

# Предварительные распоряжения руководства штата Огайо:

## Медицинская доверенность

### Распоряжение о поддержании жизни

(State of Ohio Advance Directives: Health Care Power of Attorney Living Will Declaration)

Я оформил(-а) Медицинскую доверенность: Да ☐ Нет ☐

Я внес(-ла) особые примечания к моей Медицинской доверенности: Да ☐ Нет ☐

Я включил(-а) кандидатуру опекуна(-ов) в мою Медицинскую доверенность: Да ☐ Нет ☐

Я оформил(-а) Распоряжение о поддержании жизни: Да ☐ Нет ☐

Я внес(-ла) особые примечания к моему Распоряжению о поддержании жизни: Да ☐ Нет ☐

*[ПРИМЕЧАНИЕ: при подписании нового предварительного распоряжения оно автоматически заменяет предыдущие аналогичные документы, если Вы не укажете иное. [R.C. §1337.14 и R.C. §2133.04 (C)]]*

*[ПРИМЕЧАНИЕ: при внесении изменений в предварительное распоряжение не забывайте внести аналогичные изменения в другие предварительные распоряжения].*



OHIO STATE BAR  
ASSOCIATION  
Connect. Advance. Succeed.

© август 2016 Ассоциация адвокатов штата Огайо

# Штат Огайо

## Медицинская доверенность

### (State of Ohio Health Care Power of Attorney)

[R.C. §1337]

---

(Ф.И.О.)

---

(Дата рождения)

Настоящий документ является моей Медицинской доверенностью. Я отзываю все ранее подписанные мной Медицинские доверенности. Мне известно назначение и суть этого документа. Если какие-либо положения будут недействительными или не имеющими законной силы, это не повлияет на прочие положения настоящего документа.

Мне известно, что мой агент имеет право принимать за меня решения медицинского характера только в случае, если мой лечащий врач сделает заключение, что я утратил(-а) способность принимать информированные решения медицинского характера. Однако это не означает или не подразумевает, что суд может признать меня недееспособным(-ой).

### Определения

**Совершеннолетним** является лицо, достигшее 18 лет или старше.

**Агент или фактический поверенный** — дееспособное совершеннолетнее лицо, которому субъект («опекаемое лицо») может предоставить право принимать за доверителя решения медицинского характера в контексте Медицинской доверенности.

**Искусственное питание или гидратация, или нутритивная поддержка** — поступление в организм продуктов питания и напитков внутривенно или через зонд. *[Вы можете отказаться или прекратить питание через зонд, или указать в Медицинской доверенности, что Вы передаете вашему агенту право принятия решения об отказе или прекращении Вами искусственного питания или гидратации].*

**Обязательство** — страховой договор, заключаемый для защиты имущества опекаемого лица от кражи или пропажи вследствие недобросовестного выполнения опекуном возложенных на него обязанностей.

**Симптоматическое лечение** — мероприятия, процедуры лечения или ухода, терапия или вмешательство, в том числе питание и/или гидратация, для уменьшения тяжести боли или дискомфорта пациента, но не продления срока жизни.

**СЛР** — сердечно-легочная реанимация. Один из способов, позволяющих возобновить дыхание или сердцебиение человека после их остановки. Не включает обеспечение проходимости дыхательных путей в целях, не связанных с реанимацией.

**Распоряжение «не реанимировать», или НР** — медицинское распоряжение врача в документации пациента, информирующее о запрете проведения процедур сердечно-легочной реанимации.



**Опекун** — лицо, назначенное судом в ходе судебного разбирательства, с правом принятия решения за опекаемое лицо. Решение об **опеке** выносится на основании такого судебного решения.

**Медицинские процедуры** — любые виды ухода, лечения, обслуживания или любые мероприятия, проводимые для диагностики, сохранения или лечения физического, или психического здоровья человека.

**Медицинские решения** — предоставление информированного согласия, отказ предоставить информированное согласие или отзыв информированного согласия на проведение медицинских процедур.

**Медицинская доверенность** — юридический документ, предоставляющий уполномоченному агенту право принятия медицинских решений от имени опекаемого лица в большинстве медицинских ситуаций, когда опекаемое лицо утратит способность принимать такие решения. Опекаемое лицо также может предоставить агенту полномочия на сбор защищенной медицинской информации для опекаемого лица и от его имени, с вступлением этих полномочий в силу немедленно или в оговоренное время. Медицинская доверенность НЕ ЯВЛЯЕТСЯ финансовой доверенностью.

Медицинскую доверенность также можно использовать для назначения опекуна (опекунов) для опекаемого лица или имущества. Медицинская доверенность сохраняет силу даже в случаях назначения опекуна для опекаемого лица по решению суда, если только суд не вынесет иного решения.

**Искусственное поддержание жизни** — медицинские процедуры, терапия, вмешательство или другие мероприятия, призванные отдалить смертельный исход для пациента.

**Распоряжение о поддержании жизни** — официальный документ, с помощью которого дееспособный совершеннолетний («заявитель») может указать, какие виды медицинского обслуживания можно и нельзя проводить после того, как заболевание заявителя перейдет в терминальную стадию, или он/она не будет приходить в сознание и не сможет сообщить о своих требованиях. Это распоряжение НЕ является и не замещает завещание, которое используется для назначения исполнителя завещания для управления имуществом больного после его смерти.

**Необратимое бессознательное состояние** — любое необратимое состояние, в котором пациент не осознает ничего о себе или своем окружении. Минимум два врача должны осмотреть пациента и прийти к взаимному решению, что у пациента полностью утрачены высшие нервные функции, он неспособен страдать или чувствовать боль.

**Опекаемое лицо** — дееспособный совершеннолетний, подписавший Медицинскую доверенность.

**Терминальное состояние** — необратимое, неизлечимое и не поддающееся терапии состояние вследствие заболевания, патологического процесса или травмы, в отношении которых, с определенной степенью медицинской достоверности по результатам анализа, проведенного лечащим врачом и еще одним врачом, который провел осмотр опекаемого лица, с соблюдением допустимых медицинских стандартов, применимы все следующие положения: (1) излечение невозможно, и (2) высока вероятность смертельного исхода в относительно короткое время, если не провести процедур искусственного поддержания жизни.

**Опекаемое лицо** — лицо, признанное судом недееспособным. Опекаемое лицо, финансовое имущество, или вместе, находится под защитой опекуна, назначенного судом и действующего под его надзором.

**Назначение моего агента.** Указанное далее лицо является моим агентом, обладающим правом принимать за меня решения, в соответствии с положениями настоящего документа.

Ф.И.О. агента и его связь с опекаемым лицом: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_



Своими инициалами, подписью, галочкой или другой отметкой в этом поле я предоставляю своему агенту исключительное право получать мою защищенную медицинскую информацию, начиная с этого момента, и в любое время в будущем.

**Руководство для Агента.** Мой агент будет принимать за меня решения медицинского характера на основании моих инструкций, изложенных в этом документе, и моих желаний, с которыми мой агент ознакомится другим способом. Если мой агент полагает, что мои желания будут противоречить положениям настоящего документа, приоритет будут иметь положения настоящего документа. Если для определенной ситуации будут отсутствовать инструкции и мои желания будут непонятны или неизвестны, мой агент примет решение исходя из моих интересов, после тщательного взвешивания всех преимуществ, проблем и рисков, причиной которых может стать это решение. При отсутствии агента в настоящем документе будут изложены руководства по принятию решений о моем лечении.

