

**Начнём разговор о  
Ваших пожеланиях относительно  
медицинского обслуживания и  
ухода**

Заблаговременные Распоряжения и  
Долгосрочная Доверенность  
на принятие решений, касающихся медицинского  
обслуживания

Advance Directives and  
Durable Power of Attorney  
for Health Care (Russian)



**MICHIGAN MEDICINE**  
UNIVERSITY OF MICHIGAN

# Пособие для оформления **Заблаговременных Распоряжений**

**Это пособие состоит из пяти частей. Это позволит Вам:**



Прежде чем начать: **Узнать побольше о Заблаговременных Распоряжениях. (Страница 3)**

В этом разделе Вы узнаете о планировании медицинского обслуживания и ухода и о формах, которые Вам необходимо заполнить.



Форма Раздел А: **Изложите свои пожелания о Вашем медицинском обслуживании и уходе. (Страница 9)**

Эта форма позволяет Вам указать какой вид медицинского обслуживания и ухода Вы бы хотели получить, и послужит руководством для Вашего Адвоката пациента. Таким образом, те люди, которые заботятся о Вас, не будут гадать о том, какое лечение и уход Вы бы хотели получить, если Вы будете очень больны и не сможете выразить свои пожелания самостоятельно.



Форма Раздел Б: **Выбор Адвоката пациента. (Страница 17)**

Адвокат пациента это лицо, которое может принимать медицинские решения за Вас, если Вы очень больны или не в состоянии принимать решения самостоятельно.



Форма Раздел В: **Подпишите форму. (Страница 19)**

Форма не считается действительной, если Вы её не подписали.



Форма Раздел Г: **Попросите Вашего Адвоката пациента подписать форму. (Страница 22)**

Ваш Адвокат пациента должен поставить подпись на странице 17, чтобы подтвердить своё согласие быть Вашим Адвокатом пациента.

**Можете заполнить только те части формы, которые Вы сочтёте нужными.**

- Если Вы хотите перечислить свои пожелания, касающиеся только медицинского обслуживания и ухода, смотрите раздел А (Страница 8).
- Если Вы хотите только назвать своего Адвоката пациента, смотрите раздел Б (Страница 17).
- Если Вы хотите сделать и то, и другое, заполните раздел А и Б.

**Всегда подписывайте анкету в присутствии двух свидетелей в разделе В (Страница 19).**



## **Перечень Заблаговременных Распоряжений**

**Пользуйтесь этим перечнем, как полезным руководством, во время выбора вариантов и заполнения форм в данном буклете.**

- Прочитайте это пособие полностью.
- Запишите все Ваши вопросы.
- Обсудите все вопросы с Вашими врачами, родственниками, друзьями и духовными наставниками.
- Определите человека, который будет помогать Вам в роли Адвоката пациента (и так же заместителя Адвоката пациента).
- Поговорите с этим человеком и убедитесь в том, что он готов быть Вашим Адвокатом пациента. Расскажите им свои пожелания, касающиеся Вашего медицинского обслуживания и ухода.
- Заполните раздел А (Ваши пожелания, относительно медицинского обслуживания и ухода) и раздел Б (Назначение Адвоката пациента) в этом пособии.

- Определите двух людей, которые будут выступать в качестве свидетелей, и которые не являются ни Вашими Адвокатами пациента, ни членами семьи, и не являются частью медицинской группы по уходу за Вашим здоровьем.
- Подпишите анкету в присутствии свидетелей.
- Попросите свидетелей подписать анкету.
- Попросите своего Адвоката пациента подписать анкету.
- Сделайте несколько экземпляров (копий) подписанной анкеты.
- Сохраните экземпляр для себя. Храните его в безопасном и легко доступном месте.
- Предоставьте экземпляры (копии) Вашему Адвокату пациента, медицинской группе, предоставляющей уход за Вашим здоровьем, семье и друзьям.
- Регулярно пересматривайте этот документ



## Прежде чем начать

### **Почему планирование медицинского обслуживания важно?**

У Вас есть право участвовать в принятии решений, касающихся Вашего медицинского обслуживания и ухода. Тем не менее, никому не известно, что произойдет в будущем, и возможно придет время, когда Вы не сможете принимать решения о своём лечении самостоятельно. Просматривая это пособие и сообщая о Ваших пожеланиях, касающихся медицинского обслуживания и ухода, Вы можете быть уверены, что Ваши близкие и персонал, оказывающий Вам медицинскую помощь, знают о Ваших решениях, которые Вы бы приняли сами за себя.

