

# Предварительные медицинские указания для жителей штата Калифорния

California Advance Health Care Directive



## RUSSIAN & ENGLISH

- Данная форма позволит вашим врачам узнать ваши пожелания относительно медицинского обслуживания

This form will let your doctors know your health care wishes

- В данной форме 2 вида страниц

This form has 2 types of pages

Страницы слева содержат как русский, так и английский текст

Pages on the left have both Russian and English

Страницы справа – только на русском

Pages on the right have only Russian

Обе страницы содержат

**одинаковую информацию**

Both pages say the same thing

- Большинство врачей читают только по-английски

Most doctors only read English

Поэтому **заполните** только те страницы, которые содержат **русский и английский текст**

So only **fill out** pages that have both **Russian and English**

- Если вам нужна помощь, позвоните по телефону 408-332-5579

If you need help, call 408-332-5579

## РУССКИЙ

- Данная форма позволит вашим врачам узнать ваши пожелания относительно медицинского обслуживания

- В данной форме 2 вида страниц

Страницы слева содержат как русский, так и английский текст

Страницы справа – только на русском

Обе страницы содержат

**одинаковую информацию**

- Большинство врачей читают только по-английски

Поэтому **заполните** только те страницы, которые содержат **русский и английский текст**

- Если вам нужна помощь, позвоните по телефону 408-332-5579

**Переверните страницу**

Go to the next page



# Предварительные медицинские указания для жителей штата Калифорния

California Advance Health Care Directive

**Эта форма позволит вам заявить, на какое лечение вы согласны в случае тяжелой болезни.**

This form lets you have a say about how you want to be treated if you get very sick.



## Форма состоит из трех частей, которые описаны ниже.

This form has 3 parts. It lets you:

### Часть 1: Выбор медицинского представителя (health care agent).

Part 1: Choose a health care agent.

Если вы заболите настолько сильно, что не сможете объяснить врачам, на какое лечение вы согласны, а на какое нет, то это сделает ваш медицинский представитель.

A health care agent is a person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.

### Часть 2: Выбор медицинского обслуживания.

Part 2: Make your own health care choices.

Эта форма позволит вам указать, на какое медицинское обслуживание вы согласны, а на какое нет. Если вы заполните эту форму, то в случае вашей тяжелой болезни те, кто будет за вами ухаживать, будут точно знать, чего вы хотите.

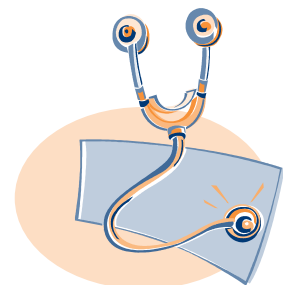
This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are too sick to tell them yourself.

### Часть 3: Подписание формы.

Part 3: Sign the form.

Чтобы форма стала действительной, ее нужно подписать.

It must be signed before it can be used.



**Вы можете заполнить только первую, только вторую или обе части формы. Не забудьте подписать форму на стр. E9.**

You can fill out Part 1, Part 2, or both. Always sign the form on page E9.

**Вместе с вами форму должны подписать 2 свидетеля (на стр. E10) или нотариус (на стр. E11).**

2 witnesses need to sign on page E10 or a notary public on page E11.

**СВОЕ ИМЯ:**

YOUR NAME:

**Переверните страницу**

Go to the next page



**E1**

# Предварительные медицинские указания для жителей штата Калифорния

Эта форма позволит вам заявить, на какое лечение вы согласны в случае тяжелой болезни.

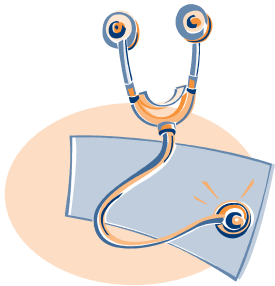


- Форма состоит из трех частей, которые описаны ниже.



## Часть 1: Выбор медицинского представителя (health care agent).

Если вы заболеете настолько сильно, что не сможете объяснить врачам, на какое лечение вы согласны, а на какое нет, то это сделает ваш медицинский представитель.



## Часть 2: Выбор медицинского обслуживания.

Эта форма позволит вам указать, на какое медицинское обслуживание вы согласны, а на какое нет. Если вы заполните эту форму, то в случае вашей тяжелой болезни те, кто будет за вами ухаживать, будут точно знать, чего вы хотите.



## Часть 3: Подписание формы.

Чтобы форма стала действительной, ее нужно подписать.

**Вы можете заполнить только первую, только вторую или обе части формы. Не забудьте подписать форму на стр. E9.**

**Вместе с вами форму должны подписать 2 свидетеля (на стр. E10) или нотариус (на стр. E11).**

СВОЕ ИМЯ: \_\_\_\_\_

Переверните страницу



**Если вы хотите выбрать только медицинского представителя, перейдите к части 1 на стр. Е3.** If you only want a health care agent, go to Part 1 on page E3.

**Если вы хотите выбрать только медицинское обслуживание, перейдите к части 2 на стр. Е6.** If you only want to make your own health care choices, go to Part 2 on page E6.

**Если вы желаете выбрать и то, и другое, заполните обе части формы.**  
If you want both, then fill out Part 1 and Part 2.

**Обязательно подпишите форму в части 3 на стр. Е9.**

Always sign the form in Part 3 on page E9.

**2 свидетеля должны расписаться на стр. Е10, а нотариус — на стр. Е11.**

2 witnesses need to sign on page E10 or a notary public on page E11.

## Предварительные медицинские указания для жителей штата Калифорния Что делать с заполненной формой?

What do I do with the form after I fill it out?