**Назначение альтернативного агента (агентов).** Если мой агент, фамилия которого указана выше, недоступен, или не желает или неспособен принять за меня решение, я назначаю, в порядке приоритета, перечисленных ниже лиц моими альтернативными агентами *[зачеркнуть пустые строки]*:

Пустые места заполнить символом X

Ф.И.О. первого альтернативного агента и его связь с опекаемым лицом:

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. второго альтернативного агента и его связь с опекаемым лицом:

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

В отношении любого заявления, исходящего от названного выше альтернативного агента, любое лицо может быть уверенным, что агент действует в рамках закона на основании настоящего документа, без необходимости проведения данным лицом дальнейших расследований или подачи запросов.

**Сфера полномочий агента.** За исключением зачеркнутых мною пунктов, и в соответствии с любыми исправлениями, внесенными в настоящую Медицинскую доверенность, мой агент имеет все без исключения полномочия принимать любые решения медицинского характера от моего имени. Такая сфера полномочий включает, в частности, следующее:

1. Давать согласие на применение обезболивающих препаратов, средств или процедур лечения (в том числе оперативных), которые мой агент, после консультации с врачом, посчитает для меня целесообразными, даже если такие препараты, средства или процедуры лечения могут приблизить мою смерть.
2. Если я пребываю в терминальном состоянии, и мной не составлено Распоряжение о поддержании жизни, в котором оговорены методы лечения такого состояния, принимать решения по поводу поддержания жизни, в том числе искусственного питания или гидратации, или нутритивной поддержки.
3. Давать, отзываться и отказывать в предоставлении информированного согласия на любые медицинские процедуры, методы лечения, вмешательства или другие мероприятия.
4. Запрашивать, рассматривать и получать любую информацию, в устной и письменной форме, по поводу моего физического и психического состояния, в том числе, в частности, всю медицинскую и больничную документацию.
5. Давать согласие на дальнейшее раскрытие информации и раскрывать другим лицам медицинскую и связанную с ней информацию о моем состоянии и лечении.
6. Оформлять от моего имени какие-либо материалы или другие документы, необходимые для получения медицинской и связанной с ней информации.
7. Давать согласие, отказ или освобождение от ответственности для меня или моего имущества всем лицам, которые полагаются на инструкции и решения моего агента. Ограждать от ответственности за мой счет любых лиц, которые в своих действиях полагаются на настоящую Медицинскую доверенность. Эта ответственность будет возложена моим агентом на меня.
8. Выбирать, нанимать и увольнять медицинский персонал и сотрудников по уходу на дому и тому подобное.
9. Проводить выбор, организовывать мою госпитализацию, переводить меня или давать разрешение на мою выписку из лечебного или медицинского учреждения, в том числе, в частности, больниц, реабилитационных центров, учреждений для больных с особыми потребностями, хосписов, домов престарелых и тому подобного.
10. Перевозить меня или организовывать мою транспортировку в места, где исполняются требования настоящей Медицинской доверенности, если я пребываю в месте, где положения настоящего документа не исполняются.
11. Составлять и подписывать от моего имени следующие документы:
  - Согласия на медицинское обслуживание или распоряжения «не реанимировать» (НР) или подобные им; а также
  - Запросы на транспортировку в другое учреждение, выписку вопреки медицинским рекомендациям и подобные им требования; а также
  - Любые документы, рекомендованные или необходимые для воплощения медицинских решений, право принятия которых предоставлено моему агенту настоящим документом.

**Особые инструкции.** *[Эти инструкции действительны только ПРИ ОТСУТСТВИИ актуального Распоряжения о поддержании жизни].*



Своими инициалами, подписью, галочкой или прочей пометкой в соответствующем поле я явным образом предоставляю моему агенту право отказаться от искусственного питания и гидратации или нутритивной поддержки, либо прервать их, если они уже были начаты, если я буду пребывать в необратимом бессознательном состоянии, А ТАКЖЕ мой врач и еще минимум один врач после моего обследования придут к заключению, с определенной долей медицинской достоверности, что искусственное питание и гидратация или нутритивная поддержка не обеспечат комфорт для меня и не ослабят боль. [R.C. §1337.13(E)(2)(a) и (b)]

**Ограничения полномочий Агента.** Мне известно, что в соответствии с законодательством штата Огайо, для полномочий моего агента существует ряд ограничений:

1. Мой агент не имеет права отказа или отзыва информированного согласия на медицинское обслуживание, необходимое для проведения симптоматического лечения.
2. Мой агент не имеет права отказа или отзыва информированного согласия на мое медицинское обслуживание в случае моей беременности, если отказ от медицинского обслуживания или его прекращение приведет к прерыванию беременности, если только беременность или медицинское обслуживание будут сопряжены с существенным риском для моей жизни, или если мой лечащий врач и минимум еще один врач придут к заключению, с определенной долей медицинской достоверности, что рождение живого ребенка будет невозможным.
3. Мой агент не имеет права требовать прекращения искусственного поддержания жизни, в том числе искусственного питания и гидратации или нутритивной поддержки, если только я не буду пребывать в терминальном состоянии или необратимом бессознательном состоянии, и два врача придут к заключению, что искусственное поддержание жизни не обеспечит или не сможет обеспечить в дальнейшем комфорт для меня или ослабить боль.
4. Если предварительно было получено мое согласие на проведение какого-либо медицинского обслуживания, мой агент не имеет права прекратить такое обслуживание, если только мое состояние не претерпит существенных неблагоприятных для меня изменений или, если это медицинское обслуживание не позволит достичь целей, для которых оно было выбрано.

**Дополнительные инструкции или ограничения.** Я могу давать дополнительные инструкции или накладывать дополнительные ограничения на полномочия моего агента. Ниже приведены мои особые инструкции или ограничения:

*[Если недостаточно места, допускается вставить дополнительные страницы. При отсутствии дополнительных инструкций или ограничений впишите ниже «Нет»].*

## НАЗНАЧЕНИЕ ОПЕКУНА

[R.C. §1337.28 (A) и R.C. §2111.121]

*[Вы можете, но не обязаны, использовать этот документ для назначения опекуна, если будет начат процесс опекунства, над Вами или Вашим имуществом].*

Мне известно, что любое лицо, названное мной, не обязано брать на себя обязательства по опекунству, и суд по делам о наследстве сохраняет юрисдикцию в отношении любых видов опекунства. [R.C. §2111.121(C)]

Мне известно, что суд признает мое назначение, кроме случаев уважительной причины или дисквалификации. [R.C. §2111.121(B)]

Мне известно, что, если мной будет назначен **опекун для опекаемого лица**, обязательства такого опекуна будут включать принятие повседневных решений личного характера от моего имени, например, организацию питания, одевания и проживания, однако эта или любая последующая Медицинская доверенность останется в силе, и будет регулировать принятие медицинских решений от моего имени, если судом не будет решено иначе. Суд определит пределы, приостановит или лишит юридической силы эту или последующие Медицинские доверенности, если придет к заключению, что такое ограничение, приостановка или лишение юридической силы продиктовано моими интересами. [R.C. §1337.28 (C)]

**Я предполагаю, что полномочия, предоставленные моему агенту в соответствии с настоящей Медицинской доверенностью, устранят необходимость судебного разбирательства для назначения моего опекуна.** Однако если такое разбирательство будет иметь место, я назначаю приведенное ниже лицо (лиц) **моим опекуном**.



