

**МОЙ ЗАБЛАГОВРЕМЕННЫЙ ПЛАН
МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

Вы и ваши желания — в центре внимания



С помощью этого заблаговременного плана медицинского обслуживания вы можете сообщить о том, что значит для вас качество жизни, и о возможных вариантах на случай, если вы серьезно заболете и не сможете высказать свое мнение.

Он может стать руководством к действию для ваших близких, которые могут столкнуться с необходимостью принимать непростые решения от вашего имени.

Этот план может помочь вам, вашим близким и вашим лечащим врачам понять ваши предпочтения. После заполнения этого плана вы можете заполнить форму распоряжения о порядке оказания медицинской помощи штата Орегон. Эта форма позволяет указать, кому вы хотите поручить принятие решений о медицинском уходе за вами и зафиксировать ваши цели и пожелания по медицинскому обслуживанию.

Рекомендуемые шаги по заполнению вашего заблаговременного распоряжения о порядке оказания медицинской помощи штата Орегон:

1. Прочитайте разъяснительный буклет.
2. Прочитайте и заполните форму «Мой заблаговременный план медицинского обслуживания».
3. Заполните установленную законом форму заблаговременного распоряжения о порядке оказания медицинской помощи штата Орегон.

Если у вас есть вопросы или вам нужна дополнительная помощь, вы можете обратиться к обслуживающему вас медицинскому работнику или в отдел духовного попечительства организации «Сейлем Хелс» (Salem Health) по телефону 503-561-5562.

- **Данный план НЕ является вашим заблаговременным распоряжением о порядке оказания медицинской помощи и НЕ является юридическим документом.**
- Вам нужно заполнить форму заблаговременного распоряжения о порядке оказания медицинской помощи штата Орегон (включенную в данный пакет), которая представляет собой *установленную законом* форму для штата Орегон.
- В данном плане подробно рассматриваются отдельные разделы формы заблаговременного распоряжения о порядке оказания медицинской помощи штата Орегон. Данный план может служить дополнением к пунктам 3b–4b формы заблаговременного распоряжения о порядке оказания медицинской помощи или замещать их **ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ** вы приложите заполненный план к данной форме заблаговременного распоряжения.
- Заполненная форма плана может дополнять или замещать эти пункты. Приложите данный план к вашей форме заблаговременного распоряжения о порядке оказания медицинской помощи и упомяните его в разделе 4, часть С: «Другое».

Ф.И.О.: _____

Дата рождения: _____

Мой заблаговременный план медицинского обслуживания

Выберите нужные варианты и/или заполните поля ниже, которые соответствуют вашим целям и ценностям. Неправильных ответов здесь быть не может.

Надеемся, что приведенные ниже утверждения помогут вам понять специфику ситуаций, с которыми вы можете столкнуться, если серьезно заболете, не сможете высказать свое мнение и будете иметь мало шансов на восстановление. Подумайте, что для вас важнее всего в жизни. Данные утверждения помогут вашему представителю по вопросам медицинского обслуживания и медицинской бригаде обеспечить максимально эффективный уход за ВАМИ.

Определение качества жизни

Если обслуживающие меня медицинские работники придут к мнению о том, что мое состояние вряд ли улучшится, хочу ли я, чтобы они постарались продлить мою жизнь...

А. ОБЩЕНИЕ

Если я потеряю способность четко мыслить, чтобы принимать повседневные решения?

Продлить Не продлить Не уверен

Если я не смогу общаться в устной форме?

Продлить Не продлить Не уверен

Если я не смогу общаться при помощи письма?

Продлить Не продлить Не уверен

Если я не смогу поддерживать осмысленную беседу?

Продлить Не продлить Не уверен

Если я не буду узнавать членов своей семьи и друзей?

Продлить Не продлить Не уверен

Если обслуживающие меня медицинские работники придут к мнению о том, что мое состояние вряд ли улучшится, хочу ли я, чтобы они постарались продлить мою жизнь...

В. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ

Если я не смогу самостоятельно ходить?

Продлять Не продлять Не уверен

Если я не смогу самостоятельно передвигаться? (вставать с постели, пересаживаться из кресла на унитаз и т. д.)