Ознакомьте с содержанием формы тех, кто осуществляет за вами уход: Share the form with those who care for you:

- врачей doctors
- друзей и родных family & friends
- медсестер nurses
- медицинского представителя health care agent
- социальных работников social workers



## А если я передумаю?

What if I change my mind?

- Заполните новую форму. Fill out a new form.
- Сообщите об изменениях тем, кто за вами ухаживает. Tell those who care for you about your changes.
- Передайте новую форму своему медицинскому представителю и врачу. Give the new form to your health care agent and doctor.



## Что делать, если у меня возникли вопросы по поводу формы?

What if I have questions about the form?

- Задайте их своим врачам, медсестрам, социальным работникам, медицинскому представителю, друзьям и родным. Bring it to your doctors, nurses, social workers, health care agent, family or friends to answer your questions.

## Как быть, если приемлемый для меня выбор в этой форме не указан?

What if I want to make health care choices that are not on this form?

- Запишите свой выбор на листе бумаги. Write your choices on a piece of paper.
- Приложите его к этой форме. Keep the paper with this form.
- Сообщите о своем выборе тем, кто осуществляет уход за вами. Share your choices with those who care for you.



**Если вы хотите выбрать только медицинского представителя, перейдите к части 1 на стр. Е3.**

**Если вы хотите выбрать только медицинское обслуживание, перейдите к части 2 на стр. Е6.**

**Если вы желаете выбрать и то, и другое, заполните обе части формы.**

**Обязательно подпишите форму в части 3 на стр. Е9.**

**2 свидетеля должны расписаться на стр. Е10, а нотариус — на стр. Е11.**

### ● **Предварительные медицинские указания для жителей штата Калифорния Что делать с заполненной формой?**

Ознакомьте с содержанием формы тех, кто осуществляет за вами уход:

- врачей
- друзей и родных
- медсестер
- медицинского представителя
- социальных работников



### ● **А если я передумаю?**

- Заполните новую форму.
- Сообщите об изменениях тем, кто за вами ухаживает.
- Передайте новую форму своему медицинскому представителю и врачу.



### ● **Что делать, если у меня возникли вопросы по поводу формы?**

- Задайте их своим врачам, медсестрам, социальным работникам, медицинскому представителю, друзьям и родным.

### ● **Как быть, если приемлемый для меня выбор в этой форме не указан?**

- Запишите свой выбор на листе бумаги.
- Приложите его к этой форме.
- Сообщите о своем выборе тем, кто осуществляет уход за вами.



# ЧАСТЬ 1 Выбор медицинского представителя

PART 1

Choose your health care agent

**Если вы заболите так сильно, что не сможете объяснить врачам, на какое лечение вы согласны, а на какое нет, этот человек даст все объяснения вместо вас.**

The person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.

## Кто может быть моим медицинским представителем?

Whom should I choose to be my health care agent?

Это может быть родственник или друг, который:

A family member or friend who:

- старше 18 лет  
is at least 18 years old
- хорошо вас знает  
knows you well
- сможет приехать к вам при первой же необходимости  
can be there for you when you need them
- будет действовать исключительно в ваших интересах  
you trust to do what is best for you
- сможет сообщить врачам решения, которые вы указали в этой форме  
can tell your doctors about the decisions you made on this form



Врач или любой другой сотрудник вашей больницы или клиники, **не может** быть вашим медицинским представителем, если только он не приходится вам родственником.

Your agent cannot be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless he/she is a family member.

## А если я не выберу медицинского представителя?

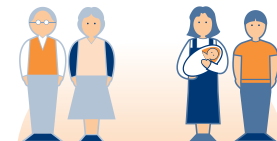
What will happen if I do not choose a health care agent?

Если вы будете слишком больны и не сможете сами принимать решения, врачи попросят об этом ваших ближайших родственников.

If you are too sick to make your own decisions, your doctors will ask your closest family members to make decisions for you.

Если вы хотите, чтобы вас представлял человек, не являющийся членом вашей семьи, впишите его имя в эту форму.

If you want your agent to be someone other than family, you must write his or her name on this form.



## Какие решения может принимать мой медицинский представитель?

What kind of decisions can my health care agent make?

Он может соглашаться или не соглашаться с чем-либо или кем-либо из следующего списка, а также изменять, прекращать или выбирать их: Agree to, say no to, change, stop or choose:

- врачи, медсестры, социальные работники doctors, nurses, social workers
- больницы или клиники hospitals or clinics
- препараты, анализы или методы лечения medications, tests, or treatments
- обращение с вашим телом и органами после смерти  
what happens to your body and organs after you die



Ваш представитель будет соблюдать решения, которые вы примете в части 2.

Your agent will need to follow the health care choices you make in Part 2.

**Переверните страницу**

Go to the next page



E3

# ЧАСТЬ 1 Выбор медицинского представителя

**Если вы заболеете так сильно, что не сможете объяснить врачам, на какое лечение вы согласны, а на какое нет, этот человек даст все объяснения вместо вас.**

## ● Кто может быть моим медицинским представителем?

Это может быть родственник или друг, который:

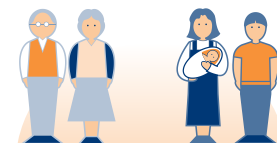
- старше 18 лет
- хорошо вас знает
- сможет приехать к вам при первой же необходимости
- будет действовать исключительно в ваших интересах
- сможет сообщить врачам решения, которые вы указали в этой форме



Врач или любой другой сотрудник вашей больницы или клиники, **не может** быть вашим медицинским представителем, если только он не приходится вам родственником.