Своими инициалами, подписью, галочкой или другой отметкой в этом поле я назначаю моего агента и альтернативного агента (агентов), при наличии таких, в качестве **моего опекуна**, в указанном выше порядке.

Если я не назначу моего агента или альтернативного агента в качестве **моего опекуна**, я выбираю следующее лицо (лиц) в указанном порядке *[зачеркнуть пустые строки]*:

Пустые места заполнить символом X

Ф.И.О. моего опекуна и его связь со мной:

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. моего альтернативного опекуна и его связь со мной:

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_



**Опекун над имуществом** — назначенное решением суда лицо, ответственное за принятие решений финансового характера от имени опекаемого лица, под надзором суда. Опекун над имуществом должен возложить на себя обязательства, если только не будет освобожден от обязательства, или суд не признает это нецелесообразным.

☐

Своими инициалами, подписью, галочкой или другой отметкой в этом поле я назначаю моего агента или альтернативного агента (агентов), при наличии таких, в качестве **опекуна над моим имуществом**, в указанном выше порядке.

Если я не назначу моего агента или альтернативного агента в качестве **опекуна над моим имуществом**, я выбираю следующее лицо (лиц) в указанном порядке *[зачеркнуть пустые строки]*:

Пустые места заполнить  
символом X

Опекун над моим имуществом и связь со мной:

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Альтернативный опекун над моим имуществом и связь со мной:

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

☐

Своими инициалами, подписью, галочкой или другой отметкой в этом поле я освобождаю от обязательств опекуна или правопреемника **опекуна над моим имуществом**. [R.C. §1337.28 (B)]

Если я **не ставлю** никакой отметки в этом поле, это означает, что я желаю возложить обязательства на опекуна или правопреемника опекуна над моим имуществом. [R.C. §1337.28 (B)]

**Неограниченный срок действия.** Настоящая Медицинская доверенность бессрочная, и остается в силе при утрате мной трудоспособности или с течением времени.

**Исполнение агентом.** Мой агент будет предпринимать от моего имени за мой счет необходимые меры, которые мой агент посчитает целесообразными для исполнения моих желаний, оговоренных в настоящем документе.

**Освобождение агента от личной ответственности.** Мой агент не будет нести ответственность передо мной или другим лицом за неисполнение обязанностей, если только такое неисполнение не являлось результатом недобросовестности, не имело ненадлежащих мотивов, или не являлось результатом опрометчивого безразличия касательно положений настоящего документа или моих интересов. [R.C. §1337.35]

**Равнозначная юридическая сила копий.** Любое лицо может полагаться на копию настоящего документа. [R.C. §1337.26(D)]

**Применение за пределами штата.** Я предполагаю, что настоящий документ будет иметь юридическую силу в любой юрисдикции, в допустимых законом пределах. [R.C. §1337.26(C)]

Я оформил(-а) **Распоряжение о поддержании жизни**:

Да ☐ Нет ☐

## ПОДПИСЬ ОПЕКАЕМОГО ЛИЦА

Мне известно, что я несу ответственность за информирование моих родных и моего врача, моего юриста, моего духовного наставника и других лиц о составлении настоящей Медицинской доверенности. Мне известно, что я могу передать копии настоящей Медицинской доверенности любому лицу.

Мне известно, что я могу передать копию настоящей Медицинской доверенности в суд по делам о наследстве, для безопасного хранения. [R.C. §1337.12(E)(3)]

Мне известно, что мне необходимо подписать настоящую Медицинскую доверенность и указать дату подписания, и, что факт подписания должен быть засвидетельствован двумя совершеннолетними лицами, способными засвидетельствовать мою подпись, ИЛИ факт подписания должен быть заблаговременно заверен государственным нотариусом. [R.C. §1337.12]

Я подписываю от своего имени настоящую Медицинскую доверенность

Дата \_\_\_\_\_, в \_\_\_\_\_, штат Огайо.

---

Опекаемое лицо

**[Указать свидетелей ИЛИ нотариальное засвидетельствование].**

## СВИДЕТЕЛИ [R.C. §1337.12(B)]

*[Указанные ниже лица НЕ ИМЕЮТ ПРАВА выступать в качестве свидетелей при подписании настоящей Медицинской доверенности:]*

- *Ваш агент, при наличии такового;*
- *Ваш опекун или опекун над Вашим имуществом, при наличии такового;*
- *Любой альтернативный агент или правопреемник агента, или опекуна, при наличии такового;*
- *Любое лицо, родственное вам по крови, в результате женитьбы/замужества или усыновления/удочерения (например, супруг(-а) и дети);*
- *Ваш лечащий врач; а также*
- *Администратор дома престарелых, где вам оказывают уход].*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись первого свидетеля                  Ф.И.О. первого свидетеля,  
печатными буквами                                  Дата

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись второго свидетеля                  Ф.И.О. второго свидетеля,  
печатными буквами                                  Дата

Стр. 10 из 13

## УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЛИЦА, СОСТАВЛЯЮЩЕГО ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ

Это важный юридический документ. Прежде чем составить этот документ, Вам необходимо знать следующее:

Настоящий документ предоставляет назначаемому Вам лицу (а именно поверенному) право принимать БОЛЬШИНСТВО решений медицинского характера от Вашего имени, если Вы утратите способность самостоятельно принимать информированные решения медицинского характера. Эти полномочия действительны только, когда Ваш лечащий врач придет к заключению о том, что Вы утратили способность самостоятельно принимать информированные решения медицинского характера, и, невзирая на какие-либо положения настоящего документа, пока Вы сохраняете способность самостоятельно принимать информированные решения медицинского характера, Вы сохраняете право самостоятельного решения медицинских вопросов.

Вы можете включить в настоящий документ особые ограничения полномочий поверенного в плане принятия им решений по поводу Вашего медицинского обслуживания.

С учетом любых особых ограничений, внесенных вами в настоящий документ, если Ваш лечащий врач придет к решению, что Вы утратили способность самостоятельно принимать информированное решение по медицинским вопросам, фактический поверенный будет иметь на основании настоящего документа ОБЩЕЕ право принятия решений медицинского характера от Вашего имени в тех же пределах, как если бы Вы принимали их самостоятельно, если бы сохранили такую способность. Полномочия фактического поверенного относительно принятия решений медицинского характера от Вашего имени будет включать ОБЩИЕ полномочия по предоставлению информированного согласия, отказу в предоставлении информированного согласия или отзыву информированного согласия на любые виды ухода, лечения, обслуживания или проведения процедур для сохранения здоровья, диагностики или лечения физического, или психического заболевания.

