EMORY HEALTHCARE

GEORGIA ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE
RUSSIAN TRANSLATIONS
/ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ РАСПОРЯЖЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ В ШТАТЕ ДЖОРДЖИЯ

By/От: _____ Date of Birth/Дата рождения: _____
(Print Name/ФИО печатными буквами) (Month/Day/Year Месяц/День/Год)

Это предварительное распоряжение о медицинском обслуживании состоит из 4-х частей:

PART ONE/ЧАСТЬ 1	HEALTH CARE AGENT/МЕДИЦИНСКИЙ АГЕНТ. В этой части Вы можете выбрать человека, который будет принимать решения о медицинском обслуживании за Вас, когда Вы не сможете (или не захотите) принимать решения о Вашем медицинском обслуживании самостоятельно. Выбранный Вами человек называется медицинским агентом. Вы также можете поручить своему медицинскому агенту принимать за Вас решения после Вашей смерти в отношении вскрытия, донорства органов, Вашего тела и последнего распоряжения Вашим телом. Вам следует обсудить с Вашим медицинским агентом эту важную роль.
PART TWO/ЧАСТЬ 2	TREATMENT PREFERENCES/ПРЕДПОЧТЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ. *В этой части Вы можете указать свои предпочтения в лечении, если у Вас неизлечимое заболевание или Вы подолгу находитесь в бессознательном состоянии. ЧАСТЬ 2 вступит в силу только в том случае, если Вы не сможете сообщить о своих предпочтениях в лечении самостоятельно. Будут предприняты разумные и надлежащие усилия, чтобы узнать от Вас о Ваших предпочтениях в отношении лечения лично, прежде чем вступит в силу ЧАСТЬ 2. Вам следует поговорить со своей семьей и другими близкими о Ваших предпочтениях касательно лечения.*
PART THREE/ЧАСТЬ 3	GUARDIANSHIP/ОПЕКУНСТВО. *Эта часть позволяет Вам назначить человека в качестве своего опекуна, если таковой когда-либо понадобится.*
PART FOUR/ЧАСТЬ 4	EFFECTIVENESS AND SIGNATURES/ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ И ПОДПИСИ. *В этой части требуются Ваша подпись и подписи 2-х свидетелей. Вы должны заполнить ЧАСТЬ 4, если Вы заполнили какую-либо другую часть этой формы.*

Вы можете заполнить любую или все из первых 3-х частей выше. Но чтобы этот документ имел юридическую силу, вы должны заполнить ЧАСТЬ 4 этой формы.

Вы должны предоставить копию этой заполненной формы людям, которым она может понадобиться, например, Вашему медицинскому агенту, членам Вашей семьи и Вашему врачу. Храните копию этой заполненной формы дома в таком месте, где ее можно будет легко найти при необходимости. Периодически просматривайте эту заполненную форму, чтобы убедиться, что она по-прежнему отражает Ваши предпочтения. Если Ваши предпочтения изменились, заполните новое предварительное распоряжение о медицинском обслуживании.

Использование этой формы предварительного распоряжения о медицинском обслуживании совершенно необязательно. В штате Джорджия могут использоваться другие формы предварительного распоряжения о медицинском обслуживании.

Вы можете отозвать эту заполненную форму в любое время. Заполненная правильно, эта форма отменит все предварительные распоряжения о медицинском обслуживании, долгосрочную доверенность на медицинское обслуживание, доверенность на медицинское обслуживание или завещание, которые Вы заполнили до подписания этой формы.

PART ONE: HEALTH CARE AGENT/ЧАСТЬ 1: МЕДИЦИНСКИЙ АГЕНТ

[ЧАСТЬ 1 вступит в юридическую силу, даже если ЧАСТЬ 2 не будет заполнена. Врач или специалист, который непосредственно занимается Вашим лечением, не может выступать в качестве Вашего медицинского агента. Если Вы состоите в браке, развод или расторжение вашего брака в будущем приведёт к отмене выбора Вашего нынешнего супруга в качестве Вашего медицинского агента. Если Вы не состоите в браке, будущий брак аннулирует Выбор вашего медицинского агента, если только человек, которого Вы выбрали в качестве медицинского агента, не является Вашим новым супругом].

