

**Предварительное медицинское распоряжение
для штата Северная Каролина
(An Advance Directive For North Carolina)
Практическая форма для всех взрослых лиц (A Practical Form for All Adults)**

Введение (Introduction)

При помощи настоящей формы вы можете указать свои пожелания относительно медицинского обслуживания в будущем и можете управлять решениями, принимаемыми по данному вопросу. Эта форма не касается финансовых решений. Несмотря на то, что законодательство не требует от вас составления предварительного медицинского распоряжения, заполнение данной формы может помочь вам в получении желаемого медицинского обслуживания.

Вы можете использовать настоящую форму, если вы достигли 18-летнего возраста и в состоянии принимать решения о медицинском обслуживании и сообщать о них.

Форма разделена на три части. Вы можете заполнить только часть А, только часть В или обе части А и В. Для того, чтобы данная форма приобрела законную силу, вы обязаны заполнить часть С. Мы просим вас всегда сохранять вместе все пять страниц данной формы и включать все пять страниц во все копии, которые вы можете отдать своим близким или поставщикам медицинских услуг.

Настоящая форма соответствует законодательству штата Северная Каролина (Свод общих законов штата Северная Каролина (NCGS), § 32А с п. 15 по п. 27 и § 90 с п.320 по п. 322).

(This form allows you to express your wishes for future health care and to guide decisions about that care. It does not address financial decisions. Although there is no legal requirement for you to have an advance directive, completing this form may help you to receive the health care you desire. If you are 18 years old or older and are able to make and communicate health care decisions, you may use this form. This form has three parts. You may complete Part A only, or Part B only, or both Parts A and B. To make this advance directive legally effective, you must complete Part C of this form. Please keep all five pages of this form together and include all five pages of the form in any copies you may share with your loved ones or health care providers.)

This form complies with North Carolina law (in NCGS § 32A-15 through 32A-27 and § 90-320 through 90322).

Часть А: Медицинская доверенность (Part A: Health Care Power of Attorney)

1. Что такое медицинская доверенность? Медицинская доверенность представляет собой юридический документ, при помощи которого вы назначаете другое лицо своим «медицинским представителем» для принятия за вас решений о вашем медицинском обслуживании, если вы будете неспособны делать это самостоятельно.

(What is a health care power of attorney? A health care power of attorney is a legal document in which you name another person, called a "health care agent," to make health care decisions for you when you are not able to make those decisions for yourself.)

2. Кто может быть медицинским представителем? Вашим медицинским представителем может стать любое дееспособное лицо в возрасте старше 18 лет, не предоставляющее вам платных медицинских услуг.

(Who can be a health care agent? Any competent person who is at least 18 years old and who is not your paid health care provider may be your health care agent.)

3. Как нужно выбирать медицинского представителя? К выбору медицинского представителя следует подойти очень внимательно, так как данное лицо будет обладать широкими полномочиями по принятию решений о вашем медицинском обслуживании. Лучше всего выбрать человека, который хорошо вас знает, имеет достаточно времени, чтобы представлять ваши интересы в необходимых случаях, и желает помочь вам в удовлетворении ваших потребностей. Очень важно обсудить с медицинским представителем ваши цели и пожелания относительно будущего медицинского обслуживания – так, чтобы это лицо хорошо понимало то, какое медицинское обслуживание вам требуется.

(How should you choose your health care agent? You should choose your health care agent very carefully, because that person will have broad authority to make decisions about your health care. A good health care agent is someone who knows you well, is available to represent you when needed, and is willing to honor your wishes. It is very important to talk with your health care agent about your goals and wishes for your future health care, so that he or she will know what care you want.)

4. Какие решения может принимать медицинский представитель? Если вы ограничите полномочия своего медицинского представителя в разделе 2 части А настоящей формы, медицинский представитель может принимать за вас любые решения о медицинском обслуживании, включая:

- начало или прекращение действий по продлению жизни
- решения о психиатрическом лечении
- выбор для вас врачей и медицинских учреждений
- рассмотрение и подачу ваших медицинских данных
- вскрытие и распоряжение вашим телом после смерти

(What decisions can your health care agent make? Unless you limit the power of your health care agent in Section 2 of Part A of this form, your health care agent can make all health care decisions for you, including:

- starting or stopping life-prolonging measures
- decisions about mental health treatment
- choosing your doctors and facilities
- reviewing and sharing your medical information
- autopsies and disposition of your body after death)

5. Может ли медицинский представитель заниматься донорством ваших органов и тканей после смерти? Да, если вы выберете для вашего медицинского представителя соответствующие полномочия в данной форме. Для этого вы должны проставить ваши инициалы в заявлении в разделе 3 части А.