ОДНАКО если фактический поверенный владеет общими полномочиями на принятие решений медицинского характера от Вашего имени, в соответствии с положениями настоящего документа фактический поверенный НИКОГДА не будет иметь следующих полномочий:

(1) Отказ предоставления или отзыв информированного согласия на искусственное поддержание жизни, если только Ваш лечащий врач и еще один врач после Вашего обследования придут к заключению с определенной степенью медицинской достоверности и в соответствии с должными медицинскими стандартами о наличии любого из приведенных ниже явлений:

(a) Вы имеете неизлечимое, необратимое и не поддающееся терапии состояние вследствие заболевания, патологического процесса или травмы, которое

(i) неизлечимо, и

(ii) высока вероятность Вашей смерти в относительно короткое время, если не проводить искусственное поддержание жизни, и Ваш лечащий врач также установит с определенной степенью медицинской достоверности и в соответствии с должными медицинскими стандартами отсутствие логичной вероятности того, что Вы восстановите способность самостоятельно принимать решения по медицинским вопросам.

(b) Вы постоянно пребываете в бессознательном состоянии, то есть не осознаете ничего о себе и Вашем окружении, при полной утрате функций коры головного мозга, вследствие чего не можете ощущать боль или страдания, и Ваш лечащий врач также установит с определенной степенью медицинской достоверности и в соответствии с должными медицинскими стандартами отсутствие логичной вероятности того, что Вы восстановите способность самостоятельно принимать решения по медицинским вопросам;

## **Уведомление на основании §1337.17 Свода пересмотренных законов штата Огайо**

(2) Отказ предоставления или отзыв информированного согласия на медицинское обслуживание, необходимое для оказания Вам ухода с целью обеспечения комфорта (исключение, если фактический поверенный не получил запрет на это в соответствии с пунктом (4) ниже, фактический поверенный может дать отказ или отозвать информированное согласие на предоставление Вам искусственного питания или гидратации, как описано в пункте (4) ниже). **(Вы должны осознавать, что в соответствии с законами штата Огайо, симптоматическая терапия означает искусственную подачу питательных веществ (питание) или жидкостей (гидратация) для ослабления боли или уменьшения дискомфорта, но не отсрочки Вашей смерти, и в соответствии с любым другим Уведомлением на основании §1337.17 Свода пересмотренных законов штата Огайо, означает процедуру лечения или ухода, терапии, вмешательства, или другую процедуру, которая может быть предпринята для ослабления Вашей боли или уменьшения дискомфорта, но не отсрочки Вашей смерти. Соответственно, если ваш лечащий врач установит, что ранее назначенная процедура лечения или ухода, терапии, вмешательства, или другая процедура, больше неспособна ослабить Вашу боль или обеспечить комфорт, то в соответствии с положениями пункта (4) ниже, Ваш фактический поверенный будет владеть полномочиями на отказ в предоставлении или отзыв информированного согласия на проведение такой процедуры, лечения, вмешательства или другого мероприятия);**

(3) Отказ предоставления или отзыв информированного согласия на медицинское обслуживание в случае Вашей беременности, или если отказ или отзыв приведет к прерыванию беременности (если только беременность или медицинское обслуживание будут сопряжены с существенным риском для вашей жизни, или если Ваш лечащий врач и минимум еще один врач придут к заключению с определенной долей медицинской достоверности и на основании должных медицинских стандартов, что рождение живого ребенка будет невозможным);

**(4) Отказ предоставления или отзыв информированного согласия на проведение искусственной подачи питательных веществ (нутритивная поддержка) или жидкостей (гидратация), за следующими исключениями:**

**(а) Вы пребываете в терминальном состоянии или необратимом бессознательном состоянии.**

**(б) Ваш лечащий врач и еще минимум один врач после Вашего обследования придут к заключению с определенной долей медицинской достоверности и на основании должных медицинских стандартов, что питание или гидратация больше неспособны или не будут способны в дальнейшем ослабить Вашу боль или обеспечить комфорт.**

**(в) Если, и только в этом случае, Вы постоянно пребываете в бессознательном состоянии, Вы предоставляете фактическому поверенному право отказа предоставления или отзыва информированного согласия на Ваше питание или гидратацию на основании двух следующих элементов настоящего документа:**

**(i) Включение заявления, написанного заглавными буквами, или выделенного другим образом, в том числе, в частности, иным шрифтом, крупным шрифтом, полужирным шрифтом, о том, что фактический поверенный имеет право отказаться предоставить согласие или отозвать согласие на Ваше питание или гидратацию, если Вы постоянно пребываете в бессознательном состоянии, и если будет установлено, что питание или гидратация не будут или перестанут обеспечивать комфорт или ослаблять боль, с проставлением отметки в поле или строке (при наличии такой) рядом с аналогичным заявлением в этом документе;**

**(ii) Проставление ваших инициалов или подписи под заявлением или рядом с ним, галочки или другой пометки, как описано выше.**

## **Уведомление на основании §1337.17 Свода пересмотренных законов штата Огайо**

**(d) Ваш лечащий врач определит, со всей добросовестностью, что Вы предоставили фактическому поверенному полномочия отказать в предоставлении или отозвать информированное согласие на Ваше питание или гидратацию, если Вы будете постоянно пребывать в бессознательном состоянии, с соблюдением требований, изложенных в пунктах (4) (c) (i) и (ii) выше.**

(5) Отзыв информированного согласия на любое медицинское обслуживание, на которое прежде было дано согласие, если только изменения в Вашем физическом состоянии не привели к существенному уменьшению преимуществ для Вас от такого медицинского обслуживания, или если такое медицинское обслуживание не является, или больше не является, достаточно эффективным для достижения целей, в соответствии с которыми дано согласие на его применение.

Кроме того, при предоставлении полномочий на принятие от Вашего имени решений медицинского характера, фактический поверенный будет обязан действовать в соответствии с Вашими желаниями, или, если Ваши желания будут неизвестны, в соответствии с Вашими интересами. Вы можете информировать Вашего фактического поверенного о Ваших желаниях посредством их указания в этом документе, или сообщения о них Вашему фактическому поверенному другим способом.

Выполняя свои обязанности в соответствии с настоящим документом, фактический поверенный будет иметь В ОБЩЕМ те же права, которые имели Вы, на получение информации о предложенных видах медицинского обслуживания, на изучение медицинской документации и на согласие раскрытия информации, содержащейся в медицинской документации. Если Вы пожелаете ограничить эти права, Вы можете оговорить это в настоящем документе.

В соответствии с положениями настоящего документа Вы можете назначить любого дееспособного совершеннолетнего своим фактическим поверенным. Однако в соответствии с положениями настоящего документа Вы НЕ МОЖЕТЕ назначить Вашим фактическим поверенным Вашего лечащего врача или администратора реабилитационного центра, в котором Вам предоставляют медицинское обслуживание. Также Вы НЕ МОЖЕТЕ назначить сотрудника или агента Вашего лечащего врача, или сотрудника или агента лечебного учреждения, в котором Вы проходите лечение, Вашим фактическим поверенным, в соответствии с положениями настоящего документа, если только такой сотрудник или агент является дееспособным совершеннолетним лицом, родственником Вам по крови, в результате женитьбы/замужества или усыновления/удочерения, или если только такой сотрудник или агент является дееспособным совершеннолетним лицом, и Вы с сотрудником или агентом являетесь представителями одного религиозного ордена.