### **С чего начать?**

Хороший способ начать планирование своего медицинского обслуживания - это записать Ваши пожелания. **Заблаговременные Распоряжения** - это письменное заявление о

Ваших пожеланиях, относительно медицинского лечения. В штате Мичиган, документ под названием **Долгосрочная доверенность на принятие решений, касающихся медицинского обслуживания (ДД-МО)** - наиболее широко используемый из Заблаговременных Распоряжений. **ДД-МО позволяет Вам выбрать своего Адвоката пациента и считается юридическим документом в Мичигане.**

### **Что такое Адвокат пациента?**

**Адвокат пациента** это доверенное лицо, уполномоченное принимать медицинские решения за Вас, если Вы слишком больны или не в силах принимать решения самостоятельно. Выбор Адвоката пациента это и есть ДД-МО. Адвокат пациента может принимать медицинские решения за Вас только в том случае, если **два врача** согласны с тем, что Вы не можете принимать эти решения сами, и это записано в Вашей медицинской карте. Ваш Адвокат пациента будет принимать такие же решения, какие бы принимали Вы, если бы Вы были в состоянии принимать решения.

### **Кого следует выбрать моим Адвокатом пациента?**

Члена семьи или друга которому:

- по крайней мере 18 лет
- который хорошо Вас знает
- может быть рядом, когда Вы нуждаетесь в поддержке
- Вы доверяете, что он будет принимать правильные решения, и следовать Вашим пожеланиям, даже если он не согласен с ними.
- сможет рассказать врачам о Ваших пожеланиях, касающихся медицинского обслуживания и ухода

### **Что произойдет, если я не выберу Адвоката пациента?**

- Если Вы слишком больны, чтобы принимать решения самостоятельно, Ваши врачи могут попросить Ваших ближайших членов семьи принимать эти решения за Вас.
- В случае, если члены Вашей семьи не могут принять решение или не могут прийти к согласию относительно решения, тогда судья может назначить кого-то другого для принятия решений за Вас.
- Вам будет оказан медицинский уход, даже если Вы не выберете Адвоката пациента.

## **Какого рода решения может принимать мой Адвокат пациента?**

Исходя из Ваших пожеланий, Ваш Адвокат пациента сможет: **давать согласие, отказаться, менять, останавливать** или **выбирать** любые из ниже перечисленных вариантов:

- врачей, медсестер, социальных работников
- больницы или клиники
- лекарственные средства, анализы, обследования или методы лечения
- предоставлять или не предоставлять поддержку жизненно важных функций
- согласиться или отказаться от операции
- помещать или не помещать Вас в больницу или в дом престарелых
- Какие виды паллиативного ухода Вам предоставят, включая уход в хосписе

Вашему Адвокату пациента будет разрешено просматривать Вашу медицинскую карту, чтобы помочь в принятии решений.

Закон устанавливает, что Ваш Адвокат пациента, названный в Вашей ДД-МО, выступает в качестве **заместителя, принимающего решения** за Вас. Это означает, что они будут принимать медицинские решения за Вас. Именно поэтому очень важно сообщить Ваши пожелания Вашему Адвокату пациента.

Ваши личные пожелания и предпочтения, которые Вы внесёте в эту форму, должны послужить руководством для Вашего Адвоката пациента и врачей, но они не являются юридически обязательными (не имеют юридической силы).

Правильно заполненная (ДД-МО) юридически признается и позволяет Вашему Адвокату пациента принимать решения по медицинскому обслуживанию и уходу за Вас, если Вы не можете принимать эти решения самостоятельно.

## **Что делать с формой, после того, как я её заполнил и все её подписали?**

- Принесите экземпляр этой формы в офис Вашего врача или в больницу, чтобы её отсканировали и занесли в Вашу медицинскую карту.
- Поделитесь экземпляром формы с людьми, которые заботятся о Вас, например:

- С Вашим Адвокатом пациента
- Со всеми Вашими врачами
- С медсёстрами
- С социальными работниками
- С друзьями и родными
- Оставьте экземпляр для себя в безопасном и легко доступном месте.



**Поговорите с Вашим Адвокатом пациента о Ваших решениях.**

### **Могу ли я изменить свое мнение?**

- Вы можете изменить свое мнение в любое время.
- Адвокат пациента должен поддерживать любое устное пожелание о медицинском лечении, даже если оно отличается от того, что Вы занесли в форму.
- Если Вы передумаете, лучше всего заполнить и подписать новую форму.
  - Расскажите тем, кто ухаживает за Вами о предпринятых изменениях.
  - Передайте обновлённую форму своему Адвокату пациента и Вашим врачам.

### **Что делать, если у меня возникнут вопросы о форме?**

- Чтобы найти ответы на Ваши вопросы, обратитесь к Вашим врачам, медсестрам, социальным работникам, Адвокату пациента, родственникам или друзьям.

