



Доверенность на принятие медицинских решений штата Миннесота

(Minnesota Health Care Directive)

- **Данный документ заменяет собой любые предыдущие доверенности на принятие медицинских решений.** *(This document replaces any health care directive made before this one.)*
- Данный документ не распространяется на электрошоковую терапию и нейролептические препараты для лечения психических заболеваний. *(This document doesn't apply to electroconvulsive therapy or neuroleptic medications for mental illness.)*
- После заполнения я предоставляю копии своим агентам по принятию медицинских решений и врачебным коллективам. *(I will give copies to my health care agents and health care teams when completed.)*
- Я составлю новую доверенность на принятие медицинских решений, если мои агенты, цели, предпочтения или инструкции изменятся. *(I will make a new health care directive if my agents, goals, preferences, or instructions change.)*

Меня зовут (полное имя) (Full Name) _____

Мой адрес (Address) _____

Я родился(-ась) (Date of Birth) _____ **Домашний телефон (Home #)** _____

Мой мобильный телефон (Cell #) _____ **Рабочий телефон (Work #)** _____

Мои агенты по принятию медицинских решений

(My Health Care Agents)

Мой агент по принятию медицинских решений будет действовать от моего имени, если я не смогу принимать медицинские решения самостоятельно. Я предоставляю своему агенту полномочия **быть моим защитником, следовать моим инструкциям и принимать решения исходя из моих пожеланий.** Мои агенты старше 18 лет. Ниже я излагаю причину, по которой назначаю агентом своего врача.

*(My health care agent is my voice if I can't make health care decisions for myself. I trust my agent to **be my advocate, to follow my instructions and to make decisions based on what I would want.** My agents are at least 18 years old. If I chose my health care provider to be an agent, I have given my reason below.)*

Агент по принятию медицинских решений (Health Care Agent)

Ф.И.О. (Name) _____

Адрес (Address) _____

Мобильный телефон (Cell #) _____ **Домашний телефон (Home #)** _____

Рабочий телефон (Work #) _____ **Отношение ко мне (Relationship to me)** _____

Первый альтернативный агент по принятию решений – Если мой агент по принятию решений не хочет, не может или по обоснованной причине недоступен. *(First Alternate Health Care Agent-If my health care agent isn't willing, able, or reasonably available.)*

Ф.И.О. (Name) _____

Адрес (Address) _____

Мобильный телефон (Cell #) _____ **Домашний телефон (Home #)** _____

Рабочий телефон (Work #) _____ **Отношение ко мне (Relationship to me)** _____

Ф.И.О. (Name) _____

Дата (Date) _____

Второй альтернативный агент по принятию решений – Если мой первый агент по принятию решений не хочет, не может или по обоснованной причине недоступен.

(Second Alternate Health Care Agent-If my first alternate agent isn't willing, able, or reasonably available.)

Ф.И.О. (Name) _____

Адрес (Address) _____

Мобильный телефон (Cell #) _____ Домашний телефон (Home #) _____

Рабочий телефон (Work #) _____ Отношение ко мне (Relationship to me) _____

Почему я выбрал(-а) этих агентов по принятию решений *(Why I chose these health care agents):*

Агенты по принятию медицинских решений: Полномочия и особые ситуации

(Health Care Agents: Powers and Special Situations)

Если я буду не в состоянии самостоятельно принимать медицинские решения, мой агент по принятию медицинских решений может: получить доступ к моей истории болезни, решать, когда начинать и заканчивать лечение, а также выбирать врачебный коллектив и место предоставления медицинской помощи.

(If I'm not able to make my own health care decisions, my health care agent can: access my medical records, decide when to start and stop treatments and choose my health care team and place of care.)

Я также хочу, чтобы мой агент по принятию медицинских решений *(I also want my health care agent to):*

Принимал решения о продолжении беременности, если я не в состоянии принять их сама.
(Make decisions about continuing a pregnancy if I can't make them myself.)

Принимал решения, касающиеся моего тела после моей смерти (вскрытие, захоронение, кремация). *(Make decisions about the care of my body after death (autopsy, burial, cremation).)*

Предпочтительная терапия в случае перманентного бессознательного состояния

(My Future Care Preferences if I'm Permanently Unconscious)

Перманентное бессознательное состояние может наступить в результате несчастного случая, удара или другого заболевания. Мой врачебный коллектив может называть это **перманентным вегетативным состоянием**. Это означает, что мозг настолько сильно поврежден, что человек не осознает себя или других, не способен понимать или общаться, и врачи считают, что улучшений не предвидится.

(Permanent unconsciousness can be caused by an accident, a stroke and other illnesses. My health care team may call this a permanent vegetative state. This means the brain is so badly hurt that the person isn't aware of self or others, can't understand or communicate and the health care team believes the person won't get better.)