В соответствии с законодательством штата Огайо настоящий документ является бессрочным, однако Вы можете указать дату, по истечении которой Ваша медицинская доверенность утратит юридическую силу. Однако если Вы укажете такую дату, и к ее наступлению утратите способность самостоятельно принимать информированные решения медицинского характера, настоящий документ и полномочия, предоставленные на его основании Вашему фактическому поверенному, сохранят силу до тех пор, пока к Вам не вернется способность принимать самостоятельно информированные решения по медицинским вопросам.

Вы имеете право отозвать назначение фактического поверенного и право отозвать весь документ в любой момент и любым способом. Любой такой отзыв будет действовать в случаях, когда Вы сообщаете о Вашем намерении отозвать назначение. Однако если Вы информируете Вашего лечащего врача об этом документе, любой такой отзыв будет иметь силу только после того, когда Вы обсудите его с Вашим лечащим врачом, или после того, как свидетель отзыва или другой представитель медицинского персонала, которому будет сообщено о факте отзыва таким свидетелем, обсудит его с Вашим лечащим врачом.

**Уведомление на основании §1337.17 Свода пересмотренных законов штата Огайо**

Если Вы составите этот документ и с его помощью заключите действующую медицинскую доверенность на медицинское обслуживание, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным, она заменит все ранее составленные действующие медицинские доверенности, действие которых не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным, если только не укажете другое в этом документе.

Настоящий документ не является действующей медицинской доверенностью на медицинское обслуживание, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным, если только она не будет заблаговременно заверена государственным нотариусом или подписана минимум двумя совершеннолетними свидетелями, присутствующими при ее подписании Вами или при подтверждении Вами Вашей подписи. В качестве свидетеля нельзя привлекать лиц, родственных Вам по крови, в результате женитьбы/замужества или усыновления/удочерения. Свидетелем также не может выступать Ваш лечащий врач и администратор реабилитационного центра, в котором Вам предоставляют уход. Если Вам непонятно какое-либо положение настоящего документа, обратитесь за разъяснениями к Вашему адвокату.

### **Уведомление на основании §1337.17 Свода пересмотренных законов штата Огайо**

#### **ПРИЛОЖЕНИЕ**

В ходе внесения изменений в законодательство касательно Медицинской доверенности в марте 2014 года настоящее уведомление осталось без изменений. Примите к сведению следующие изменения:

Вы имеете право, но не обязаны, предоставить Вашему агенту полномочия на получение Вашей медицинской информации, в том числе информации, защищенной законом, и недоступной для Вашего агента в силу иных причин. Вы имеете право предоставить Вашему агенту возможность доступа к Вашей медицинской информации непосредственно после подписания настоящего документа, или в любое другое время, даже если Вы сохраните способность принимать самостоятельные решения по медицинским вопросам.

Также Вы имеете право, но не обязаны, использовать этот документ для назначения Ваших опекунов или опекунов над Вашим имуществом, если будет начат процесс опекуновства.

*© август 2016 г. Допускается перепечатка и копирование в целях использования для общественных нужд, применения поверенными, терапевтами и остеопатами, персоналом больниц, ассоциациями адвокатов, медицинскими обществами и некоммерческими ассоциациями, и организациями. Копирование для продажи в целях получения прибыли запрещено.*

# Штат Огайо

## Распоряжение о поддержании жизни

### Уведомление для заявителя

#### (State of Ohio Living Will Declaration Notice to Declarant)

Назначение данного Распоряжения о поддержании жизни состоит в документировании Ваших желаний по поводу завершения или прекращения поддержания жизни, в том числе искусственного питания и гидратации или нутритивной поддержки, в случае, если Вы будете неспособны принимать информированные решения по медицинским вопросам, и будете пребывать в терминальном состоянии или постоянном бессознательном состоянии. Распоряжение о поддержании жизни не влияет на обязанности медицинского персонала по оказанию Вам симптоматического лечения. Под симптоматическим лечением подразумевается снятие боли или устранение дискомфорта, но не отсрочка смерти.

Если Вы решите не накладывать ограничений на любой или все виды поддержания жизни, в том числе СЛР, Вы имеете на это законное право, и можете определить Ваши предпочтения относительно медицинского обслуживания в письменном виде в другом документе.

В соответствии с законодательством штата Огайо, Распоряжение о поддержании жизни действительно **только для лиц в терминальном состоянии или постоянно пребывающих в бессознательном состоянии**. Если Вы решите определить виды медицинского обслуживания для других ситуаций, составьте Медицинскую доверенность. Если Вы пребываете в терминальном состоянии или постоянно пребываете в бессознательном состоянии, эта Медицинская декларация будет иметь приоритет над Распоряжением о поддержании жизни.

*[Рекомендуется составить новое Распоряжение о поддержании жизни, если изменится состояние Вашего здоровья, или если Вы впоследствии решите составить Медицинскую доверенность. Если Вы решите составить и Медицинскую доверенность, и Распоряжение о поддержании жизни, Вам следует хранить копии этих документов вместе. В случаях, когда Вы являетесь пациентом медицинского учреждения, или, когда Вы и Ваш врач вносите изменения в Вашу медицинскую документацию, эти документы следует иметь при себе].*





# Штат Огайо

## Распоряжение о поддержании жизни (Ohio Living Will Declaration)

[R.C. §2133]

---

(Ф.И.О.)

---

(Дата рождения)

Это мое Распоряжение о поддержании жизни. Я отзываю все предыдущие Распоряжения о поддержании жизни, подписанные мной. Мне известно назначение и суть этого документа. Если какие-либо положения будут недействительными или не имеющими законной силы, это не повлияет на прочие положения настоящего документа.

Я пребываю в здравом рассудке, не являюсь жертвой принуждения, обмана или незаконного влияния. Я являюсь дееспособным совершеннолетним лицом и осознаю все последствия данного решения. Я добровольно изъявляю мое желание не применять искусственных методов отсрочки моей смерти. [R.C. §2133.02 (A)(1)]

Я предполагаю, что настоящее Распоряжение о поддержании жизни будет иметь юридическую силу в отношении моих родных и врачей в качестве моего окончательного желания воспользоваться моим законным правом отказа от определенных видов лечения. [R.C. §2133.03(B)(2)]

### Определения

**Совершеннолетним** является лицо, достигшее 18 лет или старше.

**Агент или фактический поверенный** — дееспособное совершеннолетнее лицо, которому субъект («опекаемое лицо») может предоставить право принимать за доверителя решения медицинского характера в контексте Медицинской доверенности.

**Завещание своего тела науке** — передача тела человека, полностью или частично, после смерти донора для трансплантации, терапии, исследований или образования.

**Искусственное питание или гидратация, или нутритивная поддержка** — поступление в организм продуктов питания и напитков внутривенно или через зонд. *[Вы можете отказаться или прекратить питание через зонд, или указать в Медицинской доверенности, что Вы передаете Вашему агенту право принятия решения об отказе или прекращении Вами искусственного питания или гидратации].*

**Симптоматическое лечение** — мероприятия, процедуры лечения или ухода, терапия или вмешательство, в том числе питание и/или гидратация, для уменьшения тяжести боли или дискомфорта пациента, но не продления срока жизни.