(1) HEALTH CARE AGENT/МЕДИЦИНСКИЙ АГЕНТ

Я выбираю следующего человека в качестве своего медицинского агента для принятия решений о моём медицинском обслуживании за меня:

Name/Имя, фамилия:_____

Adress/дрес:_____

Telephone/Номера телефонов:_____
(Home, Work, and Mobile/дом, раб, и мобильный)

(2) BACK-UP HEALTH CARE AGENT/ВТОРОЙ МЕДИЦИНСКИЙ АГЕНТ

*[**Этот раздел не обязателен для заполнения.** ЧАСТЬ 1 вступит в силу, даже если этот раздел не заполнен].*

Если с моим медицинским агентом невозможно связаться в разумные сроки, и его невозможно найти, приложив разумные усилия, или по какой-либо причине мой медицинский агент недоступен, не может или не желает действовать в качестве моего медицинского агента, то я выбираю следующих лиц, каждое из которых должно действовать в указанном порядке, в качестве моих запасных медицинских агентов:

Name/Имя, фамилия: _____

Address/Адрес: _____

Telephone/Номера телефонов: _____
(Home, Work, and Mobile/дом., раб. и мобильный)

Name/Имя, фамилия: _____

Address/Адрес: _____

Telephone/Номера телефонов: _____

(Home, Work, and Mobile/дом., раб. и мобильный)

(3) GENERAL POWERS OF HEALTH CARE AGENT/Общие полномочия медицинского агента

Мой медицинский агент будет принимать решения о медицинском обслуживании за меня, если я не смогу сообщить о своих решениях о моём медицинском обслуживании, или если я захочу, чтобы мой медицинский агент сообщал о моих решениях касательно моего медицинского обслуживания.

Мой медицинский агент будет обладать теми же полномочиями для принятия любых решений о моём медицинском обслуживании, что и я. Полномочия моего медицинского агента включают, например, право:

- определить меня в любую больницу, учреждение квалифицированной медицинской помощи, хоспис или другое медицинское учреждение или службу, или выписать меня из них;
- запрашивать, давать согласие на получение любого вида медицинской помощи, приостанавливать или отменять его;
- заключить контракт с любым медицинским учреждением или службой за меня и обязать меня оплатить эти услуги (но мой медицинский агент не будет нести финансовой ответственности за любые услуги или уход, заключенные для меня или от моего имени).

Мой медицинский агент будет моим личным представителем для всех целей федерального законодательства и законодательства штата о конфиденциальности медицинских записей (включая Закон о переносимости и подотчетности медицинского страхования от 1996 года – HIPAA), и будет иметь такой же доступ к моим медицинским записям, какой есть у меня, и сможет раскрывать содержание моих медицинских записей другим лицам для осуществления моего текущего медицинского обслуживания.

Мой медицинский агент может сопровождать меня в машине/вертолёте скорой помощи, если, по мнению персонала скорой помощи, это разрешено протоколом, и мой медицинский агент может лично посещать меня или консультироваться со мной, пока я нахожусь в больнице, учреждении квалифицированной медицинской помощи, хосписе или другом медучреждении или службе, если их правила разрешают посещение.

Мой медицинский агент может предоставить копию настоящего предварительного распоряжения о медицинском обслуживании вместо оригинала, и копия будет иметь то же значение и силу, что и оригинал.

Я понимаю, что в соответствии с законодательством штата Джорджия:

- мой медицинский агент может отказаться действовать в качестве моего представителя по вопросам моего медобслуживания;
- суд может лишить моего медицинского агента полномочий, если сочтёт, что мой медицинский агент действует ненадлежащим образом;
- мой медицинский агент не имеет полномочий принимать за меня медицинские решения, касающиеся психохирургии, стерилизации, лечения или принудительной госпитализации в связи с психическими или эмоциональными заболеваниями, умственной отсталостью или зависимостью от ПАВ.

(4) GUIDANCE FOR HEALTH CARE AGENT/Руководство для медицинского агента

Принимая за меня решения о медицинском обслуживании, мой лечащий врач должен учитывать, какие действия будут соответствовать нашим предыдущим беседам, моим предпочтениям в лечении, изложенным в ЧАСТИ 2 (если я заполнил ЧАСТЬ 2), моим религиозным и другим убеждениям и ценностям, и то, как я решал(-а) медицинские и другие важные вопросы в прошлом. Если при этом все ещё не ясно, какое я бы принял решение, то мой медицинский агент должен принимать за меня такие решения, которые, по его мнению, наилучшим образом отвечают моим интересам, учитывая выгоды, трудности и риски, связанные с моими текущими обстоятельствами и вариантами лечения.

(5) POWERS OF HEALTH CARE AGENT AFTER DEATH/Полномочия медицинского агента после моей смерти

(A) AUTOPSY/ВСКРЫТИЕ

Мой медицинский агент будет иметь право санкционировать вскрытие моего тела, если только я не ограничил полномочия моего медицинского агента, поставив ниже свои инициалы.

