговременные распоряжения (Document type: Advance Directive)

Полное имя (Full name): _____ Номер медицинской карты (Medical record number): _____

Планирование В ВОПРОСАХ ПОДДЕРЖАНИЯ ЖИЗНИ И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

мои ценности, мои предпочтения,
мое медицинское обслуживание

Нужна дополнительная помощь?
kp.org/lifecareplan

