

Попереднє розпорядження щодо медичного обслуговування штату Орегон

Ця форма попереднього розпорядження дозволяє Вам:

- ділитися своїми цінностями, переконаннями, цілями та бажаннями щодо медичного обслуговування, якщо Ви не можете висловити їх самостійно.
- назвати особу, яка прийматиме рішення щодо Вашого здоров'я, якщо Ви не зможете приймати їх самостійно. Цю особу називають Вашим представником з питань медичного обслуговування, і вона повинна погодитися виконувати цю роль.

Обов'язково обговоріть своє попереднє розпорядження та свої побажання зі своїм представником з питань медичного обслуговування. Це дозволить йому приймати рішення, які відобразатимуть Ваші бажання. Вам рекомендується повністю заповнити цю форму.

Форма попереднього розпорядження щодо медичного обслуговування штату Орегон та Ваш посібник із попередніх розпоряджень штату Орегон доступні на вебсайті Управління охорони здоров'я штату Орегон.

- У розділах 1, 2, 5, 6 і 7 Ви призначаєте представника з питань медичного обслуговування.
- У розділах 3 і 4 Ви надаєте вказівки щодо Вашого медичного обслуговування.

Форма попереднього розпорядження дозволяє Вам висловити свої уподобання щодо медичного обслуговування. Це не те саме, що Розпорядження про штучне підтримання життя (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST), як визначено в ORS 127.663. Ви можете знайти більше інформації про POLST у Вашому посібнику із попередніх розпоряджень штату Орегон.

Цю форму можна використовувати в штаті Орегон, щоб вибрати особу, яка прийматиме за Вас рішення про медичне обслуговування, якщо Ви стали занадто хворим(-ою), щоб говорити за себе, або не можете самостійно приймати рішення про медичне обслуговування. Ця особа називається представником з питань медичного обслуговування. Якщо у вас немає офіційного призначення представника з питань медичного обслуговування, і Ви стали занадто хворим(-ою), щоб говорити за себе, представник з питань медичного обслуговування буде призначений для Вас у порядку черговості, викладеному в ORS 127.635 (2), і лише ця особа може вирішити відмовитися від лікування, що підтримує життя, або припинити його, якщо Ви відповідаєте одній із умов, викладених у ORS 127.635 (1).

Ця форма також дозволяє Вам висловити свої цінності та переконання щодо рішень про медичне обслуговування та Ваші уподобання щодо медичного обслуговування.

Якщо Ви оформили попереднє розпорядження в минулому, це нове попереднє розпорядження замінить будь-яке старе розпорядження.

Ви повинні підписати цю форму, щоб вона набула чинності. Ви також повинні засвідчити її двома свідками або нотаріусом. Призначення Вами представника з питань медичного обслуговування не набуде чинності доти, доки представник з питань медичного обслуговування не погодиться на це призначення.

Якщо Ваше попереднє розпорядження містить вказівки щодо припинення життєзабезпечення або годування через зонд, Ви можете відкликати своє попереднє розпорядження у будь-який час і будь-який спосіб, який виражає Ваше бажання відкликати його.

У всіх інших випадках Ви можете відкликати своє попереднє розпорядження у будь-який час і будь-який спосіб, якщо Ви здатні приймати рішення про медичне обслуговування.

Форма попереднього розпорядження

1. Особиста інформація		
П. І. Б. (прізвище, ім'я, по батькові)		Дата народження:
Номери телефонів: домашній	робочий	мобільний
Адреса:		Ел. пошта:

2. Мій представник з питань медичного обслуговування

Я обираю наступну особу як свого представника з питань медичного обслуговування, який прийматиме за мене рішення щодо мого медичного обслуговування, якщо я не зможу говорити за себе.

П. І. Б. (прізвище, ім'я, по батькові)		Ким доводиться:
Номери телефонів: домашній	робочий	мобільний
Адреса:		Ел. пошта:

Я обираю наступних людей як своїх альтернативних представників з питань медичного обслуговування, якщо мій перший обранець не зможе приймати рішення щодо медичного обслуговування за мене, або якщо я скакую призначення першого представника з питань медичного обслуговування.