### **Что делать, если я хочу записать свои пожелания, касающиеся медицинского обслуживания и ухода, которые не входят в содержание этой формы?**

- Напишите свои пожелания на дополнительном листе бумаги и поставьте подпись и дату.
- Храните этот лист вместе с этой формой.
- Поделитесь своими пожеланиями с теми, кто ухаживает за Вами.

## Как я могу узнать поподробнее о заполнении форм?

Поговорите с медицинским работником, например, с Вашим врачом или социальным работником в медицинском офисе. Если Вы хотите поговорить с социальным работником, пожалуйста, свяжитесь с программой поддержки посетителей по телефону 800-888-9825, и они Вам помогут.

Вы также можете посетить страницу о Предварительном планировании медицинского ухода на информационном сайте Мичиганского Университета с материалами для обучения пациентов <http://careguides.med.umich.edu/advance-directives>.

На веб-сайте Вы можете найти дополнительную информацию о планировании медицинского ухода и заблаговременных распоряжениях, включая:



- Ответы на часто встречающиеся вопросы о планировании долгосрочного медицинского ухода и составлении заблаговременных распоряжений.



- Дополнительные документы о предварительных распоряжениях, в том числе Декларацию об отказе от реанимационных мероприятий (DNR), долгосрочную доверенность на принятие решений, касающихся медицинского обслуживания (ДД-МО) в области охраны психического здоровья и Форму о назначении представителя, ответственного за организацию похорон.



- Дополнительные документы для записи Ваших пожеланий, в том числе, Прижизненное завещание и советы для начала диалога.





Как сделать Ваши пожелания известными

и

Выбрать Вашего Адвоката пациента (ДД-МО)

Making Your Wishes Known

and

Naming Your Patient Advocate (DPOA-НС)



## Раздел А: Изложите свои пожелания о Вашем медицинском обслуживании и уходе.

В этом разделе, укажите свои предпочтения касающиеся медицинского обслуживания и ухода.

**Этот раздел не имеет обязательной юридической силы в штате Мичиган, но может служить полезным руководством для Ваших врачей и Адвоката пациента.** Вы можете ответить или пропустить какие-либо вопросы в разделе А.

### Ваши мысли о жизни

#### Your Thoughts on Life

Когда Вы задумываетесь о том, ради чего стоит жить, укажите что из ниже перечисленного в наибольшей степени применимо к Вам: (выберите что-то одно)

When you think about the things that make life worth living, which of the following apply to you: (pick one)

- Жизнь стоит того, чтобы жить, независимо от того, насколько я болен.  
My life is always worth living, no matter how sick I am
- Жизнь стоит того, чтобы жить, если я всё ещё могу делать то, что даёт смысл моей жизни.  
My life is worth living only if I can do some of the things that are meaningful to me.
- Я не уверен/а.  
I am not sure.

Если вы выбрали второй вариант, пометьте (X) рядом с каждым предложением, с которым Вы наиболее согласны:

If you chose the second option, put an (X) next to all the sentences you most agree with:

- Жизнь стоит того, чтобы жить, только если я могу:  
My life is only worth living if I can:

- Общаться с семьей или друзьями.  
Talk to family or friends.
- Пробудиться от комы.  
Wake up from a coma
- Питаться, мыться и ухаживать за собой.  
Feed, bathe, or take care of myself.
- Жить без боли.  
Be free from pain.
- Жить, не будучи подключенным к аппаратам.  
Live without being hooked up to machines.
- Жить дома (в отличие от жизни в доме престарелых).  
Live at home (as opposed to a nursing home).
- Другое: \_\_\_\_\_  
Other
- Я не уверен/а.  
I am not sure.

Если я умираю, я предпочитаю умереть: (выбрать один вариант)

If I am dying, I prefer to die: (pick one)

- Дома.  
At home
- В учреждении (больница, хоспис или дом престарелых).  
At a facility (hospital, hospice, or nursing home).
- Я не уверен/а.  
I am not sure

Важна ли для Вас религия или духовность?

Is religion or spirituality important to you?

- Нет  
No
- Да  
Yes

Если Вы верующий, какая у Вас религия? \_\_\_\_\_

If you have one, what is your religion?

Что Ваши врачи должны знать о Вашей религии или духовности?

What should your doctors know about your religion or spirituality?

---

---

---

Я не уверен/а.

I am not sure.

Есть ли у Вас какие-либо пожелания, относительно похорон или поминальной службы?

Вы можете также включить информацию о выбранной Вами музыке, материалам для чтения или любые другие пожелания, которые у Вас могут быть.

Do you have any hopes for your funeral or memorial service? You can include information on music, readings, or any other requests that you may have.

---

---

---

Я не уверен/а.

I am not sure.

Будут ли у Вас какие-либо иные пожелания или мысли о жизни, которыми Вы хотели бы поделиться? Вы можете включить информацию о Ваших предпочтениях в плане лечения, купирования боли или других запросов, которые могут возникнуть.