**СЛР** — сердечно-легочная реанимация. Один из способов, позволяющих возобновить дыхание или сердцебиение человека после их остановки. Не включает обеспечение проходимости дыхательных путей в целях, не связанных с реанимацией.

**Заявитель** — лицо, подписывающее Распоряжение о поддержании жизни.

**Распоряжение «не реанимировать», или НР** — медицинское распоряжение врача в документации пациента, информирующее о запрете проведения процедур сердечно-легочной реанимации.

**Медицинские процедуры** — любые виды ухода, лечения, обслуживания или любые мероприятия, проводимые для диагностики, сохранения или лечения физического, или психического здоровья человека.

**Медицинские решения** — предоставление информированного согласия, отказ предоставить информированное согласие или отзыв информированного согласия на проведение медицинских процедур.

**Медицинская доверенность** — официальный документ, предоставляющий уполномоченному агенту право принятия медицинских решений от имени опекаемого лица в большинстве медицинских ситуаций, когда опекаемое лицо утратит способность принимать такие решения. Опекаемое лицо также может предоставить агенту полномочия на сбор защищенной медицинской информации для опекаемого лица и от его имени, с вступлением этих полномочий в силу немедленно или в оговоренное время. Медицинская доверенность НЕ ЯВЛЯЕТСЯ финансовой доверенностью.

Медицинскую доверенность также можно использовать для назначения опекуна (опекунов) для опекаемого лица или имущества. Медицинская доверенность сохраняет силу даже в случаях назначения опекуна для опекаемого лица по решению суда, если только суд не вынесет иного решения.

**Искусственное поддержание жизни** — медицинские процедуры, терапия, вмешательство или другие мероприятия, призванные отдалить смертельный исход для пациента.

**Распоряжение о поддержании жизни** — юридический документ, с помощью которого дееспособный совершеннолетний («заявитель») может указать, какие виды медицинского обслуживания можно и нельзя проводить после того, как заболевание заявителя перейдет в терминальную стадию, или он/она не будет приходить в сознание и не сможет сообщить о своих требованиях. Это распоряжение НЕ является и не замещает завещание, которое используется для назначения исполнителя завещания для управления имуществом больного после его смерти.

**Необратимое бессознательное состояние** — любое необратимое состояние, в котором пациент не осознает ничего о себе или своем окружении. Минимум два врача должны осмотреть пациента и прийти к взаимному решению, что у пациента полностью утрачены высшие нервные функции, он неспособен страдать или чувствовать боль.

**Опекаемое лицо** — дееспособный совершеннолетний, подписавший Медицинскую доверенность.

**Терминальное состояние** — необратимое, неизлечимое и не поддающееся терапии состояние вследствие заболевания, патологического процесса или травмы, в отношении которых, с определенной степенью медицинской достоверности по результатам анализа, проведенного лечащим врачом и еще одним врачом, который провел осмотр заявителя, с соблюдением допустимых медицинских стандартов, применимы все следующие положения: (1) излечение невозможно, и (2) высока вероятность смертельного исхода в относительно ближайшее время, если не провести процедур искусственного поддержания жизни.

**Неограниченный срок действия.** Распоряжение о поддержании жизни бессрочно. Однако я имею право в любой момент его отозвать. [R.C. §2133.04(A)]

**Равнозначная юридическая сила копий.** Любое лицо может полагаться на копию настоящего документа. [R.C. §2133.02(C)]

**Применение за пределами штата.** Я предполагаю, что настоящий документ будет иметь юридическую силу в любой юрисдикции, в допустимых законом пределах. [R.C. §2133.14]

Я оформил(-а) **Медицинскую доверенность**: Да ☐ Нет ☐ •

**Уведомления.** *Примечание: Вы не обязаны никого называть. Если не будет указано ни одной фамилии, Ваш лечащий врач в соответствии с законом обязан приложить все возможные усилия для того, чтобы информировать одного из перечисленных лиц, в указанном порядке: Вашего опекуна, Вашего супруга/супругу, Ваших совершеннолетних детей, с которыми удастся установить связь, Ваших родителей, или большинство Ваших совершеннолетних братьев/сестер, с которыми удастся установить связь].*

Если мой лечащий врач примет решение о необходимости завершить или прекратить процедуры искусственного поддержания жизни, мой врач обязан приложить все возможные усилия для того, чтобы информировать одного из перечисленных ниже лиц, в приоритетном порядке *[зачеркнуть пустые строки]*: [R.C. §2133.05(2)(a)]

Ф.И.О. первого контактного лица и его связь со мной:

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. второго контактного лица и его связь со мной:

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. третьего контактного лица и его связь со мной: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Если я буду пребывать **В ТЕРМИНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ** и утрачу способность самостоятельно принимать решения медицинского характера, ИЛИ если я буду пребывать **В ПОСТОЯННОМ БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ**, при отсутствии возможности восстановления моей способности самостоятельно принимать информированные решения, я даю моему врачу распоряжение позволить мне умереть естественным способом, предоставляя мне только **симптоматическое лечение**.

В целях предоставления симптоматического лечения, я даю моему врачу следующие полномочия:

1. Отказаться от проведения искусственного поддержания жизни, в том числе СЛР;
2. Завершить или прекратить искусственное питание или гидратацию, при условии, что я, если пребываю в постоянном бессознательном состоянии, заблаговременно дал(-а) согласие на такое завершение или прекращение, в соответствии с положениями раздела **Особые распоряжения** ниже, и при условии, что удовлетворены все прочие условия;
3. Дать распоряжение НР; а также
4. Не предпринимать никаких действий для отдаления моей смерти, предоставляя мне только лечение, необходимое для поддержания комфорта и ослабления боли.

***Особые распоряжения.***



Своими инициалами, подписью, галочкой или прочей пометкой в соответствующем поле я явным образом предоставляю моему врачу право не предоставлять искусственного питания и гидратации или нутритивной поддержки, либо прервать их, если они уже были начаты, если я буду пребывать в необратимом бессознательном состоянии, **А ТАКЖЕ** мой врач и еще минимум один врач после моего обследования придут к заключению с определенной долей медицинской достоверности, что искусственное питание и гидратация или нутритивная поддержка не повысят комфортность для меня и не ослабят боль. [R.C. §2133.02(A)(3) и R.C. §2133.08]

***Дополнительные инструкции или ограничения.***

*[Если недостаточно места, допускается вставить дополнительные страницы.  
При отсутствии дополнительных инструкций или ограничений впишите ниже «Нет»].*

*[Определение понятия «завещание своего тела науке» приведено ниже, в соответствии с положениями документа ORC §2133.07(C). Организация Donate Life Ohio рекомендует сообщить о Вашем желании быть донором органов, тканей или роговицы в Бюро механических транспортных средств штата Огайо при получении удостоверения водителя, или, если Вы желаете наложить ограничения на донорство в Регистрационной форме Реестра доноров (прилагается) и передать ее в Бюро механических транспортных средств штата Огайо].*

*[Если Вы используете это Распоряжение о поддержании жизни для информирования о Вашем разрешении, укажите, какие органы и/или ткани Вы желаете предоставить в качестве донорских, и зачеркните все виды деятельности, для которых Вы не желаете предоставлять органы. Для упрощения процедуры ознакомьтесь с прилагаемой Регистрационной формой Реестра доноров. Во всех случаях сообщите Вашим родным о Вашем желании выступить донором органов].*

## ЗАВЕЩАНИЕ СВОЕГО ТЕЛА НАУКЕ (необязательно)

В надежде помочь другим людям после моей смерти, я настоящим передаю следующие части моего организма для следующих целей: *[Заполните оба раздела]*.