Перший альтернативний представник з питань медичного обслуговування

П. І. Б. (прізвище, ім'я, по батькові)		Ким доводиться:
Номери телефонів: домашній	робочий	мобільний
Адреса:		Ел. пошта:

Другий альтернативний представник з питань медичного обслуговування

П. І. Б. (прізвище, ім'я, по батькові)		Ким доводиться:
Номери телефонів: домашній	робочий	мобільний
Адреса:		Ел. пошта:

3. Мої вказівки щодо медичного обслуговування

У цьому розділі Ви можете висловити свої побажання, цінності та цілі щодо медичного обслуговування. Ваші вказівки містять рекомендації для Вашого представника з питань медичного обслуговування та медичних працівників.

Ви можете надати рекомендації щодо Вашого медичного обслуговування за допомогою вибору, який Ви зробите нижче. Це стосується навіть тих випадків, коли Ви не обираєте представника з питань медичного обслуговування, або якщо з ним неможливо зв'язатися.

A. Мої рішення щодо медичного обслуговування

Нижче наведено три ситуації, у яких Ви можете висловити свої побажання. Вони допоможуть Вам обміркувати рішення щодо життєзабезпечення, з якими може зіткнутися Ваш представник з питань медичного обслуговування. Для кожної виберіть один варіант, який найбільше відповідає Вашим побажанням.

a. Невиліковний стан

Це те, що я хочу, якщо:

- у мене захворювання, яке неможливо вилікувати, або регрес якого неможливо викликати;

ТА

- мої медичні працівники вважають, що це призведе до моєї смерті протягом шести місяців, незалежно від будь-якого лікування.

Підпишіть ініціалами лише один варіант

_____ Я хочу спробувати всі доступні методи лікування, щоб підтримувати своє життя, такі як штучне вигодовування та поповнення втрати рідини за допомогою зондів для штучного годування, внутрішньовенне вливання, нирковий діаліз і дихальні апарати.

_____ Я хочу спробувати підтримувати своє життя за допомогою штучного вигодовування та поповнення втрати рідини за допомогою зондів для штучного годування і внутрішньовенного вливання. Я не хочу, щоб інші методи лікування підтримували моє життя, такі як нирковий діаліз і дихальні апарати.

_____ Я не хочу використовувати методи лікування, щоб підтримувати своє життя, такі як штучне вигодовування та поповнення втрати рідини за допомогою зондів для штучного годування, внутрішньовенне вливання, нирковий діаліз або дихальні апарати. Я хочу перебувати в комфортних умовах і мені дозволили померти природним шляхом.

_____ Я хочу, щоб мій представник з питань медичного обслуговування приймав рішення за мене після розмови з моїми медичними працівниками і враховуючи те, що для мене важливо. Я висловив(-ла) те, що для мене важливо, у розділі В нижче.

b. Хронічне прогресуюче захворювання

Це те, що я хочу, якщо:

- У мене захворювання на пізній стадії.

ТА

- Мої медичні працівники вважають, що воно не регресує, і, швидше за все, з часом загостриться та призведе до смерті.

ТА

- Мої медичні працівники вважають, що я ніколи не зможу:
 - » спілкуватись;
 - » безпечно ковтати їжу та воду;
 - » доглядати за собою;
 - » впізнавати свою родину та інших людей.

