

РАСПОРЯЖЕНИЯ ВРАЧА ШТАТА НЬЮ-ДЖЕРСИ ОБ ИСКУССТВЕННОМ ПОДДЕРЖАНИИ ЖИЗНИ (РВИПЖ)

Следуйте этим распоряжениям, затем обратитесь к врачу (квалифицированной медицинской сестре). Настоящий лист медицинский распоряжений основывается на текущем медицинском состоянии указанного ниже лица и его (ее) пожеланиях, данных устно или письменно в распоряжении на будущее. Любой незаполненный раздел предполагает полное лечение в связи с указанным в нем состоянием. В отношении к каждому пациенту будет обеспечено уважение его (ее) чести и достоинства.

Полное имя (имя, отчество, фамилия) пациента _____

Дата рождения _____

A	ЦЕЛИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ <i>(См. инструкцию на обороте. Данный раздел не содержит медицинского распоряжения).</i>	
B	МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: Пациент дышит и (или) имеет пульс <input type="checkbox"/> Полное лечение. Используйте все виды необходимого медицинского и хирургического вмешательства в соответствии с показаниями для поддержания жизни. При нахождении в учреждении для престарелых и инвалидов перевести в больницу, если показано. Указания по реанимации см. в разделе D. <input type="checkbox"/> Ограниченное лечение. Используйте необходимые виды терапевтического лечения, такие как лечение антибиотиками, внутривенное вливание в соответствии с показаниями. Допускается применение аппаратов для обеспечения неинвазивного положительного давления в дыхательных путях. В целом, избегайте интенсивной терапии. <input type="checkbox"/> Перевести в больницу для медицинского вмешательства. <input type="checkbox"/> Перевести в больницу только в том случае, если потребности паллиативного лечения не могут быть удовлетворены в нынешнем месте нахождения. <input type="checkbox"/> Только симптоматическое лечение. Применяйте интенсивное паллиативное лечение для облегчения боли и страданий, используя для этого любые медицинские препараты с любым способом введения, изменение положения, обработку ран и другие меры. Применяйте кислород, отсасывание и мануальную терапию при обструкции дыхательных путей, как требуется для достижения облегчения. Применяйте антибиотики только для того, чтобы способствовать облегчению. Перевести в больницу только в том случае, если потребности паллиативного лечения не могут быть обеспечены в нынешнем месте нахождения. Дополнительные распоряжения: _____	
C	ИСКУССТВЕННО ВВОДИМЫЕ ЖИДКОСТИ И ПИТАНИЕ: <i>Если осуществимо и желательно, предлагайте принимать пищу и жидкости через рот.</i> <input type="checkbox"/> Искусственное питание не применять. <input type="checkbox"/> Определенный пробный период искусственного питания. <input type="checkbox"/> Долгосрочное искусственное питание.	
D	СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ (СЛР) <i>Пациент не имеет пульса и (или) не дышит</i> <input type="checkbox"/> Сделать попытку реанимации (СЛР) <input type="checkbox"/> Не делать попыток реанимации (отказ от реанимационных мероприятий, позволить умереть естественной смертью)	ПОДДЕРЖАНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ <i>У пациента расстройство дыхания с сохранением пульса</i> <input type="checkbox"/> Делать интубацию, перевести на искусственное дыхание, если необходимо <input type="checkbox"/> Не делать интубацию – применять кислород, мануальную терапию для снятия обструкции дыхательных путей, медицинские препараты для облегчения. <input type="checkbox"/> Дополнительное распоряжение (например, определенный пробный период искусственной вентиляции легких) _____
E	В случае потери мною способности принимать решения, я разрешаю моему доверенному лицу с правом принятия решений, которое указано ниже, изменять или отменять распоряжения врача штата Нью-Джерси, включенные в форму РВИПЖ, после консультаций с моим лечащим врачом (квалифицированной медицинской сестрой) в соответствии с моими целями: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Представитель учреждения здравоохранения, указанный в распоряжении на будущее <input type="checkbox"/> Другое доверенное лицо с правом принятия решений _____ Укажите имя и фамилию доверенного лица (адрес на обратной стороне) _____ Номер телефона _____	
F	ПОДПИСИ: Я обсудил(-а) эту информацию с моим врачом (квалифицированной медицинской сестрой). Имя, фамилия разборчиво _____ Подпись _____ <input type="checkbox"/> Лицо, указанное выше <input type="checkbox"/> Представитель учреждения здравоохранения / Законный опекун <input type="checkbox"/> Супруг(-а) / партнер по гражданскому браку <input type="checkbox"/> Родитель несовершеннолетнего пациента <input type="checkbox"/> Другое доверенное лицо	Дало ли указанное выше лицо разрешение на: посмертное использование своих органов <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Эти распоряжения соответствуют медицинскому состоянию, известным предпочтениям данного лица и имеющимся о нем сведениям. _____ РАЗБОРЧИВО – Имя и фамилия врача _____ Номер телефона _____ (квалифицированной медицинской сестры) _____ Подпись врача (квалифицированной _____ Дата и время _____ медицинской сестры) (обязательно)
_____ Номер лицензии на ведение профессиональной деятельности		

Полное имя (имя, отчество, фамилия) пациента (разборчиво)

Дата рождения

Адрес пациента (разборчиво)

Контактная информация

Доверенное лицо с правом принятия решений (разборчиво)

Адрес

Номер телефона

ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ РАБОТНИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЗАПОЛНЕНИЕ ФОРМЫ РВИПЖ

- Форма должна заполняться врачом или квалифицированной медицинской сестрой.
- Настоятельно рекомендуется использовать оригинал формы. Могут использоваться фотокопии и факсимиле подписанных форм РВИПЖ.
- Любой незаполненный раздел формы РВИПЖ предполагает полное лечение в связи с указанным в нем состоянием.