_____ (Initials/инициалы) Мой медицинский агент не будет иметь полномочий давать разрешение на вскрытие моего тела (кроме случаев, когда вскрытие требуется по закону).

(B) ORGAN DONATION AND DONATION OF BODY/ДОНОРСТВО ОРГАНОВ И ДОНОРСТВО ТЕЛА

Мой медицинский агент будет иметь право распоряжаться любой частью моего тела или всем моим телом в медицинских целях в соответствии с Законом штата Джорджия об анатомическом дарении, если я не ограничил полномочия своего медицинского агента, поставив ниже свои инициалы.

[Проставьте инициалы под каждым утверждением, которое Вы хотите применить].

_____ (Initials/инициалы) My health care agent will not have the power to make a disposition of my body for use in a medical study program./Мой медицинский агент не будет иметь полномочий распоряжаться моим телом для использования в медицинских целях.

_____ (Initials/инициалы) My health care agent will not have the power to donate any of my organs./Мой медицинский агент не будет иметь полномочий пожертвовать какие-либо из моих органов.

(C) FINAL DISPOSITION OF BODY/ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ РАСПОРЯЖЕНИЕ КАСАТЕЛЬНО ТЕЛА

Мой медицинский агент будет иметь право принимать решения об окончательной судьбе моего тела, если я не проставил свои инициалы ниже.

_____ (Initials/инициалы) I want the following person to make decisions about the final disposition of my body/Я хочу, чтобы следующее лицо приняло решение об окончательной судьбе моего тела:

Name/Имя, фамилия: _____

Address/Адрес: _____

Telephone/Номера телефонов: _____
(Home, Work, and Mobile/дом., раб. и мобильный)

Я хочу, чтобы моё тело:

_____ (Initials/инициалы) Buried/похоронили

ИЛИ

_____ (Initials/инициалы) Cremated/кремировали

PART TWO: TREATMENT PREFERENCES/ЧАСТЬ 2: ПРЕДПОЧТЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ

[ЧАСТЬ 2 вступит в силу только в том случае, если Вы не смогли сообщить о своих предпочтениях в отношении лечения после того, как были предприняты разумные и надлежащие усилия для запроса у Вас этой информации. ЧАСТЬ 2 вступит в юридическую силу, даже если ЧАСТЬ 1 не будет заполнена. Если Вы не выбрали медицинского агента в ЧАСТИ 1, или если Ваш медицинский агент недоступен, то в ЧАСТИ 2 Ваш врач и другие специалисты найдут Ваши предпочтения в отношении лечения. Если Вы выбрали медицинского агента в ЧАСТИ 1, то он(а) будет уполномочен(а) принимать за Вас все решения о лечении по вопросам, указанным в ЧАСТИ 2. Ваш медицинский агент будет руководствоваться Вашими предпочтениями в отношении лечения и другими факторами, описанными в Разделе (4) ЧАСТИ 1].

(6) CONDITIONS/УСЛОВИЯ

ЧАСТЬ 2 вступит в силу, если я буду находиться в любом из следующих состояний:

[Проставьте инициалы под каждым условием, при котором Вы хотите, чтобы ЧАСТЬ 2 вступала в силу].

_____ (Initials/инициалы) A terminal condition, which means I have an incurable or irreversible condition that will result in my death in a relatively short period of time./терминальное состояние, т.е. у меня неизлечимое или необратимое заболевание, которое приведёт к моей смерти в течение относительно короткого периода времени.

_____ (Initials/инициалы) A state of permanent unconsciousness, which means I am in an incurable or irreversible condition in which I am not aware of myself or my environment and I show no behavioral response to my environment./состояние постоянной бессознательности, т.е. я нахожусь в неизлечимом или необратимом состоянии, при котором я не осознаю себя или своё окружение и не проявляю никакой поведенческой реакции на происходящее вокруг.

Моё состояние будет подтверждено в письменной форме после личного осмотра моим лечащим врачом и вторым врачом-терапевтом в соответствии с принятыми в настоящее время медицинскими стандартами.

(7) TREATMENT PREFERENCES/Предпочтения в лечении

[Укажите Ваши предпочтения в отношении лечения, проставив инициалы в пп. (A), (B) или (C). Если Вы выбрали (C), укажите Ваши дополнительные предпочтения, проставив инициалы в одном или нескольких утверждениях, следующих за (C). В следующем разделе Вы можете дать дополнительные инструкции о Ваших предпочтениях в лечении. Вам будет оказана медицинская помощь, включая обезболивание, но Вы также можете указать свои особые предпочтения в отношении обезболивания в следующем разделе].