Підпишіть ініціалами лише один варіант

_____	Я хочу спробувати всі доступні методи лікування, щоб підтримувати своє життя, такі як штучне вигодовування та поповнення втрати рідини за допомогою зондів для штучного годування, внутрішньовенне вливання, нирковий діаліз і дихальні апарати.
_____	Я хочу спробувати підтримувати своє життя за допомогою штучного вигодовування та поповнення втрати рідини за допомогою зондів для штучного годування і внутрішньовенного вливання. Я не хочу, щоб інші методи лікування підтримували моє життя, такі як нирковий діаліз і дихальні апарати.
_____	Я не хочу використовувати методи лікування, щоб підтримувати своє життя, такі як штучне вигодовування та поповнення втрати рідини за допомогою зондів для штучного годування, внутрішньовенне вливання, нирковий діаліз або дихальні апарати. Я хочу перебувати в комфортних умовах і мені дозволили померти природним шляхом.
_____	Я хочу, щоб мій представник з питань медичного обслуговування приймав рішення за мене після розмови з моїми медичними працівниками і враховуючи те, що для мене важливо. Я висловив(-ла) те, що для мене важливо, у розділі В нижче.

с. Перебування без свідомості

Це те, що я хочу, якщо:

- Я не при свідомості.
ТА
- Якщо мої медичні працівники вважають, що я навряд чи прийду до свідомості.

Підпишіть ініціалами лише один варіант

_____ Я хочу спробувати всі доступні методи лікування, щоб підтримувати своє життя, такі як штучне вигодовування та поповнення втрати рідини за допомогою зондів для штучного годування, внутрішньовенне вливання, нирковий діаліз і дихальні апарати.

_____ Я хочу спробувати підтримувати своє життя за допомогою штучного вигодовування та поповнення втрати рідини за допомогою зондів для штучного годування і внутрішньовенного вливання. Я не хочу, щоб інші методи лікування підтримували моє життя, такі як нирковий діаліз і дихальні апарати.

_____ Я не хочу використовувати методи лікування, щоб підтримувати своє життя, такі як штучне вигодовування та поповнення втрати рідини за допомогою зондів для штучного годування, внутрішньовенне вливання, нирковий діаліз або дихальні апарати. Я хочу перебувати в комфортних умовах і мені дозволили померти природним шляхом.

_____ Я хочу, щоб мій представник з питань медичного обслуговування приймав рішення за мене після розмови з моїми медичними працівниками і враховуючи те, що для мене важливо. Я висловив(-ла) те, що для мене важливо, у розділі В нижче.

Ви можете писати у полі нижче або прикріпити сторінки, щоб розповісти більше про те, який вид медичного обслуговування Ви хочете чи не хочете.

В. Найважливіше для мене

Цей розділ стосується лише тих випадків, коли Ви перебуваєте в невиліковному стані, маєте прогресуюче захворювання на пізній стадії або постійно перебуваєте без свідомості. Якщо Ви бажаєте використовувати цей розділ, Ви можете повідомити про те, що дійсно важливо для вас. Ці допоможе Вашому представнику з питань медичного обслуговування.

Ось що Ви повинні знати про те, що для мене важливо в моєму житті:

Це те, що я ціную найбільше у своєму житті:

Ось що для мене важливо в моєму житті:

Я не бажаю проведення життєзабезпечувальних процедур, якщо мене неможливо підтримувати та я не можу робити наступне:

Підпишіть ініціалами всі відповідні варіанти

_____ Висловлювати свої потреби

_____ Позбутися тривалого сильного болю та страждань

_____ Знати, хто я і з ким я

_____ Жити без підключення до апарату життєзабезпечення

_____ Брати участь у заходах, які мають для мене значення, наприклад:

Якщо Ви хочете розповісти більше, щоб допомогти Вашому представнику з питань медичного обслуговування зрозуміти, що для Вас найважливіше, запишіть це сюди. (Наприклад: Я не хочу лікуватися, якщо це призведе до...)

С. Мої духовні переконання

Чи є у Вас духовні чи релігійні переконання, про які Ви хочете, щоб Ваш представник з питань медичного обслуговування та ті, хто доглядає за Вами, знали? Це можуть бути ритуали, таїнства, відмова від переливання препаратів крові тощо.

Ви можете записати у полі нижче або прикріпити сторінки, щоб розповісти більше про свої духовні чи релігійні переконання.