## ● А если я не выберу медицинского представителя?

Если вы будете слишком больны и не сможете сами принимать решения, врачи попросят об этом ваших ближайших родственников.



Если вы хотите, чтобы вас представлял человек, не являющийся членом вашей семьи, впишите его имя в эту форму.

## ● Какие решения может принимать мой медицинский представитель?

Он может соглашаться или не соглашаться с чем-либо или кем-либо из следующего списка, а также изменять, прекращать или выбирать их:

- врачи, медсестры, социальные работники
- больницы или клиники
- препараты, анализы или методы лечения
- обращение с вашим телом и органами после смерти



Ваш представитель будет соблюдать решения, которые вы примете в части 2.

Проверните страницу



РЗ

## Прочие решения, которые может принимать ваш представитель: Other decisions your agent can make:

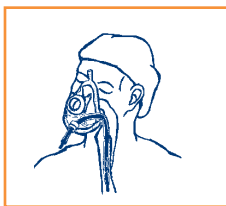
### ● **Меры по жизнеобеспечению – медицинский уход,** продлевающий жизнь Life support treatments – medical care to try to help you live longer

- **Кардиопульмональная реанимация (cardiopulmonary resuscitation, CPR)**  
кардио = сердце (heart) • пульмональная = легкие (lungs) • реанимация = возвращение к жизни (to bring back)



Она может включать: This may involve:

- поддержание кровотока с помощью сильных нажатий на грудь  
pressing hard on your chest to keep your blood pumping
- запуск сердца при помощи электрических разрядов  
electrical shocks to jump start your heart
- внутривенное введение лекарственных препаратов  
medicines in your veins



- **Аппарат искусственного дыхания** Breathing machine or ventilator  
Аппарат, который накачивает в легкие воздух и помогает вам дышать. Подключение аппарата не позволит вам говорить.  
The machine pumps air into your lungs and breathes for you. You are not able to talk when on the machine.

- **Диализ** Dialysis  
Аппарат, который очищает кровь, когда отказывают почки.  
A machine that cleans your blood if your kidneys stop working.

- **Трубка для искусственного кормления** Feeding tube  
Если вы не сможете глотать, вас будут кормить через трубку. Она вставляется в желудок через горло либо хирургическим путем.  
A tube used to feed you if you cannot swallow. The tube is placed down your throat into your stomach. It can also be placed by surgery.



- **Переливание крови** Blood transfusions  
Внутривенное вливание крови. To put blood in your veins.

- **Хирургия** Surgery

- **Лекарственные препараты** Medicines

### ● **Подготовка к уходу из жизни –** Если становится ясно, что вы скоро умрете, ваш медицинский представитель сможет:

End of life care – if you might die soon your health care agent can:



- пригласить духовника  
call in a spiritual leader
- решить, будете ли вы умирать дома или в больнице  
decide if you die at home or in the hospital



**Покажите эту форму вашему медицинскому представителю. Сообщите вашему представителю о том, какой медицинский уход вы хотите получать.**  
Show your health care agent this form. Tell your agent what kind of medical care you want.





## Прочие решения, которые может принимать ваш представитель:

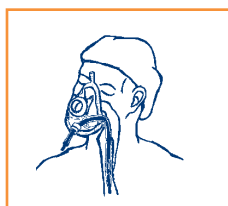
### ● **Меры по жизнеобеспечению** – медицинский уход, продлевающий жизнь

- **Кардиопульмональная реанимация (cardiopulmonary resuscitation, CPR)**  
кардио = сердце • пульмональная = легкие • реанимация = возвращение к жизни



Она может включать:

- поддержание кровотока с помощью сильных нажатий на грудь
- запуск сердца при помощи электрических разрядов
- внутривенное введение лекарственных препаратов



- **Аппарат искусственного дыхания**

Аппарат, который накачивает в легкие воздух и помогает вам дышать. Подключение аппарата не позволит вам говорить.

- **Диализ**

Аппарат, который очищает кровь, когда отказывают почки.

- **Трубка для искусственного кормления**

Если вы не сможете глотать, вас будут кормить через трубку. Она вставляется в желудок через горло либо хирургическим путем.



- **Переливание крови**

Внутривенное вливание крови.

- **Хирургия**

- **Лекарственные препараты**

### ● **Подготовка к уходу из жизни** – Если становится ясно, что вы скоро умрете, ваш медицинский представитель сможет:



- пригласить духовника
- решить, будете ли вы умирать дома или в больнице



**Покажите эту форму вашему медицинскому представителю. Сообщите вашему представителю о том, какой медицинский уход вы хотите получать.**



# Ваш медицинский представитель



Your Health Care Agent

- **Я хочу, чтобы этот человек, принимал за меня решения по вопросам медицинской помощи.** I want this person to make my medical decisions. Write this on page E5.

ИМЯ (first name)

фамилия (last name)

адрес (street address)

город (city)

штат (state)

индекс (zip code)

( ) -

( ) -

домашний телефон  
(home phone number)

рабочий телефон  
(work phone number)

- **Если первое лицо не сможет сделать это, я хочу, чтобы этот человек принимал за меня решения по вопросам медицинской помощи.** If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions.

ИМЯ (first name)

фамилия (last name)

адрес (street address)

город (city)

штат (state)

индекс (zip code)

( ) -

( ) -

домашний телефон  
(home phone number)

рабочий телефон  
(work phone number)

- **Поставьте крестик напротив предложения, с которым вы согласны. Поставьте отметку на стр. E5.** Put an X next to the sentence you agree with. Mark this on page E5.