Do you have any other wishes or thoughts on life that you would like to share? You can include information on how you would like to be treated, made comfortable, or any other requests that you may have.

---

---

---

Я не уверен/а.

I am not sure.

## Ваши пожелания о донорстве органов

### Your Wishes About Organ Donation

Ваши врачи могут спросить, хотели бы Вы стать донором органов, после смерти. Пожертвования (донорство) органов может помочь спасти жизнь других людей. Пожалуйста, сообщите нам Ваши пожелания.

Пожалуйста, заполните форму о назначении представителя, ответственного за организацию похорон, если Ваш Адвокат пациента не является Вашим ближайшим родственником, и Вы хотите, чтобы он принимал решения от Вашего имени после Вашей смерти.

Поставьте (X) рядом с одним из следующих вариантов, с которым Вы наиболее согласны.  
Put an (X) next to the one choice you most agree with.

- Я хочу пожертвовать **все** свои органы.  
I want to donate all my organs.
- Я хочу пожертвовать только эти органы:  
I want to donate only these organs:  
-----
- Я **не хочу** пожертвовать свои органы.  
I **do not want** to donate my organs.
- Я хочу, чтобы мой **Адвоката пациента** принял решение. Если Вы решите оставить этот выбор за Вашим Адвокатом пациента, они смогут принять это решение после Вашей смерти.  
I want my **Patient Advocate** to decide. If you let your Patient Advocate decide, they can make that choice after you die.
- Я не уверен/а.  
I am not sure.

Есть ли у Вас какие-либо дополнительные идеи о пожертвовании органов?

Если да, пожалуйста, напишите их здесь.

Do you have any additional thoughts on donating your organs? If you do, please write them here.

---



---



---

### **Ваши пожелания о мерах для искусственного поддержания жизнедеятельности**

Если Вы не можете говорить сами за себя, Ваш Адвокат пациента будет принимать решения об искусственном поддержании жизнедеятельности за Вас. Меры искусственного поддержания жизнедеятельности - это медицинская помощь, которую оказывают для попытки продления Вашей жизни.



**Поговорите со своим врачом, членами Вашей семьи и Адвокатом пациента о том, на какие меры лечения Вы согласны и на какие не согласны.**

Большинство медицинских процедур можно испытать, а затем прекратить, если они не помогают. Важно поговорить с вашими врачами о возможных вариантах.

Если Вы заболели, Ваши врачи и медсестры всегда будут стараться делать всё, чтобы Вам было комфортно и чтобы облегчить Вашу боль. Они попытаются сделать то, что будет лучше именно для Вас.

Пожалуйста, прочитайте все варианты указанные ниже, прежде чем сделать выбор.

Выберите один из вариантов.

Если я так болен, что умираю:

Please read all options below before you make your choice. Select one option. If I am so sick that I am dying:

- Я хочу, чтобы врачи пробовали **все методы лечения**, которые, по их мнению, могли бы помочь, включая искусственное поддержание жизнедеятельности, даже если это не принесёт мне облегчения.

I want doctors to try **all treatments** that they think might help, including life support even if it may not help me get better.

- Я хочу, чтобы врачи делали всё, что может мне помочь, но, если я буду очень болен и надежда на улучшение моего состояния будет не велика, я **отказываюсь** от реанимационных мероприятий.

I want doctors to do everything they think might help me, but, if I am very sick and have little hope of getting better, I do **not** want to stay on life support.

- Я хочу умереть своей смертью. Я **отказываюсь** от любого искусственного поддержания жизнедеятельности.

I want to die a natural death. I want no life support treatments.

- Я хотел бы, чтобы мой Адвокат пациента принял это решение с помощью информации, полученной от моих врачей, и исходя из моих взглядов на жизнь.

I want my Patient Advocate to decide for me with the help of information from my doctors and my thoughts on life.

- Я не уверен/а.

I am not sure.

Если у Вас есть какие-либо особые предпочтения в плане лечения, пожалуйста, укажите их здесь:

If you have any specific preferences for treatments, please write them here:

---



---



---



---



---



---



---

В случае, если Вы при смерти, Ваш Адвокат пациента может:

In the event you are dying, your Patient Advocate can:

- Вызвать духовного наставника.  
Call in a spiritual leader.
- Поместить Вас в хоспис.  
Enroll you in hospice care.
- Принять решение о том, будете ли Вы умирать дома, если это возможно, или в больнице.  
Decide if you die at home, if possible, or in the hospital.
- Убедиться в том, чтобы Вам было комфортно, и боль была под контролем.  
Ensure your comfort and pain control.