Продлять Не продлять Не уверен

Если я не смогу самостоятельно принимать пищу?

Продлять Не продлять Не уверен

Если я не смогу самостоятельно одеваться?

Продлять Не продлять Не уверен

Если я не смогу самостоятельно мыться?

Продлять Не продлять Не уверен

Если я не смогу самостоятельно посещать туалет?

Продлять Не продлять Не уверен

Если я не смогу самостоятельно соблюдать интимную гигиену?

Продлять Не продлять Не уверен

Я НЕ хочу искусственного продления своей жизни, если не смогу совершать следующие действия:

Если обслуживающие меня медицинские работники придут к мнению о том, что мое состояние вряд ли улучшится, хочу ли я, чтобы они постарались продлить мою жизнь...

С. ПРОЖИВАНИЕ

Если мне придется проводить в больнице больше времени, чем дома

Продлять Не продлять Не уверен

Если я не смогу жить самостоятельно и мне придется жить в медицинском учреждении?

Продлять Не продлять Не уверен

Я готов(-а) жить в медицинском учреждении на протяжении:

Дней Недель Месяцев

Более 6 месяцев Лет Остаток жизни

Религия / духовные потребности / вера

Религиозная традиция и/или духовное сообщество, с которым я себя ассоциирую, это (вероисповедание, духовная практика и т.п.) _____

Контактные данные конкретного сообщества: _____

При уходе за мной важно знать мои привычки, связанные с религией/духовной жизнью/вероисповеданием, а именно:

Ценности и убеждения, на основе которых я принимаю решения: _____

Культура

В плане культуры я определяю себя как _____

При уходе за мной важно знать мои убеждения/привычки, связанные с культурной стороной жизни, а именно:



Последние желания перед уходом из жизни

В конце моего жизненного пути перед смертью я хочу...

Видеть у своей постели важных для меня людей.

Да Нет Не уверен

Если да, я бы хотел(-а), чтобы эти люди у моей постели: _____

Играли музыку.

Да Нет Не уверен

Моя любимая музыка: _____

Мои предпочтения, а именно: _____

Для меня более важен мой комфорт по сравнению с продлением жизни ИЛИ продление жизни по сравнению с моим комфортом. Выберите один вариант:

- Более важен мой комфорт по сравнению с продлением жизни
 Более важно продление жизни по сравнению с моим комфортом

Если у меня будет выбор, я согласен получать паллиативную помощь (поставьте все подходящие варианты):

Дома В медицинском учреждении В больнице

Другое: _____

После моей смерти

После своей смерти я хочу...

Чтобы меня похоронили.

Да Нет Не уверен

Где: _____

Чтобы меня кремировали.

Да Нет Не уверен

Что я бы хотел(-а), чтобы сделали с моим пеплом: _____

Выбранное мной похоронное бюро: _____

Контактные данные: _____



После своей смерти я хочу...

ДОНОРСТВО ОРГАНОВ

Я хочу пожертвовать свои органы, глаза и/или ткани для спасения жизней и лечения других людей.

Да Нет Не уверен

Если вы заинтересованы в донорстве органов после смерти, то можете заявить о своем статусе донора при получении или продлении действия водительского удостоверения и путем регистрации в реестре доноров организации «Донейт Лайф Нортвест» (Donate Life Northwest) (donatelifenw.org).

ЗАВЕЩАНИЕ ТЕЛА

Я завещаю свое тело науке.

Да Нет Не уверен

Если вы заинтересованы в том, чтобы после смерти завещать свое тело науке, вы можете изучить информацию здесь:

Программа завещания тела Орегонского университета здоровья и науки
ohsu.edu/body-donation

Программа завещания тела Западного университета здоровья и науки
westernu.edu/body-donation-program

Завещание тела для образования
educationalbodydonation.org

ПОДПИСЬ

Я заполнил(а) этот план, чтобы оставить свои пожелания насчёт медицинского ухода в случае неизлечимого состояния, и желаю, чтобы мой(-и) представитель(-и) по медицинскому обслуживанию учитывал(и) данные желания во время принятия касающихся меня медицинских решений.

Подпись: _____

Дата заполнения: _____