Процедуры, проводимые при помощи искусственных приемов, препаратов или техники, которые могут поддерживать жизнь человека, когда его тело не может функционировать самостоятельно. Например, вентиляция (дыхательный аппарат), когда не работают легкие, сердечно-легочная реанимация в попытке запустить остановившееся сердце, искусственное кормление через трубочки, внутривенные растворы и диализ, когда не работают почки.

(Mechanical or artificial treatments may keep a person alive when the body can't function on its own. Examples are: ventilation (breathing machine) when the lungs aren't working, cardiopulmonary resuscitation (CPR) to try to restart a heart that has stopped beating, artificial feeding through tubes, intravenous (IV) fluids and dialysis when the kidneys aren't working.)

Ф.И.О. (Name) _____

Дата (Date) _____

Если я буду находиться в перманентном бессознательном состоянии (*If I'm permanently unconscious*):

- Если я буду находиться в перманентном бессознательном состоянии, **я хочу, чтобы провели некоторые или все возможные процедуры искусственного поддержания жизненных функций.** Мой агент по принятию медицинских решений должен совместно с врачебным коллективом принимать решения о лечении исходя из моих целей и ценностей.
(*I want some or all possible life-sustaining treatments if I'm permanently unconscious. My health care agent should work with my health care team to make decisions about treatments based on my goals and values.*)

ИЛИ (OR)

- Если я буду находиться в перманентном бессознательном состоянии, **я не хочу, чтобы ко мне применялись процедуры искусственного поддержания жизненных функций.** Сосредоточьтесь на том, чтобы максимально уменьшить дискомфорт и позвольте умереть естественной смертью.
(*I don't want life-sustaining treatments if I'm permanently unconscious. Focus on making me comfortable and allow natural death.*)

ИЛИ (OR)

- Я не могу сейчас принять решение о применении процедур искусственного поддержания жизненных функций на тот случай,** если я буду находиться в перманентном бессознательном состоянии. Мой агент по принятию медицинских решений должен совместно с врачебным коллективом принимать решения относительно применения процедур искусственного поддержания жизненных функций исходя из моих целей и ценностей.
(*I can't make a decision now about life-sustaining treatments if I'm permanently unconscious. My health care agent should work with my health care team to decide whether or not to use life-sustaining treatments based on my goals and values.*)

Донорство органов

(Organ Donation)

- Я хочу, если смогу, стать донором глаз, тканей и/или органов.** Мой агент по принятию медицинских решений может начинать и продолжать любое лечение, необходимое для осуществления такого донорства. (*I want to donate my eyes, tissues and/or organs, if I can. My health care agent may start and continue any treatments needed until the donation is complete.*)
- Я не хочу, становиться донором глаз, тканей и/или органов.**
(*I don't want to donate my eyes, tissues and/or organs.*)

Дополнительные инструкции

(Additional instructions)

- Я прилагаю к данному документу _____ страниц(-у/ы) с дополнительными инструкциями.
(*I have attached # _____ page(s) of additional instructions to this document.*)

Ф.И.О. (Name) _____

Дата (Date) _____

Легализация данного документа
(Making This Document Legal)

1. Подпись и дата:

Моя подпись (My Signature) _____ Дата подписания (Date Signed) _____

2. Ваша подпись должна быть заверена нотариусом ИЛИ 2 свидетелями.

(Have your signature notarized OR verified by 2 witnesses.)

MINNESOTA NOTARY PUBLIC

(ПУБЛИЧНЫЙ НОТАРИУС ШТАТА МИННЕСОТА):

NOTARY SEAL BELOW

(ПЕЧАТЬ НОТАРИУСА НИЖЕ)

County of _____ (county name)

In my presence on the date of _____ (date notarized)

_____ (person signing above)

acknowledged their signature on this document. I am not named as a health care agent in this document.

Округ _____ (название округа). В моем присутствии в указанный день _____ (дата нотариального заверения) _____ (вышеподписавшийся (-ая)) признает свою подпись на данном документе. Согласно данному документу, я не являюсь агентом по принятию медицинских решений.

Signature of Notary (Подпись нотариуса) _____

ИЛИ (OR)

ЗАЯВЛЕНИЕ СВИДЕТЕЛЕЙ: Мне более 18 лет. Согласно данному документу, я не являюсь агентом по принятию медицинских решений. Только один из свидетелей может быть сотрудником здравоохранительного учреждения, обслуживающего данное лицо на указанную дату.

(STATEMENT OF WITNESSES: I am at least 18 years old. I am not named as a health care agent in this document. Only one witness can be an employee of the health care system providing care to the person on this date.)

Подпись свидетеля № 1 _____
(Witness # 1 Signature)

Ф.И.О. (печатными буквами) _____ Дата подписания _____
(Printed Name) (Date Signed)

Подпись свидетеля № 2 _____
(Witness # 2 Signature)

Ф.И.О. (печатными буквами) _____ Дата подписания _____
(Printed Name) (Date Signed)