Мой представитель по вопросам медицинской помощи может принимать решения за меня сразу после того, как я подпишу эту форму. My health care agent can make decisions for me right after I sign this form.

Мой представитель по вопросам медицинской помощи может принимать решения за меня **только** после того, как я не смогу сделать это самостоятельно. My health care agent will make decisions for me only after I cannot make my own decisions.

- **Вы можете вписать в эту форму свои пожелания относительно медицинской помощи. Как ваш представитель по вопросам медицинской помощи должен относиться к ним? Поставьте крестик напротив одного предложения, с которым вы согласны в наибольшей степени. Поставьте отметку на стр. E5.** You may write down your health care choices on this form. How do you want your health care agent to follow these choices? Put an X next to the one sentence you most agree with. Write this on page E5.

Я хочу, чтобы мой представитель по вопросам медицинской помощи вместе с врачами принимал здравые решения в соответствии с медицинскими показаниями. Указанные в этой форме пожелания являются лишь **общими рекомендациями** для моего представителя по вопросам медицинской помощи. I want my health care agent to work with my doctors and to use her/his best judgment. It is OK for my agent to follow my health care choices on this form as a **general guide**.

Хотя эти пожелания являются общими рекомендациями, я хочу, чтобы некоторые из них строго соблюдались:

Even though it is OK to follow my choices as a general guide, there are some choices I do not want changed:

Я хочу, чтобы мой представитель по вопросам медицинской помощи в **точности** соблюдал мои пожелания относительно медицинской помощи. Я не хочу, чтобы представитель по вопросам медицинской помощи отступал от моих пожеланий, даже если врачи решат, что это повредит мне. I want my health care agent to follow my health care choices on this form **exactly**. I never want my agent to change my choices, even if the doctors think this is not good for me.

**Чтобы выбрать медицинское обслуживание, перейдите к части 2 на следующей странице.**

To make your own health care choices, go to Part 2 on the next page.

**Чтобы подписать эту форму, перейдите к части 3 на стр. E9.**

To sign this form, go to Part 3 on page E9.



## Ваш медицинский представитель



- Я хочу, чтобы этот человек, принимал за меня решения по вопросам медицинской помощи.

имя \_\_\_\_\_ фамилия \_\_\_\_\_

адрес \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ штат \_\_\_\_\_ индекс \_\_\_\_\_

( ) – ( ) –

домашний телефон \_\_\_\_\_ рабочий телефон \_\_\_\_\_

- Если первое лицо не сможет сделать это, я хочу, чтобы этот человек принимал за меня решения по вопросам медицинской помощи.

имя \_\_\_\_\_ фамилия \_\_\_\_\_

адрес \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ штат \_\_\_\_\_ индекс \_\_\_\_\_

( ) – ( ) –

домашний телефон \_\_\_\_\_ рабочий телефон \_\_\_\_\_

- Поставьте крестик напротив предложения, с которым вы согласны. Поставьте отметку на стр. E5.

- Мой представитель по вопросам медицинской помощи может принимать решения за меня сразу после того, как я подпишу эту форму.
- Мой представитель по вопросам медицинской помощи может принимать решения за меня **только** после того, как я не смогу сделать это самостоятельно.

- Вы можете вписать в эту форму свои пожелания относительно медицинской помощи. Как ваш представитель по вопросам медицинской помощи должен относиться к ним? Поставьте крестик напротив одного предложения, с которым вы согласны в наибольшей степени. Поставьте отметку на стр. E5.

- Я хочу, чтобы мой представитель по вопросам медицинской помощи вместе с врачами принимал здравые решения в соответствии с медицинскими показаниями. Указанные в этой форме пожелания являются лишь **общими рекомендациями** для моего представителя по вопросам медицинской помощи.

Хотя эти пожелания являются общими рекомендациями, я хочу, чтобы некоторые из них строго соблюдались:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Я хочу, чтобы мой представитель по вопросам медицинской помощи в **точности** соблюдал мои пожелания относительно медицинской помощи. Я не хочу, чтобы представитель по вопросам медицинской помощи отступал от моих пожеланий, даже если врачи решат, что это повредит мне.

**Чтобы выбрать медицинское обслуживание,** перейдите к части 2 на следующей странице.

**Чтобы подписать эту форму,** перейдите к части 3 на стр. E9.

# ЧАСТЬ 2

## Выбор медицинского обслуживания

PART 2

Make your own health care choices

**Запишите свой выбор, чтобы те, кто будет за вами ухаживать, точно знали, чего вы хотите. Запишите свой выбор на стр. Е6.**

Write down your choices so those who care for you will not have to guess. Write your answers on page E6.

### Подумайте о том, что заставляет вас продолжать жить.

Think about what makes your life worth living.

#### Я готов (а) продолжать жить, только если смогу:

My life is only worth living if I can:

**Поставьте крестик напротив всех утверждений, с которыми вы согласны на стр. Е6.**

Put an X next to all the sentences you agree with on page E6.

- говорить с родными и друзьями talk to family or friends
- ВЫЙТИ ИЗ КОМЫ wake up from a coma
- самостоятельно питаться, мыться или обслуживать себя feed, bathe, or take care of myself
- не испытывать боли be free from pain
- не быть постоянно подключенным (ой) к аппаратуре live without being hooked up to machines
- затрудняюсь ответить I am not sure

либо  
or

#### Я хочу продолжать жить, как бы ни была тяжела моя болезнь.

My life is always worth living no matter how sick I am.