(Can your health care agent donate your organs and tissues after your death? Yes, if you choose to give your health care agent this power on the form. To do this, you must initial the statement in Section 3 of Part A.)

6. Когда настоящая медицинская доверенность вступает в силу? Настоящий документ вступит в силу тогда, когда ваш лечащий врач установит, что вы утратили дееспособность в вопросе принятия решений о собственном медицинском обслуживании.

(When will this health care power of attorney be effective? This document will become effective if your doctor determines that you have lost the ability to make your own health care decisions.)

7. Как можно отозвать настоящую медицинскую доверенность? Если вы дееспособны, вы можете отозвать данную медицинскую доверенность любым способом, четко указывающим ваше желание отозвать ее. Например, вы можете аннулировать настоящий документ, написав слово «void» («недействительно») поверх его текста, либо сообщить вашему лечащему врачу об отзыве доверенности, либо заполнить новую медицинскую доверенность.

(How can you revoke this health care power of attorney? If you are competent, you may revoke this health care power of attorney in any way that makes clear your desire to revoke it. For example, you may destroy this document, write "void" across this document, tell your doctor that you are revoking the document, or complete a new health care power of attorney.)

- 8. Кто будет принимать за меня медицинские решения, если я не назначу медицинского представителя и не смогу принимать решения самостоятельно?** Если у вас нет медицинского представителя, то, согласно законодательству штата Северная Каролина, поставщики медицинских услуг должны обращаться к следующим лицам в порядке, приведенном ниже: опекун по завещанию; доверенное лицо, действующее на основании общей доверенности (РОА), если таковая включает право принимать медицинские решения; муж или жена; большинство из ваших родителей и совершеннолетних детей; большинство из ваших совершеннолетних братьев и сестер; либо лицо, с которым у вас имеются сложившиеся взаимоотношения, которое действует добросовестно и может передавать ваши пожелания. В случае отсутствия вышеперечисленных лиц законодательство позволяет принимать за вас решения лечащему врачу, если с этими решениями согласен еще один врач.

(Who makes health care decisions for me if I don't name a health care agent and I am not able to make my own decisions? If you do not have a health care agent, NC law requires health care providers to look to the following individuals, in the order listed below: legal guardian; an attorney-in-fact under a general power of attorney (POA) if that POA includes the right to make health care decisions; a husband or wife; a majority of your parents and adult children; a majority of your adult brothers and sisters; or an individual who has an established relationship with you, who is acting in good faith and who can convey your wishes. If there is no one, the law allows your doctor to make decisions for you as long as another doctor agrees with those decisions.)

Часть В: Распоряжение о поддержании жизни (Part B: Living Will)

- 1. Что такое распоряжение о поддержании жизни?** В штате Северная Каролина распоряжение о поддержании жизни позволяет вам выразить свое желание не получать лечение поддерживающее жизнь в любой или во всех из следующих ситуаций:
- Ваше состояние является неизлечимым и приведет к смерти в течение короткого периода времени.
 - Вы находитесь в бессознательном состоянии и ваши врачи уверены в том, что вы не сможете прийти в сознание.
 - У вас прогрессирующее слабоумие или другая существенная и необратимая утрата умственных функций.

(What is a living will? In North Carolina, a living will lets you state your desire not to receive life-prolonging measures in any or all of the following situations:

- *You have a condition that is incurable that will result in your death within a short period of time.*
- *You are unconscious, and your doctors are confident that you cannot regain consciousness.*
- *You have advanced dementia or other substantial and irreversible loss of mental function.)*

- 2. Что такое действия по поддержанию жизни?** Действия по поддержанию жизни это медицинские действия, служащие исключительно для отдаления смерти, включая дыхательные аппараты, диализ почек, антибиотики, питание через зонд (искусственное питание и восполнение потери жидкости) и другие подобные формы лечения.