4. Додаткова інформація

Використовуйте цей розділ, якщо Ви хочете, щоб Ваш представник з питань медичного обслуговування та медичні працівники мали більше інформації про Вас.

А. Життя і цінності

Нижче Ви можете розповісти про своє життя та цінності. Це може допомогти Вашому представнику з питань медичного обслуговування та медичним працівникам приймати рішення щодо Вашого медичного обслуговування. Це може включати сімейний анамнез, досвід медичного обслуговування, культурний досвід, рід занять, систему соціального забезпечення тощо.

Ви можете записати у полі нижче або прикріпити сторінки, щоб розповісти більше про своє життя, переконання та цінності

В. Місце догляду

Якщо є вибір щодо того, де Ви отримуватимете медичне обслуговування, чому Ви віддаєте перевагу? Чи є місця, де Ви хочете або не хочете отримувати медичне обслуговування? (Наприклад, лікарня, будинок престарілих, психіатричний заклад, інтернат для дорослих, проживання у будинку для людей похилого віку та інвалідів, ваш дім.)

Ви можете записати у полі нижче або прикріпити сторінки, щоб розповісти більше про те, де Ви бажаєте отримувати медичне обслуговування чи не отримувати його.

С. Інше

Ви можете додати до цієї форми інші документи, які, на Вашу думку, будуть корисними для Вашого представника з питань медичного обслуговування і медичних працівників. Те, що Ви додасте, буде частиною Вашого попереднього розпорядження.

Ви можете перерахувати документи, які Ви додали, у полі нижче.

D. Кого потрібно поінформувати

Ви можете дозволити своєму представнику з питань медичного обслуговування дозволити Вашим медичним працівникам у межах, дозволених законами штату та федеральними законами про конфіденційність, обговорювати стан Вашого здоров'я та медичне обслуговування з людьми, яких Ви впишете нижче. Лише Ваш представник з питань медичного обслуговування може приймати рішення щодо Вашого медичного обслуговування.

П. І. Б. (прізвище, ім'я, по батькові)		Ким доводиться:
Номери телефонів: домашній	робочий	мобільний
Адреса:		Ел. пошта:

5. Мій підпис

Мій підпис

Дата

6. Свідок

Заповніть пункт А або В, коли будете ставити підпис

A. Нотаріус

Штат _____

Округ _____

Підписано або засвідчено _____ (ки
переді мною _____ Дата _____ м)

Державний нотаріус штату Орегон

B. Заява свідка

Особа, яка заповнює цю форму, знайома мені особисто або надала документ, що засвідчує особу, підписала або визнала свій підпис на документі в моїй присутності та, здається, не була під примусом і розуміє мету та наслідки виконання цієї форми. Крім того, я не є представником з питань медичного обслуговування чи альтернативним представником з питань медичного обслуговування цієї особи, і я не є медичним працівником, що лікує цю особу.

П. І. Б. свідка (друкованими літерами)

Підпис

Дата

П. І. Б. свідка (друкованими літерами)

Підпис

Дата

7. Прийняття моїм представником з питань медичного обслуговування

Я приймаю це призначення та погоджуюся виступати в якості представника з питань медичного обслуговування.

Представник з питань медичного обслуговування:

П. І. Б. друкованими літерами

Підпис або інше підтвердження прийняття

Дата

Перший альтернативний представник з питань медичного обслуговування:

П. І. Б. друкованими літерами

Підпис або інше підтвердження прийняття

Дата

Другий альтернативний представник з питань медичного обслуговування:

П. І. Б. друкованими літерами

Підпис або інше підтвердження прийняття

Дата

Доступність документа: для осіб з інвалідністю або осіб, які розмовляють мовою, відмінною від англійської, ОНА може надати документи в альтернативному форматі, наприклад у перекладі на іншу мову, а також документи, надруковані великим шрифтом або шрифтом Брайля. Зверніться до Інформаційного центру охорони здоров'я за номером телефону 1-971-673-2411 (711 для телетайпу) або завітайте на вебсайт COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us.