### Если мне предстоит умереть, то мне важно, чтобы это произошло:

If I am dying, it is important for me to be:

- дома at home
- в больнице in the hospital
- затрудняюсь ответить I am not sure

### Важна ли для вас какая-либо религия или духовные взгляды?

Is religion or spirituality important to you?

- нет no
  - да yes
- Если вы исповедуете религию, то какую? \_\_\_\_\_  
If you have one, what is your religion?

### Что должны знать врачи о вашей религии или духовных взглядах?

What should your doctors know about your religion or spirituality?

---

---

### Что должны знать врачи о вашей религии или духовных взглядах?

If you are sick, your doctors and nurses will always try to keep you comfortable and free from pain.



## ЧАСТЬ 2 Выбор медицинского обслуживания

Запишите свой выбор, чтобы те, кто будет за вами ухаживать, точно знали, чего вы хотите. Запишите свой выбор на стр. Е6.

● Подумайте о том, что заставляет вас продолжать жить.

Я готов (а) продолжать жить, **только** если смогу:

Поставьте крестик напротив **всех** утверждений, с которыми вы согласны на стр. Е6.



- говорить с родными и друзьями
- выйти из комы
- самостоятельно питаться, мыться или обслуживать себя
- не испытывать боли
- не быть постоянно подключенным (ой) к аппаратуре
- затрудняюсь ответить

либо

Я хочу продолжать жить, как бы ни была тяжела моя болезнь.

● Если мне предстоит умереть, то мне важно, чтобы это произошло:

дома  в больнице  затрудняюсь ответить

● Важна ли для вас какая-либо религия или духовные взгляды?

нет  да Если вы исповедуете религию, то какую?

● Что должны знать врачи о вашей религии или духовных взглядах?

---

---

Что должны знать врачи о вашей религии или духовных взглядах?



**Меры по жизнеобеспечению** служат для продления жизни. К таким мерам относится реанимация (CPR), использование аппарата искусственного дыхания, кормление через трубку, диализ, переливание крови или введение препаратов.  
Life support treatments are used to try to keep you alive. These can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, blood transfusions, or medicine.

**Поставьте крестик напротив того варианта, с которым вы согласны больше всего.**

Put an X next to the one choice you most agree with.

**Перед тем как принять решение, обязательно прочтите страницу до конца.**

Please read this whole page before you make your choice.

**Отметьте ваши ответы на стр. E7.**

Mark your answers on page E7.

**Если я настолько болен/больна, что могу скоро умереть:**

If I am so sick that I may die soon:



Постарайтесь принять все меры по жизнеобеспечению, которые, по мнению врачей, могут мне помочь.

Try all life support treatments that my doctors think might help.

Если эти меры **не дают результатов** и шансов на выздоровление мало, **я хочу**, чтобы мою жизнь поддерживали при помощи аппаратуры.

If the treatments do not work and there is little hope of getting better, I want to stay on life support machines.

либо  
or

Постарайтесь принять все меры по жизнеобеспечению, которые, по мнению врачей, могут мне помочь.

Try all life support treatments that my doctors think might help.

Если эти меры **не дают результатов** и шансов на выздоровление мало, **я не хочу**, чтобы мою жизнь поддерживали при помощи аппаратуры.

If the treatments do not work and there is little hope of getting better, I do not want to stay on life support machines.

либо  
or

Постарайтесь принять все меры по жизнеобеспечению, которые, по мнению врачей, могут мне помочь, **кроме** следующих.

Try all life support treatments that my doctors think might help but not these treatments.

Отметьте то, чего вы не хотите.

Mark what you do not want.

реанимация  
CPR

трубка для искусственного кормления  
feeding tube

диализ  
dialysis

переливание крови  
blood transfusion

аппарат искусственного дыхания  
breathing machine

препараты  
medicine

другие методы лечения  
other treatments

либо  
or

Я не хочу применять никаких мер по жизнеобеспечению.

I do not want any life support treatments.

либо  
or

Я хочу, чтобы решение принял мой **медицинский представитель**.

I want my health care agent to decide for me.

либо  
or

Я затрудняюсь ответить.

I am not sure.

**Переверните страницу**

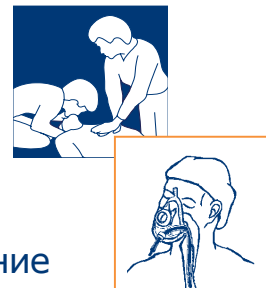
Go to the next page



**Меры по жизнеобеспечению** служат для продления жизни. К таким мерам относится реанимация (CPR), использование аппарата искусственного дыхания, кормление через трубку, диализ, переливание крови или введение препаратов.

**Поставьте крестик напротив того варианта, с которым вы согласны больше всего. Перед тем как принять решение, обязательно прочтите страницу до конца. Отметьте ваши ответы на стр. E7.**

**Если я настолько болен/больна, что могу скоро умереть:**



- Постарайтесь принять все меры по жизнеобеспечению, которые, по мнению врачей, могут мне помочь.

Если эти меры **не дают результатов** и шансов на выздоровление мало, **я хочу**, чтобы мою жизнь поддерживали при помощи аппаратуры.

либо

- Постарайтесь принять все меры по жизнеобеспечению, которые, по мнению врачей, могут мне помочь.

Если эти меры **не дают результатов** и шансов на выздоровление мало, **я не хочу**, чтобы мою жизнь поддерживали при помощи аппаратуры.

либо

- Постарайтесь принять все меры по жизнеобеспечению, которые, по мнению врачей, могут мне помочь, **кроме** следующих.