(What are life-prolonging measures? Life-prolonging measures are medical treatments that would only serve to postpone death, including breathing machines, kidney dialysis, antibiotics, tube feeding (artificial nutrition and hydration), and similar forms of treatment.)

- 3. Могут ли действия по поддержанию жизни быть приостановлены или прекращены без распоряжения о поддержании жизни?** Да, в некоторых обстоятельствах. Если вы в состоянии выражать собственные пожелания, вы можете отказаться от действий по поддержанию жизни. Если вы в не состоянии выражать собственные пожелания, то соответствующее разрешение должно быть получено от лиц, принимающих решения от вашего имени.

(Can life-prolonging measures be withheld or stopped without a living will? Yes, in certain circumstances. If you are able to express your wishes, you may refuse life-prolonging measures. If you are not able to express your wishes, then permission must be obtained from those individuals who are making decisions on your behalf.)

- 4. Что делать, если вы хотите получать питание через зонд (искусственное питание и восполнение потери жидкости)?** Вы можете указать свое желание получать питание через зонд при любых обстоятельствах. Для этого вы должны проставить свои инициалы в заявлении в разделе 2 части В.

(What if you want to receive tube feeding (artificial nutrition and hydration)? You may express your wish to receive tube feeding in all circumstances. To do this, you must initial the statement in Section 2 of Part B.)

- 5. Как можно отозвать данное распоряжение о поддержании жизни?** Вы можете отозвать данное распоряжение о поддержании жизни любым способом, четко указывающим ваше желание отозвать его. Например, вы можете аннулировать настоящий документ, написав слово «void» («недействительно») поверх его текста, либо сообщить вашему лечащему врачу об отзыве распоряжения, либо заполнить новое распоряжение о поддержании жизни.

(How can you revoke this living will? You may revoke this living will by clearly stating or writing in any clear manner that you wish to do so. For example, you may destroy the document, write "void" across the document, tell your doctor that you are revoking the document, or complete a new living will.)

Часть С: Заполнение настоящего документа (Part C: Completing this Document)

Для того, чтобы данная медицинская доверенность имела законную силу, необходимо заполнить все три раздела части С настоящего документа. *(To make this advance directive legally effective, all three sections of Part C of the document must be completed.)*

- 1.** Дождитесь присутствия двух свидетелей и нотариуса, затем подпишите настоящий документ и проставьте на нем дату. *(Wait until two witnesses and a notary public are present, then sign and date the document.)*

- 2.** Оба свидетеля должны подписать и датировать документ в разделе 2 части С. Данные свидетели не могут являться:

- вашими родственниками по крови или по браку,
- вашими наследниками либо лицами, назначенными в вашем завещании получателями части вашей собственности,
- лицами, имеющими претензии к вам или к вашей собственности, или
- вашими врачами, другими поставщиками медицинских услуг, либо сотрудниками клиники, пациентом которой вы являетесь, либо сотрудниками интерната или дома престарелых, где вы проживаете.

(Two witnesses must sign and date the document in Section 2 of Part C. These witnesses cannot be:

- *related to you by blood or marriage,*
- *your heir, or a person named to receive a portion of your estate in your will,*
- *someone who has a claim against you or against your estate, or*
- *your doctor, other health care provider, or an employee of a hospital in which you are a patient, or an employee of the nursing home or adult care home where you live.)*

- 3.** Нотариус должен заверить данные подписи и нотариально удостоверить настоящий документ в разделе 3 части С. *(A notary public must witness these signatures and notarize the document in Section 3 of Part C.)*

Часть А: Медицинская доверенность (выбор медицинского представителя) (Part A: Health Care Power of Attorney (Choosing a Health Care Agent))

Если вы не желаете назначать медицинского представителя, перечеркните данную часть документа и проставьте ваши инициалы здесь: _____. (If you do not wish to appoint a health care agent, strike through this entire part and initial here)

Мое полное имя (My name is): _____
(печатными буквами) (Please Print)

Дата моего рождения (My birth date is): ____/____/_____

1. Лицо, которое я назначаю своим медицинским представителем: (The person I choose as my health care agent is)