Если я нахожусь в каком-либо состоянии, указанном в п. (6) выше, и я не в состоянии сообщить о своих предпочтениях в лечении после того, как были предприняты разумные и надлежащие усилия, чтобы узнать их от меня, то:

(A) _____ (Initials/инициалы) Try to extend my life for as long as possible, using all medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive./постарайтесь продлить мою жизнь как можно дольше, используя все лекарства, аппараты или другие медицинские процедуры, которые, по разумным медицинским оценкам, могли бы сохранить мне жизнь. Если я не смогу принимать пищу или жидкости через рот, я хочу получать пищу или жидкости через зонд или другим медицинским способом.

ИЛИ

(B) _____ (Initials/инициалы) Allow my natural death to occur./позвольте мне умереть естественной смертью. Я не хочу никаких лекарств, аппаратов или других медицинских процедур, которые, по разумным медицинским оценкам, могли бы сохранить мне жизнь, но не могут вылечить меня. Я не хочу получать питание или жидкости через зонд или другими медицинскими способами, кроме необходимого обезболивания.

ИЛИ

(C) _____ (Initials/инициалы) I do not want any medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive but cannot cure me, except as follows/Я не хочу никаких лекарств, аппаратов или других медицинских процедур, которые, по разумным медицинским оценкам, могли бы сохранить мне жизнь, но не могут вылечить меня, кроме следующих:

[Проставьте свои инициалы под каждым утверждением, которое Вы хотите применить к п. (C)]:

_____ (Initials/инициалы) If I am unable to take nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube or other medical means./если я не смогу принимать пищу через рот, я хочу получать питание через зонд или другим медицинским способом.

_____ (Initials/инициалы) If I am unable to take fluids by mouth, I want to receive fluids by tube or other medical means./если я не смогу пить через рот, я хочу получать жидкости через зонд или другим медицинским способом.

_____ (Initials/инициалы) If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator used./если я не смогу нормально дышать, я хочу, чтобы мне подключили аппарат искусственной вентиляции лёгких.

_____ (Initials/инициалы) If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used./если у меня остановится сердце или пропадёт пульс, я хочу, чтобы мне провели сердечно-лёгочную реанимацию (СЛР).

(8) ADDITIONAL STATEMENTS/Дополнительные указания

[Этот раздел не обязателен к заполнению. *ЧАСТЬ 2 вступит в силу, даже если этот раздел не заполнен. Этот раздел позволяет Вам указать дополнительные предпочтения в отношении лечения, дать дополнительные рекомендации Вашему медицинскому агенту (если Вы выбрали медицинского агента в ЧАСТИ 1) или предоставить информацию о Ваших личных и религиозных ценностях, связанных с Вашим лечением. Например, Вы можете указать свои предпочтения в отношении лечения препаратами для борьбы с инфекцией, хирургического вмешательства, ампутации, переливания крови или диализа почек. Понимая, что Вы не можете предвидеть всего, что может произойти с Вами после того, как Вы больше не сможете сообщать о своих предпочтениях в лечении, Вы, возможно, захотите дать рекомендации своему медицинскому агенту (если Вы выбрали медицинского агента в ЧАСТИ 1) касательно соблюдения Ваших предпочтений в лечении. Вы можете указать свои особые предпочтения относительно обезболивания].*

_____

_____

_____

(9) IN CASE OF PREGNANCY/В СЛУЧАЕ БЕРЕМЕННОСТИ

[ЧАСТЬ 2 вступит в силу, даже если этот раздел не заполнен].

Я понимаю, что в соответствии с законом штата Джорджия, ЧАСТЬ 2 обычно теряет юридическую силу, если я беременна, за исключением случаев, когда плод нежизнеспособен, и я указываю, подписываясь инициалами ниже, что я хочу, чтобы ЧАСТЬ 2 была выполнена.

_____ (Initials/инициалы) I want PART TWO to be carried out if my fetus is not viable./Я хочу, чтобы ЧАСТЬ 2 была выполнена, если мой плод нежизнеспособен.