Отметьте то, чего вы не хотите.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> реанимация                     | <input type="radio"/> трубка для искусственного кормления |
| <input type="radio"/> диализ                         | <input type="radio"/> переливание крови                   |
| <input type="radio"/> аппарат искусственного дыхания | <input type="radio"/> препараты                           |
| <input type="radio"/> другие методы лечения _____    |   |

либо

- Я **не хочу применять никаких** мер по жизнеобеспечению.

либо

- Я хочу, чтобы решение принял мой **медицинский представитель**.

либо

- Я затрудняюсь ответить.

**Переверните страницу**



**Врачи могут задать вопросы о донорстве органов и проведении вскрытия тела после вашей смерти. Сообщите нам свои пожелания.**

Your doctors may ask about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

**Поставьте крестик напротив того варианта, с которым вы согласны больше всего. Отметьте ваши ответы на стр. E8.**

Put an X next to the one choice you most agree with. Mark your answers on page E8.

**Донорство (завещание) ваших органов может спасти чью-то жизнь.** Donating (giving) your organs can help save lives.

Я **хочу** стать донором органов.

I want to donate my organs.

Какие органы вы хотели бы завещать?

Which organs do you want to donate?

**любые** any organ

**только** only \_\_\_\_\_

Я **не хочу** быть донором органов.

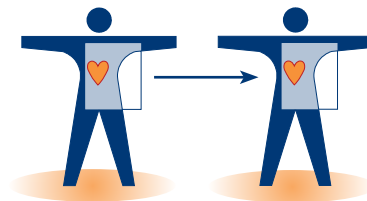
I do not want to donate my organs.

Я хочу, чтобы решение принял мой **медицинский представитель**.

I want my health care agent to decide.

Я затрудняюсь ответить.

I am not sure.



**После смерти человека может проводиться вскрытие его тела, чтобы определить, почему он умер.** An autopsy can be done after death to find out why someone died.

**Оно производится хирургическим путем и может занять несколько дней.** It is done by surgery. It can take a few days.

Я **хочу** провести вскрытие.

I want an autopsy.

Я **отказываюсь** от вскрытия.

I do not want an autopsy.

Я хочу провести вскрытие, если возникнут вопросы относительно моей смерти.

I want an autopsy if there are questions about my death.

Я хочу, чтобы решение о вскрытии принял мой **медицинский представитель**.

I want my health care agent to decide.

Я затрудняюсь ответить.

I am not sure.



**Какие еще указания по обращению с вашим телом после смерти вы хотите дать врачам?** What should your doctors know about how you want your body to be treated after you die?





**Врачи могут задать вопросы о донорстве органов и проведении вскрытия тела после вашей смерти. Сообщите нам свои пожелания.**

**Поставьте крестик напротив того варианта, с которым вы согласны больше всего. Отметьте ваши ответы на стр. Е8.**

**● Донорство (завещание) ваших органов может спасти чью-то жизнь.**

Я **хочу** стать донором органов.

Какие органы вы хотели бы завещать?

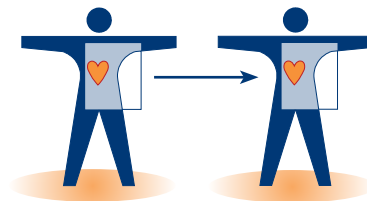
любые

только \_\_\_\_\_

Я **не хочу** быть донором органов.

Я хочу, чтобы решение принял мой **медицинский представитель**.

Я затрудняюсь ответить.



**● После смерти человека может проводиться вскрытие его тела, чтобы определить, почему он умер.**

**Оно производится хирургическим путем и может занять несколько дней.**

Я **хочу** провести вскрытие.

Я **отказываюсь** от вскрытия.

Я хочу провести вскрытие, если возникнут вопросы относительно моей смерти.

Я хочу, чтобы решение о вскрытии принял мой **медицинский представитель**.

Я затрудняюсь ответить.



**● Какие еще указания по обращению с вашим телом после смерти вы хотите дать врачам?**

---



# ЧАСТЬ 3

## Подписание формы на стр. E9

PART 3

Sign the form on page E9



### Форма вступает в силу только после того, как будет подписана:

Before this form can be used, you must:

- вами на стр. E9. Sign the form on page E9.
- двумя свидетелями на стр. E10. Have two witnesses sign on page E10.

Если у вас нет свидетелей, форму должен подписать нотариус (на стр. E11).

Нотариус должен заверить, что форму подписали именно вы.

If you do not have witnesses, a notary public must sign on page E11. A notary public's job is to make sure it is you signing the form.

### Впишите свое имя и фамилию, поставьте подпись и дату на стр. E9.

Sign your name and write the date on page E9.

ПОДПИСЬ (sign your name)

дата (date)

имя (печатными буквами) (print your first name)

фамилия (печатными буквами) (print your last name)

адрес (street address)

город (city)

штат (state)

индекс (zip code)

### Свидетели должны: Your witnesses must:

- быть старше 18 лет be over 18 years of age
- знать вас know you
- видеть, как вы подписываете форму see you sign this form



### Свидетелями не могут быть: Your witnesses cannot:

- ваш медицинский представитель be your health care agent
- ваш поставщик медицинских услуг be your health care provider
- сотрудники вашего поставщика медицинских услуг work for your health care provider
- сотрудники учреждения, в котором вы живете (если вы живете в доме престарелых, см. стр. E12) work at the place that you live (if you live in a nursing home go to page E12)

### Также один из свидетелей: Also, one witness cannot:

- не может быть кем-либо из ваших родственников be related to you in any way
- не должен приобретать финансовые преимущества (т. е. получать какие-либо деньги или имущество) после вашей смерти benefit financially (get any money or property) after you die

**Свидетели должны указать свои имена и подписать форму на стр. E10.**

Witnesses need to sign their names on page E10.