_____	_____	_____	
первое имя (first name)	второе имя (middle name)	фамилия (last name)	
_____	_____	_____	_____
Адрес (street address)	Город (city)	штат (last name)	почтовый индекс (zip code)
_____	_____	_____	_____
домашний телефон (home phone)	рабочий телефон (work phone)	мобильный телефон (cell phone)	электронный адрес (e-mail address)

Если указанное лицо не сможет или откажется действовать в качестве моего медицинского представителя, взамен его я назначаю следующее лицо (If this person is unable or unwilling to serve as my health care agent, my next choice is):

_____	_____	_____	
первое имя (first name)	второе имя (middle name)	Фамилия (last name)	
_____	_____	_____	_____
Адрес (street address)	Город (city)	Штат (last name)	почтовый индекс (zip code)
_____	_____	_____	_____
домашний телефон (home phone)	рабочий телефон (work phone)	мобильный телефон (cell phone)	электронный адрес (e-mail address)

2. Особые указания (Special Instructions):

ПРИМЕЧАНИЕ: В данном разделе вы можете включить **любые особые указания**, которые должен выполнять ваш медицинский представитель, либо **любые ограничения**, накладываемые на решения, которые может принимать ваш медицинский представитель, включая решения о питании через зонд, других действиях по поддержанию жизни, психиатрическом лечении, вскрытии, распоряжении вашим телом после смерти и донорстве органов.

Если у вас нет особых указаний для своего медицинского представителя или каких-либо ограничений, которые вы желаете установить для его полномочий, перечеркните данный раздел одной линией.

*(NOTE: In this section, you may include **any special instructions** you want your health care agent to follow, or **any limitations** you want to put on the decisions your health care agent can make, including decisions about tube feeding, other life-prolonging treatments, mental health treatments, autopsy, disposition of your body after death, and organ donation.*

If you do not have any special instructions for your health care agent, or any limitations you want to put on your agent's authority, please draw a line through this section.)

3. Донорство органов (*Organ Donation*):

_____ (инициалы) Мой медицинский представитель может заниматься донорством органов, тканей или частей моего тела после смерти. *(My health care agent may donate my organs, tissues, or parts after my death.)*

(Внимание: если вы не поставите свои инициалы выше, ваш медицинский агент не сможет заниматься донорством ваших органов или частей тела.) (Please note: if you do not initial above, your health care agent will not be able to donate your organs or parts.)

Часть В: Распоряжение о поддержании жизни (Part B: Living Will)

Если вы не желаете оставлять распоряжение о поддержании жизни, перечеркните данную часть документа и проставьте свои инициалы здесь: _____. *(If you do not wish to prepare a living will, strike through this entire part and initial here)*

Мое полное имя (My name is): _____
(печатными буквами) *(Please Print)*

Дата моего рождения (My birth date is): ____/____/_____

1. Если я буду не в состоянии принимать решения о медицинском обслуживании или сообщать о них, я желаю, чтобы мою жизнь не продлевали при помощи действий по поддержанию жизни в следующих ситуациях (вы можете проставить ваши инициалы для любого или для всех из следующих вариантов) *(If I am unable to make or communicate health care decisions, I desire that my life not be prolonged by life-prolonging measures in the following situations (you may initial any or all of these choices))*:

_____ Я нахожусь в неизлечимом состоянии, которое приведет к смерти в течение короткого периода времени. *(I have a condition that cannot be cured and that will result in my death within a relatively short period of time.)*
(ини *(initials)*)

_____ Я пребываю в бессознательном состоянии и мои врачи установили, что, с высокой степенью медицинской определенности, я никогда больше не приду в сознание. *(I become unconscious and my doctors determine that, to a high degree of medical certainty, I will never regain my consciousness.)*
(ини *(initials)*)

_____ Я страдаю от прогрессирующего слабоумия или любого другого состояния, приводящего к существенной утрате мыслительных способностей, и мои врачи установили, что, с высокой степенью медицинской определенности, данное состояние не может улучшиться. *(I suffer from advanced dementia or any other condition which results in the substantial loss of my ability to think, and my doctors determine that, to a high degree of medical certainty, this is not going to get better)*
(ини *(initials)*)