**Раздел 1. Части организма.** Поставьте отметку рядом с пунктом «Все органы, ткани и глаза», или рядом с другими пунктами ниже.

☐ Все органы, ткани и глаза. Если Вы поставите эту отметку, не ставьте других отметок в Разделе 1 и перейдите к Разделу 2.

- |   |                                   |  |  |
|---|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Сердце         | <input type="checkbox"/> Легкие   | <input type="checkbox"/> Печень (и соответствующие сосуды) | <input type="checkbox"/> Поджелудочная железа/инсулоциты |
| <input type="checkbox"/> Тонкая кишка   | <input type="checkbox"/> Кишечник | <input type="checkbox"/> Почки (и соответствующие сосуды)  | <input type="checkbox"/> Глаза/Роговица                  |
| <input type="checkbox"/> Клапаны сердца | <input type="checkbox"/> Кости    | <input type="checkbox"/> Сухожилия                         | <input type="checkbox"/> Связки                          |
| <input type="checkbox"/> Вены           | <input type="checkbox"/> Фасции   | <input type="checkbox"/> Кожа                              | <input type="checkbox"/> Нервы                           |

**Раздел 2. Цели.** Поставьте отметки рядом с пунктом «Все цели» или соответствующими пунктами ниже.

☐ Все цели. Если Вы поставите отметку в этом поле, не ставьте других отметок в этом разделе.

- |   |                                  |                                       |                                      |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Трансплантация | <input type="checkbox"/> Лечение | <input type="checkbox"/> Исследования | <input type="checkbox"/> Образование |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Если я не сообщаю о желании предоставить все или некоторые части моего организма посредством отметок выше, не допускается никаких предположений относительно моего желания согласиться или отказаться завещать мое тело науке.

## ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

Мне известно, что я несу ответственность за информирование моих родных, агента, фамилия которого указана в Медицинской доверенности (если такая составлена), моему врачу, моему юристу, моему духовному наставнику и другим лицам о факте составления настоящего Распоряжения о поддержании жизни. Мне известно, что я могу передавать копии настоящего Распоряжения о поддержании жизни любым лицам.

Мне известно, что мне (или моему представителю) необходимо подписать настоящее Распоряжение о поддержании жизни и указать дату подписания, и что факт подписания должен быть засвидетельствован двумя совершеннолетними лицами, способными засвидетельствовать мое подписание, ИЛИ факт подписания должен быть заблаговременно заверен государственным нотариусом. [R.C. §2133.02]

Я собственноручно ставлю подпись в настоящем Распоряжении о поддержании жизни  
Дата \_\_\_\_\_, в \_\_\_\_\_, штат Огайо.

\_\_\_\_\_  
Заявитель

[Указать свидетелей ИЛИ нотариальное засвидетельствование].

**СВИДЕТЕЛИ [R.C. §2133.02(B)(1)]**

*[Перечисленные ниже лица НЕ МОГУТ выступать в качестве свидетелей при составлении Распоряжения о поддержании жизни:]*

- Ваш агент, указанный в Медицинской декларации, при наличии такового;
- Ваш опекун или опекун над вашим имуществом, при наличии такового;
- Любой альтернативный агент, при наличии такового;
- Любое лицо, родственное Вам по крови, в результате женитьбы/замужества или усыновления/удочерения (например, супруг/супруга и дети);
- Ваш лечащий врач; а также
- Администратор дома престарелых, где Вам оказывают уход].

*Я удостоверяю, что Заявитель подписал настоящее Распоряжение о поддержании жизни, или подтвердил ее составление, в моем присутствии, и Заявитель пребывает, насколько я могу судить, в здравом рассудке, не являясь жертвой принуждения, обмана или незаконного влияния.*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись первого свидетеля      Ф.И.О. первого свидетеля, печатными      Дата  
буквами

Адрес первого свидетеля

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись второго свидетеля      Ф.И.О. второго свидетеля, печатными      Дата  
буквами

Адрес второго свидетеля

***ИЛИ, при отсутствии свидетелей:***

## НОТАРИАЛЬНОЕ ЗАВЕРЕНИЕ [R.C. §2133.02(B)(2)]

## Штат Огайо

Округ\_\_\_\_\_.

Дата \_\_\_\_\_, при моем, нижеподписавшегося государственного нотариуса, личном присутствии, \_\_\_\_\_, заявитель, названный в настоящем Распоряжении о поддержании жизни, который подтвердил, что он(а) утверждает аналогично в отношении изложенных здесь целей. Я подтверждаю, что заявитель пребывает в здравом рассудке, не является жертвой принуждения, обмана или незаконного влияния.

Государственный нотариус

Срок действия моего свидетельства:

Мое свидетельство бессрочное: ☐

© август 2016 г. Допускается перепечатка и копирование в целях использования для общественных нужд, применения поверенными, терапевтами и остеопатами, персоналом больниц, ассоциациями адвокатов, медицинскими обществами и некоммерческими ассоциациями, и организациями. Копирование для продажи в целях получения прибыли запрещено.

# **Штат Огайо**

## **Регистрационная форма Реестра доноров, Уведомление для Заявителя**

### **(State of Ohio Donor Registry Enrollment Form Notice to Declarant)**

Регистрационная форма Реестра доноров применяется для документирования Вашего желания выступить донором органов, тканей и/или роговицы на момент Вашей смерти.

Эта форма заполняется только в случае, если Вы **НЕ** зарегистрированы как донор в Бюро механических транспортных средств (Bureau of Motor Vehicles, BMV) штата Огайо при продлении удостоверения водителя или идентификационной карты штата; онлайн при посредстве интернет-страницы BMV; или ранее с помощью бумажной формы. Если Вы желаете завещать свое тело науке или внести изменения в уже зарегистрированные данные, эту форму следует направить в BMV, чтобы гарантировать исполнение Вашего желания выступить донором органов, тканей и/или роговицы. Настоящий документ будет использован в качестве разрешения на извлечение органов, тканей и/или роговицы на момент Вашей смерти, если это будет возможно с точки зрения медицины.

После передачи этой формы Ваши намерения будут сохранены в Реестре доноров штата Огайо, который ведет BMV, и доступ к этим данным будет предоставлен только соответствующим агентствам по извлечению органов, тканей и роговицы на момент смерти. Рекомендуется ознакомить с Вашими намерениями Ваших наследников, чтобы они были информированы о Вашем решении выступить в качестве донора.

Эта форма также используется для обновления или отзыва Вашего решения по поводу донорства. Заполненную форму отправьте на почтовый адрес:

Ohio Bureau of Motor Vehicles  
Attn: Records Request  
P. O. Box 16583  
Columbus, OH 43216---6583

Часто задаваемые вопросы о донорстве органов, тканей и роговицы приведены на третьей странице данного раздела. На случай, если у Вас возникнут особые вопросы, также будет представлена контактная информация агентств штата по извлечению органов и тканей, и Вам рекомендуется обратиться к ним или посетить их интернет-страницы.