**Если у вас нет свидетелей, предоставьте эту форму нотариусу и попросите подписать на стр. E11.**

If you do not have witnesses, take this form to a notary public and have them sign on page E11.

**ЧАСТЬ 3****Подписание формы  
на стр. E9****Форма вступает в силу только после того, как будет подписана:**

- вами на стр. E9.
- двумя свидетелями на стр. E10.

Если у вас нет свидетелей, форму должен подписать нотариус (на стр. E11).  
Нотариус должен заверить, что форму подписали именно вы.

**Впишите свое имя и фамилию, поставьте подпись и дату на стр. E9.**

подпись

дата

имя (печатными буквами)

фамилия (печатными буквами)

адрес

город

штат

индекс

**Свидетели должны:**

- быть старше 18 лет
- знать вас
- видеть, как вы подписываете форму

**Свидетелями не могут быть:**

- ваш медицинский представитель
- ваш поставщик медицинских услуг
- сотрудники вашего поставщика медицинских услуг
- сотрудники учреждения, в котором вы живете (если вы живете в доме престарелых, см. стр. E12)

**Также один из свидетелей:**

- не может быть кем-либо из ваших родственников
- не должен приобретать финансовые преимущества (т. е. получать какие-либо деньги или имущество) после вашей смерти

**Свидетели должны указать свои имена и подписать форму на стр. E10.**

**Если у вас нет свидетелей, предоставьте эту форму нотариусу и попросите подписать на стр. E11.**

## Попросите свидетелей указать свои имена, а также поставить подписи и дату на стр. E10. Have your witnesses sign their names and write the date on page E10

Настоящим я подтверждаю, что \_\_\_\_\_ подписал  
(а) эту форму в моем присутствии. (имя и фамилия)

By signing, I promise that \_\_\_\_\_ signed this form while I watched.  
(name)

Он/она сделал (а) это в здравом уме и без принуждения.

He/she was thinking clearly and was not forced to sign it.

Я также подтверждаю, что: I also promise that:



- я знаю этого человека или он может подтвердить свою личность I know him/her or this person could prove who he/she was
- мне больше 18 лет I am 18 years or older
- я не являюсь медицинским представителем этого человека I am not his/her health care agent
- я не являюсь поставщиком медицинских услуг этого человека I am not his/her health care provider
- я не являюсь сотрудником поставщика медицинских услуг этого человека I do not work for his/her health care provider
- я не являюсь сотрудником учреждения, в котором проживает этот человек I do not work where he/she lives

Один из свидетелей также должен подтвердить, следующее: One witness must also promise that:

- я не являюсь родственником этого человека по крови, по браку или по усыновлению (удочерению) I am not related to him/her by blood, marriage, or adoption
- я не приобрету никаких финансовых преимуществ (не получу никаких денег или имущества) после смерти этого человека I will not benefit financially (get any money or property) after he/she dies

**Свидетель №1: Поставьте подпись на стр. E10.** Witness #1: Sign on page E10.

ПОДПИСЬ (sign your name)

petsa (date)

ИМЯ (печатными буквами) (print your first name)      ФАМИЛИЯ (печатными буквами) (print your last name)

адрес (street address)      город (city)      штат (state)      индекс (zip code)

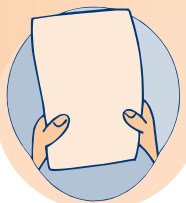
**Свидетель №2: Поставьте подпись на стр. E10.** Witness #2: Sign on page E10.

ПОДПИСЬ (sign your name)

petsa (date)

ИМЯ (печатными буквами) (print your first name)      ФАМИЛИЯ (печатными буквами) (print your last name)

адрес (street address)      город (city)      штат (state)      индекс (zip code)



## Заполнение формы закончено.

You are now done with this form.

Ознакомьте с ней своих врачей, медсестер, социальных работников, друзей, родных и медицинского представителя.

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and health care agent.

Обсудите с ними свои решения.

Talk with them about your choices.



## Попросите свидетелей указать свои имена, а также поставить подписи и дату на стр. E10.

Настоящим я подтверждаю, что \_\_\_\_\_ подписал  
(а) эту форму в моем присутствии. (имя и фамилия)

Он/она сделал (а) это в здравом уме и без принуждения.

Я также подтверждаю, что:



- я знаю этого человека или он может подтвердить свою личность
- мне больше 18 лет
- я не являюсь медицинским представителем этого человека
- я не являюсь поставщиком медицинских услуг этого человека
- я не являюсь сотрудником поставщика медицинских услуг этого человека
- я не являюсь сотрудником учреждения, в котором проживает этот человек

Один из свидетелей также должен подтвердить, следующее:

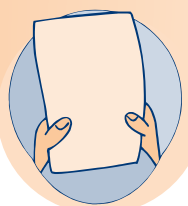
- я не являюсь родственником этого человека по крови, по браку или по усыновлению (удочерению)
- я не приобрету никаких финансовых преимуществ (не получу никаких денег или имущества) после смерти этого человека

### ● Свидетель №1: Поставьте подпись на стр. E10.

подпись	/ /			petsa
имя (печатными буквами)		фамилия (печатными буквами)		
адрес	город	штат	индекс	

### ● Свидетель №2: Поставьте подпись на стр. E10.

подпись	/ /			petsa
имя (печатными буквами)		фамилия (печатными буквами)		
адрес	город	штат	индекс	



## Заполнение формы закончено.

Ознакомьте с ней своих врачей, медсестер, социальных работников, друзей, родных и медицинского представителя.