Другие пожелания, касающиеся предоставляемой мне медицинской помощи, обслуживания и ухода

My other wishes for my health care:

---



---



---



---



---



---



---



## Инструкции для Вашего Адвоката пациента

Если Вы хотите, чтобы Ваш Адвокат пациента принимал решения, которые могли бы позволить Вам умереть, если Вы серьёзно больны, пожалуйста, поставьте свою подпись ниже.

Закон штата Мичиган позволяет Вашему Адвокату пациента отказаться от искусственного поддержания жизнеобеспечения или прекратить реанимационные мероприятия или СЛР только в том случае, если Вы даёте своему Адвокату пациента это право.

Если Вы хотите дать Вашему Адвокату пациента это право, подпишите ниже. Если Вы предпочитаете не давать Вашему Адвокату пациента это право, Вы можете пропустить этот раздел.



Я хочу, чтобы мой Адвокат пациента принимал решения, связанные с искусственным поддержанием жизнедеятельности и о моём медицинском обслуживании и уходе, которые позволят мне умереть, если я очень серьёзно болен. Я хочу, чтобы мой Адвокат пациента, при принятии этих решений, следовал рекомендациям, которые я предоставил.

I want my Patient Advocate to make decisions about life support and treatments that would allow me to die when I am very sick. When making these decisions, I want my Patient Advocate to follow the guidelines I have provided.

---

Подпишите здесь свое имя, чтобы дать это право Вашему Адвокату пациента

Sign your name here to give this power to your Patient Advocate



**Покажите эту форму Вашему Адвокату пациента.  
Расскажите им, какие виды медицинской помощи,  
обслуживания и ухода Вы предпочитаете.**

## DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)



## Раздел Б: Назовите Адвоката пациента

---

 Ваше имя Your Name

Дата рождения Date of Birth

Ваш **Адвокат пациента** - это человек, который может принимать медицинские решения за Вас, если Вы сильно больны или не можете принимать решения самостоятельно.

Если Вы серьёзно больны, и два врача пришли к выводу, что Вы не можете принимать медицинские решения самостоятельно, они попросят Вашего Адвоката пациента сделать это за Вас. Выберите человека, которому Вы доверяете в том, что он будет принимать такие же решения, которые Вы бы сами приняли. Вы также можете назвать одного или нескольких лиц, которые будут принимать решения, если Ваш, изначально выбранный, Адвокат не может этого сделать. Эти дополнительные люди будут считаться Вашими правопреемниками или вторичными Адвокатами пациента.

Я хочу, чтобы этот человек был моим Адвокатом пациента, если я потеряю способность

принимать медицинские решения, связанные с моим лечением, самостоятельно.

I want this person to be my Patient Advocate if I can no longer make my medical decisions for myself.

---

 Имя First Name

Фамилия Last Name

---

 Почтовый адрес Street Address

Город Город

Штат State

Почтовый индекс Zip

---

 Домашний номер телефона

Home phone

Служебный номер телефона

Work phone

Сотовый номер телефона

Cell phone

**DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)**

Если я не смогу принимать решения и вышеуказанный человек не сможет этого сделать, то я хочу, чтобы этот человек принимал медицинские решения за меня и был моим преемником Адвоката пациента.

If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions when I cannot and be my successor Patient Advocate.

Имя First Name		Фамилия Last Name	
Почтовый адрес Street Address	Город City	Штат State	Почтовый индекс Zip
Домашний номер телефона Home phone	Служебный номер телефона Work phone	Сотовый номер телефона Cell phone	

**DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)****Раздел В: Подписи**

Прежде чем это Заблаговременное распоряжение войдёт в силу, Вы должны:

- Подписать эту форму на странице 20.
- Попросить двух свидетелей подписать анкету на странице 20.

Ваши свидетели **должны**:

- быть не моложе 18 лет
- видеть как Вы ставите свою подпись на эту форму и подписать её в этот же день.

Ваши свидетели **не могут**:

- Быть Вашим Адвокатом пациента.
- Быть Вашим лечащим врачом или членами группы по уходу за Вашим здоровьем.
- Работать вместе с Вашим врачом или с группой по уходу за Вашим здоровьем.
- Работать в же том месте, где Вы проживаете (если Вы живете в доме престарелых или в коммунальном/групповом доме).
- Быть Вашим супругом, родителем, ребенком, внуком, братом или сестрой.
- Извлекать материальную (финансовую) выгоду (получить деньги или имущество) после Вашей смерти.
- Работать в Вашей страховой компании.

Вашим двум свидетелям **не обязательно** прочитать это предварительное распоряжение. Они **должны** видеть как Вы подписываете эту форму и подписаться на ней в тот же день.

Своей подписью они подтверждают, что, когда Вы подписывали форму, Вы были, как им представляется, в здравом уме и добровольно, без принуждения подписали эту форму. Вашими свидетелям могут быть, к примеру, Ваши соседи, члены церковного прихода или друзья.