## Регистрационная форма Реестра доноров штата Огайо

Если Вы НЕ зарегистрированы как донор в Бюро механических транспортных средств (BMV) штата Огайо при продлении удостоверения водителя или идентификационной карты штата, Вам следует выслать Регистрационную форму донора штата Огайо в BMV, чтобы гарантировать исполнение Вашего желания выступить донором органов и тканей. Настоящий документ будет использован в качестве разрешения на извлечение органов и/или тканей на момент Вашей смерти, если это будет возможно с точки зрения медицины. После передачи этой формы Ваши намерения будут сохранены в Реестре доноров штата Огайо, который ведет BMV, и доступ к этим данным будет предоставлен только соответствующим агентствам по извлечению органов и тканей. Сообщите о своих намерениях своим близким, чтобы они были информированы о Вашем решении. Эта форма также используется для обновления или отзыва Вашего решения по поводу донорства.

Чтобы зарегистрироваться, заполните эту форму и отправьте ее на почтовый адрес:

Ohio Bureau of Motor Vehicles

Attn: Records Request

P.O. Box 16583

Columbus, OH 43216---6583

### ВПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ОТЧЕСТВО
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС		
ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
ТЕЛЕФОН	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР ИДЕНТИФИКАЦИОННОЙ КАРТЫ ШТАТА ОГАЙО <b>ИЛИ</b> НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

### ВАРИАНТЫ ВКЛЮЧЕНИЯ В РЕЕСТР ДОНОРОВ

#### ВАРИАНТ 1

☐ После моей смерти я завещаю мои органы, ткани и глаза науке, для любых целей, дозволенных законом.

#### ВАРИАНТ 2

☐ После моей смерти я завещаю следующие органы, ткани и глаза науке:

☐ Все органы, ткани и глаза

##### ОРГАНЫ

☐ Сердце

☐ Легкие

☐ Печень (и соответствующие сосуды)

☐ Почки (и соответствующие сосуды)

☐ Поджелудочная железа/инсулоциты

☐ Кишечник

☐ Тонкая кишка

##### ТКАНИ

☐ Глаза/роговица

☐ Клапаны сердца

☐ Кости

☐ Сухожилия

☐ Связки

☐ Вены

☐ Фасции

☐ Кожа

☐ Нервы

Для следующих целей, дозволенных законом:

☐ Все цели

☐ Трансплантация

☐ Лечение

☐ Исследования

☐ Образование

#### ВАРИАНТ 3

☐ Удалите мои данные из Реестра доноров штата Огайо.

ПОДПИСЬ РЕГИСТРИРУЕМОГО В КАЧЕСТВЕ ДОНОРА х	ДАТА
--	------

## **Донорство органов и тканей в штате Огайо**

Каждый гражданин имеет возможность сохранить жизнь или улучшить качество жизни людей, страдающих от недостаточности органов, рака костей, травм опорно-двигательного аппарата, ожогов, слепоты и других состояний. Один донор органов может спасти до 8 жизней за счет пересадки сердца, легких, почек, поджелудочной железы, тонкого кишечника и печени. Более 123 000 американцев ожидают своей очереди на трансплантацию жизненно важных органов, 3 400 в штате Огайо. По статистике, каждый день в США умирает 18 человек, не дождавшихся трансплантата. Если Вы регистрируетесь в качестве донора, обсудите Ваше решение с Вашими близкими.

**Кто может стать донором?** Зарегистрироваться в качестве донора и дать расширенное разрешение на донорство может любой гражданин, достигший 15½ лет. Медицинское соответствие требованиям к трансплантации определяют на момент смерти. Если несовершеннолетний не доживает до 18 лет, любой из родителей имеет право обновить или отозвать решение о донорстве.

**Есть ли возрастные ограничения для донорства?** Потенциальным донором может выступить человек любого возраста, независимо от анамнеза. Донорами были как новорожденные, так и люди преклонного возраста. Определение органов и тканей, пригодных для трансплантации, проводится на момент смерти.

**Если мои данные будут внесены в Реестр доноров, повлияет ли это на качество медицинского обслуживания в лечебных учреждениях?** Нет. Врачи в лечебных учреждениях отвечают за обслуживание пациентов у больничной койки, и не привлечены к вопросам донорства или трансплантации. Перед рассмотрением вопроса о донорстве будут предприняты все усилия для сохранения вашей жизни.

**Возможно ли обезображивание моего тела при извлечении органов? Будет ли допустимо проведение похорон при открытой крышке гроба?** При извлечении донорских органов тело не обезображивается, и донорство не приводит к отсрочке похорон и не влияет на их проведение, в том числе возможность похорон при открытой крышке гроба.

**Понесет ли моя семья расходы в ходе процедур донорства?** Родные донора НЕ НЕСУТ расходов на процедуры донорства. Все расходы, связанные с трансплантацией органов, глаз и тканей, несет соответствующее агентство по извлечению органов.

**Одобрят ли мои религиозные взгляды донорство?** Все основные религии одобряют донорство органов, глаз и тканей как бескорыстный акт благотворительности.

**Могу ли я продать свои органы?** Нет. В соответствии с Национальным законодательным актом по трансплантации органов, продажа органов человека незаконна. Нарушение влечет за собой взыскания и лишение свободы. Одной из причин этого является обеспокоенность Конгресса тем, что продажа и покупка органов могут привести к неравномерному доступу к донорским органам и несправедливому преимуществу для богатых классов.

**Как проводится распределение органов?** Подбор донорских органов для реципиентов проводится по системе, регулируемой на федеральном уровне. Эта система основана на ряде факторов, которые включают тип крови, размер тела, срочность по медицинским показаниям, время ожидания в очереди и место проживания.

**Могу ли я выступить донором органов и тканей, и также завещать мое тело науке?** Донорство всего тела имеет преимущество над донорством органов и тканей. Если Вы желаете завещать все свое тело, Вам следует заключить соглашение с медицинским факультетом или научным учреждением до Вашей смерти. Медицинские факультеты, научные учреждения и другие агентства изучают тела для лучшего понимания анатомии и механизмов развития заболеваний у человека. Это исследование также крайне важно для сохранения жизни и улучшения его качества.

**Позволяет ли реестр проводить прижизненное донорство?** Нет. Реестр не допускает прижизненного донорства. Есть возможность прижизненного донорства почки, или фрагмента печени или легкого, но этот вопрос решается в индивидуальном порядке, в специальных центрах трансплантологии.

**Для получения дополнительной информации по вопросам донорства свяжитесь с любой из четырех федеральных организаций по снабжению органов в штате:**

Northeastern Ohio  
LifeBanc  
[www.lifebanc.org](http://www.lifebanc.org)  
216.752.5433

Western Ohio  
Life Connection of Ohio  
[www.lifeconnectionofohio.org](http://www.lifeconnectionofohio.org)  
937.223.8223

Central and Southeastern Ohio  
Lifeline of Ohio  
[www.lifelineofohio.org](http://www.lifelineofohio.org)  
877.223.6667

Southwestern Ohio  
LifeCenter  
[www.lifepassiton.org](http://www.lifepassiton.org)  
513.558.5555