Обсудите с ними свои решения.

# НОТАРИУС

Notary Public

- Предоставьте эту форму нотариусу, **ТОЛЬКО** если она не подписана двумя свидетелями.

Take this form to a notary public only if two witnesses have not signed this form.

- Захватите с собой удостоверение личности (водительские права, паспорт и т. п.).

Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.)



## CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

State of California

County of \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_, personally  
Date Here insert name and title of the officer  
appeared \_\_\_\_\_  
Name(s) of Signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature \_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public

### Description of Attached Document

Title or Type of document: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Number of pages: \_\_\_\_\_

### Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: \_\_\_\_\_

- Individual
- Guardian or conservator
- Other \_\_\_\_\_

RIGHT THUMBPRINT  
OF SIGNER

Top of thumb here

(Notary Seal)

## Заполнение формы закончено.

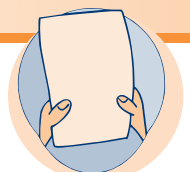
You are now done with this form.

**Ознакомьте с ней своих врачей, медсестер, социальных работников, друзей, родных и медицинского представителя.**

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and health care agent.

**Обсудите с ними свои решения.**

Talk with them about your choices.



# НОТАРИУС

- Предоставьте эту форму нотариусу, **ТОЛЬКО** если она не подписана двумя свидетелями.
- Захватите с собой удостоверение личности (водительские права, паспорт и т. п.).



## CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

### State of California

County of \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_, personally  
Date Here insert name and title of the officer  
appeared \_\_\_\_\_  
Name(s) of Signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature \_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public

### Description of Attached Document

Title or Type of document: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Number of pages: \_\_\_\_\_

### Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: \_\_\_\_\_

- Individual
- Guardian or conservator
- Other \_\_\_\_\_

**RIGHT THUMBPRINT  
OF SIGNER**

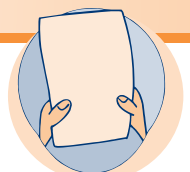
Top of thumb here

(Notary Seal)

## Заполнение формы закончено.

Ознакомьте с ней своих врачей, медсестер, социальных работников, друзей, родных и медицинского представителя.

Обсудите с ними свои решения.



# **ТОЛЬКО для жителей домов престарелых штата Калифорния**

For California Nursing Home Residents ONLY

- **Отдайте эту форму директору дома престарелых, только если вы живете в доме престарелых.**

Give this form to your nursing home director only if you live in a nursing home.

- **По законодательству штата Калифорния предварительные медицинские указания жителей домов престарелых должны быть заверены уполномоченным по правам пациентов данных учреждений.**

California law requires nursing home residents to have the nursing home ombudsman as a witness of advance directives.

## **ЗАЯВЛЕНИЕ АДВОКАТА ПАЦИЕНТА ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА**

STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

«Под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Калифорния я подтверждаю, что являюсь адвокатом пациента или уполномоченным по правам человека, назначенным Департаментом штата по делам престарелых (State Department of Aging), и выступаю в качестве свидетеля согласно требованиям раздела 4675 Наследственного кодекса (Probate Code)».

"I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code."

ПОДПИСЬ (sign your name)

ДАТА (date)

ИМЯ (печатными буквами) (print your first name)

ФАМИЛИЯ (печатными буквами) (print your last name)

АДРЕС (street address)

ГОРОД (city)

ШТАТ (state)

ИНДЕКС (zip code)

Это предварительное указание соответствует разделам 4671–4675 Наследственного кодекса штата Калифорния.

<http://www.leginfo.ca/gov/calaw.html>

This advance directive is in compliance with the California Probate Code, Section 4671-4675. <http://www.leginfo.ca/gov/calaw.html>

Данная работа имеет лицензию Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike. Чтобы ознакомиться с этой лицензией, посетите веб-сайт <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> или отправьте письмо по адресу: Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> or send a letter to Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Редакция: 18.01.2010

Авторы: Rebecca Sudore, доктор медицины, и Mahat Papartassee (для Департамента здравоохранения г. Сан-Франциско)  
Designed by Rebecca Sudore, MD & Mahat Papartassee for the San Francisco Department of Public Health





## **ТОЛЬКО для жителей домов престарелых штата Калифорния**

- **Отдайте эту форму директору дома престарелых, **только** если вы живете в доме престарелых.**
- **По законодательству штата Калифорния предварительные медицинские указания жителей домов престарелых должны быть заверены уполномоченным по правам пациентов данных учреждений.**

### **ЗАЯВЛЕНИЕ АДВОКАТА ПАЦИЕНТА ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА**

«Под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Калифорния я подтверждаю, что являюсь адвокатом пациента или уполномоченным по правам человека, назначенным Департаментом штата по делам престарелых (State Department of Aging), и выступаю в качестве свидетеля согласно требованиям раздела 4675 Наследственного кодекса (Probate Code)».

\_\_\_\_\_ /     /  
подпись

дата

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Это предварительное указание соответствует разделам 4671–4675 Наследственного кодекса штата Калифорния.  
<http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

Данная работа имеет лицензию Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike. Чтобы ознакомиться с этой лицензией, посетите веб-сайт <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> или отправьте письмо по адресу: Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Редакция: 18.01.2010

**P12**