Присутствие нотариуса или адвоката **не обязательно** при заполнении этой формы.

**DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)**



**1. Ваша подпись Your Signature**

Подпишите свое имя Sign your name

Число Date

Имя печатными буквами

Фамилия печатными буквами

Print Your First Name

Print your Last Name

Почтовый адрес Street Address

Город City

Штат State

Почтовый индекс Zip

Дата рождения (месяц/день/год) Дата рождения (месяц/день/год)



**2. Подписи свидетелей**

**Witnesses' Signatures**

Своей подписью я подтверждаю, что \_\_\_\_\_ при мне подписал/а эту форму.  
(имя пациента)

Как мне представляется, они были в здравом уме и добровольно, без принуждения подписали эту форму.

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

They appeared to be thinking clearly and were not forced to sign it.

**Свидетель #1 Witness #1**

Подпишите свое имя Sign your name

Число Date

Имя печатными буквами

Фамилия печатными буквами

Print Your First Name

Print your Last Name

Почтовый адрес Street Address

Город City

Штат State

Почтовый индекс Zip

**DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)**

**Свидетель #2 Witness #2**

Подпишите свое имя Sign your name		Число Date	
Имя печатными буквами Print Your First Name		Фамилия печатными буквами Print your Last Name	
Почтовый адрес Street Address	Город City	Штат State	Почтовый индекс Zip

**DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)****Раздел Г: Согласие Адвоката пациента**

Ваш Адвокат пациента обязан прочитать и подписать эту форму.

Как Адвокат пациента:

- Вы всегда должны действовать в интересах пациента, а не в Ваших собственных интересах.
- Вы начнёте принимать решения за пациента только тогда, когда два врача подтвердят, что пациент слишком болен, чтобы принимать решения самостоятельно.
- Вы не сможете принимать такие решения, которые пациент обычно не принимает самостоятельно.
- У Вас не будет права остановить лечение беременной пациентки, если это может привести к её смерти.
- Вы можете принять решение о том, когда прекратить или не начинать лечение и позволить пациенту умереть своей смертью, если пациент заранее дал Вам на это своё разрешение.
- Как Адвокат пациента, Вы не можете получать оплату за Вашу помощь, однако Вы можете получить возмещение Ваших затрат, которые пошли на покрытие медицинских расходов пациента.
- Вы должны помогать защищать права пациента согласно закону.
- Вы не можете принимать решения, которые противоречат пожеланиям пациента относительно донорства органов.
- Пациент имеет право отказаться от Ваших услуг в любой момент.
- Вы имеете право отказаться от выполнения роли Адвоката пациента в любой момент.

Поставив подпись, я подтверждаю то, что я понимаю всё, что говорится в этом документе, и что я буду Адвокатом пациента \_\_\_\_\_ (имя пациента).

By signing, I am saying that I understand what this document says and that I will be the Patient Advocate for \_\_\_\_\_ (name of patient).

---

Подпись Адвоката пациента Patient Advocate's Signature      Число Date

---

Подпись 2-ого Адвоката пациента 2nd Patient Advocate's Signature      Число Date



## Заключительный перечень заблаговременных распоряжений

Пользуйтесь этим перечнем в качестве пособия, чтобы убедиться в том, что Вы:

- выбрали человека, кому Вы доверяете, и который будет Вашим Адвокатом пациента.
- Указали двух людей, которые выступают в качестве свидетелей и не являются Вашими Адвокатами пациента, членами Вашей семьи или членами группы по уходу за Вашим здоровьем.
- Подписали анкету в присутствии свидетелей.
- Попросили Ваших свидетелей подписать эту форму.
- Попросили Ваших Адвокатов пациента подписать эту форму.

### Что делать дальше?

- Сделайте копии вашей формы.
- Предоставьте экземпляр группе по уходу за Вашим здоровьем.
- Попросите группу по уходу за Вашим здоровьем хранить эту форму в Вашей медицинской карте.
- Предоставьте экземпляр своему Адвокату пациента.
- Предоставьте экземпляры друзьям и родным.
- Храните Ваш экземпляр в надёжном, легко доступном месте.
- Просматривайте эту форму раз в год или по мере необходимости.  
Review the form once a year or as needed.

Если вы **не** согласны с информацией в Вашей форме, заполните новую форму.