PART THREE: GUARDIANSHIP/ЧАСТЬ 3: ОПЕКУНСТВО

(10) GUARDIANSHIP/Опекунство

[ЧАСТЬ 3 заполнять не обязательно. *Данное предварительное распоряжение о медицинском обслуживании вступит в силу, даже если ЧАСТЬ 3 не заполнена. Если Вы хотите назначить лицо в качестве Вашего опекуна т.к. суд принял решение о необходимости опекуна, заполните ЧАСТЬ 3. Если суд установит, что Вы не в состоянии самостоятельно принимать важные ответственные решения, касающиеся Вашей личной поддержки, безопасности или благосостояния, то суд назначит Вам опекуна. Суд назначит выбранное Вами лицо, если сочтет, что это назначение наилучшим образом отвечает Вашим интересам и благополучию. Если Вы выбрали медицинского агента в ЧАСТИ 1, Вы можете (но не обязаны) назначить это же лицо своим опекуном. Если Ваш медицинский агент и опекун не являются одним и тем же лицом, Ваш медицинский агент будет иметь приоритет перед Вашим опекуном при принятии решений о Вашем медицинском обслуживании, если суд не примет иного решения].*

[Укажите свои предпочтения, подписав инициалами пп. (A) или (B). Выбрать (A) можно только если Вы заполнили ЧАСТЬ 1].

(A) _____ (Initials/инициалы) I nominate the person serving as my health care agent under PART ONE to serve as my guardian./Я назначаю лицо, выступающее в качестве моего медицинского агента в соответствии с ЧАСТЬЮ 1, моим опекуном.

ИЛИ

(B) _____ (Initials/инициалы) I nominate the following person to serve as my guardian/Я назначаю своим опекуном:

Name/Имя, фамилия: _____

Address/Адрес: _____

Telephone/Номера телефонов: _____
(Home, Work, and Mobile/дом., раб. и мобильный)

PART FOUR: EFFECTIVENESS AND SIGNATURES/ЧАСТЬ 4: ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ И ПОДПИСИ

Это предварительное распоряжение о медицинском обслуживании вступит в силу только если я не смогу или не захочу принимать или сообщать о своих собственных решениях в отношении моего медицинского обслуживания.

Эта форма отменяет любое предварительное распоряжение о медицинском обслуживании, долгосрочную доверенность на медицинское обслуживание, доверенность на медицинское обслуживание или завещание о жизни, которые я заполнил(-а) до этой даты.

Если я не проставил(-а) ниже свои инициалы и не принял(-а) официально других решений в будущем, настоящее предварительное распоряжение о медицинском обслуживании вступит в силу с момента его подписания и будет оставаться в силе до моей смерти (и после моей смерти в объёме, указанном в Разделе (5) ЧАСТИ 1).

_____ (Initials/инициалы) Настоящее предварительное распоряжение о медицинском обслуживании вступает в силу с _____ и прекращает своё действие _____.

Вы должны подписать эту форму и поставить дату или подтвердить подписание и дату этой формы в присутствии 2-х свидетелей. Оба свидетеля должны быть в здравом уме, и должны быть не моложе 18 лет, но свидетели не обязаны быть вместе или присутствовать, когда Вы подписываете эту форму.

Свидетель:

- *не может быть лицом, выбранным в качестве Вашего агента по медицинскому обслуживанию или второго агента по медицинскому обслуживанию в ЧАСТИ 1;*
- *не может быть лицом, которое сознательно унаследует что-либо от Вас или иным образом сознательно получит финансовую выгоду от Вашей смерти;*
- *не может быть лицом, которое напрямую участвует в Вашем медицинском обслуживании.*

Только один из свидетелей может быть сотрудником, агентом или медицинским работником больницы, дома престарелых, хосписа или другого медицинского учреждения, в котором Вы получаете медицинскую помощь (но этот свидетель не может непосредственно участвовать в процессах оказания Вам медицинской помощи).

Подписываясь ниже, я заявляю, что я эмоционально и умственно в состоянии составить это предварительное распоряжение о медицинском обслуживании, и что я понимаю его цель и последствия.

_____ _____
(Signature of Declarant/Подпись заявителя) (Date/дата)

Заявитель подписал эту форму в моём присутствии или подтвердил мне, что согласен подписать эту форму. По моим впечатлениям, заявитель был эмоционально и умственно в состоянии дать это предварительное распоряжение о медицинском обслуживании и подписал эту форму добровольно.

_____ _____
(Signature of First Witness/подпись первого свидетеля) (Date/дата)
Print Name/ФИО печатными буквами: _____
Address/Адрес: _____

_____ _____
(Signature of Second Witness/подпись второго свидетеля) (Date/дата)
Print Name/ФИО печатными буквами: _____
Address/Адрес: _____

[Эта форма не требует нотариального заверения].