ПЕРЕСМОТР ФОРМЫ РВИПЖ

Распоряжения, содержащиеся в форме РВИПЖ, являются фактическими распоряжениями, которые передаются вместе с пациентом и действительны во всех медицинских учреждениях в штате Нью-Джерси. Рекомендуется периодически пересматривать форму РВИПЖ, в частности, при:

- переводе пациента из одного лечебного учреждения в другое или с одного уровня оказания медицинской помощи на другой, либо
- при возникновении существенного изменения в состоянии здоровья пациента, либо
- при изменении лечебных предпочтений пациента.

ИЗМЕНЕНИЕ И АННУЛИРОВАНИЕ РВИПЖ – Лицо, способное принимать решения, всегда может изменить и (или) аннулировать РВИПЖ в любое время.

- Доверенное лицо, если таковое было назначено в разделе Е на лицевой стороне данной формы, может в любое время аннулировать форму РВИПЖ, изменить свое решение относительно лечебных предпочтений или оформить новый документ РВИПЖ на основании известных пожеланий пациента или других документов, как например, распоряжения на будущее.
- Доверенное лицо с правом принятия решений может обратиться с просьбой об изменении распоряжений на основании известных пожеланий пациента или, если они не известны, в соответствии с интересами пациента.
- Чтобы аннулировать РВИПЖ, проведите вертикальную черту через все разделы и напишите слово «ОТМЕНЕНО» большими буквами. Распишитесь и поставьте дату проведения этой линии.

РАЗДЕЛ А

В чем заключаются конкретные цели, которых мы пытаемся достичь этим планом лечения или ухода? Установить это можно, задав простой вопрос: «Какие у вас надежды на будущее»? Примеры включают (но не ограничиваются этим):

- долголетие, выздоровление, ремиссия
- повышение качества жизни
- жить достаточно долго, чтобы присутствовать на семейном событии (свадьбе, дне рождения, церемонии вручения дипломов)
- жить без боли, тошноты, нехватки дыхания
- есть, водить машину, заниматься садоводством, радоваться внукам

Медицинским работникам рекомендуется делиться информацией, касающейся прогноза, с тем чтобы пациент ставил перед собой реалистические цели.

РАЗДЕЛ В

- Если выбор падает на «ограниченное лечение», укажите также, предпочитает ли пациент перевод в больницу для получения дополнительного лечения.
- Внутривенное медикаментозное лечение для достижения большего облегчения может подходить для лиц, которые выбрали «только симптоматическое лечение».
- Неинвазивное положительное давление в дыхательных путях включает поддержание положительного постоянного давления в дыхательных путях (СИПАП) или двухфазную вентиляцию с положительным давлением в дыхательных путях (БИПАП).
- Всегда будет предоставляться паллиативное лечение.

РАЗДЕЛ С

Жидкости и питание всегда следует предлагать принимать через рот, если это осуществимо с медицинской точки зрения и если они отвечают целям лечения, установленным пациентом или его доверенным лицом. Введение питания и жидкостей, как через рот, так и инвазивными способами, осуществляется в контексте пожеланий, вероисповедания и культурных убеждений пациента.

РАЗДЕЛ D

Выберите предпочтения пациента в отношении СЛР и отдельно в отношении поддержания проходимости дыхательных путей. Определенный пробный период искусственной вентиляции легких может рассматриваться, например, когда требуется дополнительное время для оценки текущей клинической ситуации или когда ожидается, что такая необходимость будет кратковременной и может иметь некоторый паллиативный эффект.

РАЗДЕЛ E

Этот раздел применяется тогда, когда пациент при заполнении формы РВИПЖ обладает способностью принимать решения. Доверенное лицо, если пациент указал такое лицо в этом разделе, вправе только аннулировать или изменить существующую форму РВИПЖ или оформить новый документ.

РАЗДЕЛ F

Для того чтобы вступить в силу, форма РВИПЖ должна быть подписана лечащим врачом, под которым подразумеваются врач или квалифицированная медицинская сестра. Устные распоряжения приемлемы с последующей подписью врача (квалифицированной медицинской сестры) в соответствии с правилами, действующими в учреждении (месте проживания). Форма РВИПЖ должна быть подписана пациентом или его доверенным лицом. Укажите в строке для подписи, если пациент (доверенное лицо) не в состоянии поставить подпись, отказались подписать или если было дано устное согласие. Напомните пациенту (доверенному лицу), что подписание данной формы РВИПЖ аннулирует все предыдущие документы РВИПЖ.

ОТПРАВЬТЕ ОРИГИНАЛ ФОРМЫ ВМЕСТЕ С ПАЦИЕНТОМ ПРИ ПЕРЕВОДЕ