Если вы **согласны** с тем, что указано в форме, подтвердите Ваше согласие заполняя ниже:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Число ____ Инициалы ____<br>Date Initial | <input type="radio"/> Число ____ Инициалы ____<br>Date Initial |
| <input type="radio"/> Число ____ Инициалы ____<br>Date Initial | <input type="radio"/> Число ____ Инициалы ____<br>Date Initial |



- По желанию, Вы можете заполнить карточку ниже, и хранить её в кошельке:

Напишите печатными буквами Ваше имя	Подпись	Число
<input type="checkbox"/> У меня есть Долгосрочная Доверенность на принятие решений, касающихся медицинского обслуживания		
Я обсудил план своего обслуживания и ухода со своим Адвокатом пациента, с семьей и врачом. Если я не в состоянии говорить за себя, пожалуйста, свяжитесь с:		
Имя Адвоката пациента	Номер телефона	

Print your name	Signature	Date
<input type="checkbox"/> I have a Durable Power of Attorney for Health Care		
I have discussed my care with my patient advocate, family, and doctor. If I am unable to speak for myself, please contact:		
Advocate Name	Telephone Number	

© 2017, Члены правления Мичиганского Университета. *Заблаговременные распоряжения: Выразите своё мнение о том, какой уход Вы бы хотели бы получить в том случае, если вы очень больны* предоставляются согласно лицензии [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0](#).

По материалам:

- [Заблаговременные распоряжения на медицинское обслуживание в Калифорнии](#), (c) 2015 Rebecca Sudore, MD. Предоставляется согласно [лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.0](#).
- [Заблаговременные распоряжения и долгосрочная доверенность на принятие решений, касающихся медицинского обслуживания Henry Ford Health System](#). (Модифицированный вариант, основанный на вышеперечисленных работах). Предоставляется согласно лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike.

(c) 2017 Regents of the University of Michigan. *Advance Directives: Have a say about how you want to be treated if you get very sick* is made available under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License](#).

Adapted from:

- [California Advance Health Care Directive](#), (c) 2015 Rebecca Sudore, MD. Available under the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.0 License](#).
- [Advance Directives and Durable Power of Attorney for Health Care by Henry Ford Health System](#). (Derivative work of the above). Available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License.



**MICHIGAN MEDICINE**  
UNIVERSITY OF MICHIGAN

# Discrimination is Against the Law!

Michigan Medicine complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

Michigan Medicine does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

Michigan Medicine provides free aids and services to people with disabilities to help communicate effectively while receiving care, such as:

- Qualified sign language interpreters; and
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats and other formats).

Michigan Medicine provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified language interpreters; and
- Information written in other languages.

If you need these services while at Michigan Medicine, contact Interpreter Services at 734-936-7021.

If you believe that Michigan Medicine has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

Patient Civil Rights Coordinator  
Michigan Medicine  
2901 Hubbard  
Ann Arbor, Michigan 48109-2435  
Phone - (734) 936-6439  
Fax - (734) 347-0696  
Email - MichMed\_patients\_rights@med.umich.edu

You can file a grievance in person, by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Patient Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. This can be done electronically, through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7607 (TDD)

Complaint forms are available at:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call our Interpreter Services office at **734-936-7021** and identify your language. If you would like information regarding your rights and responsibilities

as a patient, please ask your Michigan Medicine care provider.

Si usted habla **español** tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **877-810-4719** y pida que le conecten con la oficina de los Servicios de Interpretación al 734-936-7021. Si desea usted obtener información con respecto a sus derechos y responsabilidades como paciente consulte, por favor, con su proveedor de atención médica de *Michigan Medicine*.

إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فخدمات المساعدة اللغوية متوفرة مجاناً لك. اتصل على **855-800-9252** واطلب التواصل مع مكتب خدمات الترجمة الشفوية على الرقم **734-936-7021**. إذا كنت ترغب في معلومات متعلقة بحقوقك ومسؤولياتك كمرضى، يرجى أن تطلب من مقدمي رعايتك في "طب ميشيغان".

如果您说中文，您可以获得语言协助的免费服务。请拨打 **877-810-4720**，请求连接到翻译服务办公室（734-936-7021）。如果您想获得关于病人权利和责任的资料，请向您的密西根医学部的提供者咨询。

Nếu bạn nói tiếng **Việt**, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi đến số **844-590-8944**, và yêu cầu được kết nối với văn phòng Dịch Vụ Thông Dịch theo số 734-936-7021. Nếu bạn muốn thông tin về quyền và trách nhiệm của mình với tư cách là bệnh nhân, vui lòng hỏi bác sĩ chăm sóc Michigan Medicine của bạn.

Nëse ju flisni **shqip**, atëherë ju ofrohen shërbime gjuhësore, pa pagesë. Thirrni numrin **844-562-3982** dhe kërkoni që t'ju lidhin me zyrën e përkthyesve në numrin 734-936-7021 dhe tregoni se cilën gjuhë e flisni. Nëse dëshironi informacion në lidhje me të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja si pacient, ju lutemi kontaktoni dhe pyesni ofruesin e kujdesit shëndetësorë të Michigan Medicine.