2. _____ (инициалы *(initial)*) Невзирая на то, что я не желаю продления жизни при помощи действий по поддержанию жизни в ситуациях, перечисленных в разделе 1 выше, Я ЖЕЛАЮ получать в данных ситуациях питание через зонд (поставьте свои инициалы только в случае, если вы **ЖЕЛАЕТЕ получать питание через зонд в таких ситуациях). *(Even though I do not want my life prolonged by other life-prolonging measures in the situations I have initialed in section 1 above, **IDO** want to receive tube feeding in those situations (initial here only if you **DO** want tube feeding in those situations))***

3. Я желаю обеспечения максимального комфорта. Я желаю, чтобы персонал, оказывающий мне медицинские услуги, содержал меня в максимально возможной чистоте, удобстве и с максимально возможным предотвращением боли, даже если такой уход может ускорить мою смерть. *(I wish to be made as comfortable as possible. I want my health care providers to keep me as clean, comfortable, and free of pain as possible, even though this care may hasten my death.)*

4. Лица, предоставляющие мне медицинские услуги, могут руководствоваться настоящим распоряжением о поддержании жизни для приостановления или прекращения действий по поддержанию жизни в ситуациях, отмеченных выше моими инициалами. (*My health care providers may rely on this living will to withhold or discontinue life-prolonging measures in the situations I have initialed above*)

5. Если медицинский представитель, назначенный мною в части А настоящей медицинской доверенности или при помощи аналогичного документа, выдает указания, идущие вразрез с пожеланиями, установленными в данном распоряжении о поддержании жизни, то: (ВНИМАНИЕ: проставьте инициалы **ТОЛЬКО ДЛЯ ОДНОГО из двух вариантов ниже): (*If I have appointed a health care agent in Part A of this advance directive or a similar document, and that health care agent gives instructions that differ from the desires expressed in this living will, then: (NOTE: initial **ONLY ONE** of the two choices below)*)**

_____ (инициалы)
(initials)

следует соблюдать данное распоряжение о поддержании жизни. Мой медицинский представитель не может принимать решения, идущие вразрез с пожеланиями, указанными мною в данном распоряжении о поддержании жизни.
(**Follow this living will.** *My health care agent cannot make decisions that are different from what I have stated in this living will.*)

_____ (инициалы)
(initials)

следует действовать согласно указаниям моего медицинского представителя: Мой медицинский представитель имеет право принимать решения, идущие вразрез с пожеланиями, указанными мною в данном распоряжении о поддержании жизни. (**Follow health care agent:** *My health care agent has the authority to make decisions that are different from what I have indicated in this living will.*)

Part C: Completing this Document (wait until two witnesses and a notary public are present before you sign!) **Часть С: Заполнение настоящего документа** (ждите присутствия двух свидетелей и нотариуса перед тем, как подписывать данный документ!)

1. Your Signature

I am mentally alert and competent, and I am fully informed about the contents of this document.
(Я нахожусь в здравом уме и трезвой памяти, и я полностью проинформирован о содержании настоящего документа.)

Date (Дата): _____

Signature (Подпись): _____

2. Signatures of Witnesses (Подписи свидетелей)

I hereby state that the person named above, _____, being of sound mind, signed (or directed another to sign on the person's behalf) the foregoing document in my presence. I am not related to the person by blood or marriage, and I would not be entitled to any portion of the estate of the person under any existing will or codicil of the person or as an heir under the law, if the person died on this date without a will. I am not the person's attending physician. I am not a licensed health care provider or mental health treatment provider who is (1) an employee of the person's attending physician or mental health treatment provider, (2) an employee of the health facility in which the person is a patient, or (3) an employee of a nursing home or any adult care home where the person resides. I do not have any claim against the person or the estate of the person.

Date: _____ Signature of Witness: _____

Date: _____ Signature of Witness: _____

3. Notarization (Нотариальное заверение)

_____ COUNTY, _____ STATE

Sworn to (or affirmed) and subscribed before me this day by

_____ (type/print name of signer)

_____ (type/print name of witness)

_____ (type/print name of witness)

Date: _____
(Official Seal) _____
Signature of Notary Public

_____, Notary Public
Printed or typed name

My commission expires: _____