한국어를 하시는 분들께 통역 서비스가 무료로 제공됩니다. **855-938-0571** 로 전화하셔서, 통역 서비스 사무실 전화 번호인 734-936-7021 로 연결해 주도록 요청하십시오. 환자로써의 권리와 책임에 관한 정보를 원하시면, 미시간 메디신 (Michigan Medicine) 의 의료진에게 문의하십시오.

আপনি **বাংলায়** কথা বললে, বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা পাবেন। **734-936-7021** নম্বরে আমাদের দোভাষী পরিষেবার অফিসে ফোন করে আপনার ভাষার (Bengali) নাম বলুন। অংশগ্রহণকারী হিসাবে আপনার অধিকার ও কর্তব্যের সম্পর্কে জানতে চাইলে আমাদের মিশিগান মেডিসিন কেয়ার প্রোভাইডারের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

Jeśli mówisz **po polsku**, możesz skorzystać z bezpłatnych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod nr **844-562-3986** i poproś o połączenie z biurem usług tłumaczeniowych pod nr 734-936-7021. W przypadku chęci uzyskania informacji dotyczących praw i obowiązków pacjenta zwróć się do dostawcy usług medycznych Michigan Medicine.

Wenn Sie **Deutsch** sprechen, stehen für Sie kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufen Sie **844-562-3984** an und lassen Sie sich mit dem Dolmetscherdienst unter der Rufnummer 734-936-7021 verbinden. Informationen über Ihre Rechte und Pflichten als Patient erhalten Sie über Ihren Gesundheitsdienstleister bei Michigan Medicine.

Si parla **italiano**, avrà gratuitamente a disposizione servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero **844-562-3985** e chiedi di essere messo in contatto con l'ufficio per i servizi di interpretariato (Interpreter Services) al numero 734-936-7021. Se desidera informazioni sui suoi diritti e responsabilità come paziente, consulti il suo referente sanitario Michigan Medicine.

日本語をお話になる方は、無料で言語支援サービスをご利用になれます。855-322-5032 に電話をかけ、通訳サービス課 734-936-7021 につなぐようお願いください。患者としての権利と責任に関する情報をお望みの場合は、ミシガン・メディシンの医療提供者にお問い合わせください。

Если Вы говорите **по-русски**, услуги переводчиков будут предоставлены Вам бесплатно. Звоните по телефону **855-938-0572** и попросите, чтобы Вас соединили со службой переводчиков по телефону 734-936-7021. Если Вы хотите получить информацию о правах и обязанностях пациента, попросите об этом Вашего врача из системы Мичиганской Медицины.

Ako govorite **hrvatski/srpski**, dostupna Vam je besplatna podrška na Vašem jeziku. Kontaktirajte našu prevoditeljsku službu na broj **734-936-7021** i recite kojim jezikom govorite (Serbo-Croatian). Ako se želite informirati o svojim pravima i obvezama kao pacijenta, molimo Vas da se obratite pružatelju skrbi u sklopu Sveučilišta Michigan.

Kung nagsasalita ka ng **Tagalog**, may mga magagamit kang libreng serbisyo sa tulong sa wika. Magtanong sa tanggapan ng aming Mga Serbisyo ng Interpreter sa **734-936-7021** at tukuyin ang iyong wika (Tagalog). Kung gusto mong makakuha ng impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan at responsibilidad bilang isang pasyente, mangyaring tumawag sa iyong provider ng pangangalaga sa Michigan Medicine.

Si vous parlez **français**, les services d'aide pour les langues sont à votre disposition et sont gratuits. Appelez le **855-800-9253** et demandez à être mis en relation avec le bureau du Service des interprètes au 734-936-7021. Si vous souhaitez des informations concernant vos droits et responsabilités en tant que patient, veuillez les demander à votre professionnel de santé de Michigan Medicine.

اگر شما به زبانی غیر از انگلیسی صحبت میکنید. سرویس ترجمه ی رایگان با شمار **844-562-3983** ه در دسترس سان میباشد. بعد از اینکه با این شماره تماس گرفتید. بلافاصله با شماری ه دفتر ترجمه ی ما با **734-936-7021** تماس بگیرید و زبانی که صحبت میکنید را با ما در میان بگذارید. اگر میخواهید اطلاعات مربوط به حقوق و تکالیف خود را به عنوان یک بیمار دریافت کنید. لطفاً از کسی که شما را معالجه میکند در Michigan Medicine آنها رقته اضا کنید.

अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएँ आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध होंगी। **734-936-7021** पर हमारे व्याख्याकार सेवा अधिकारी को कॉल करें और अपनी भाषा (Hindi) की पहचान करें। अगर मरीज़ के रूप में आपको अपने अधिकारों और ज़िम्मेदारियों के बारे में जानकारी चाहिए, तो कृपया अपने मिशिगन चिकित्सा देखभाल प्रदाता से पूछें।