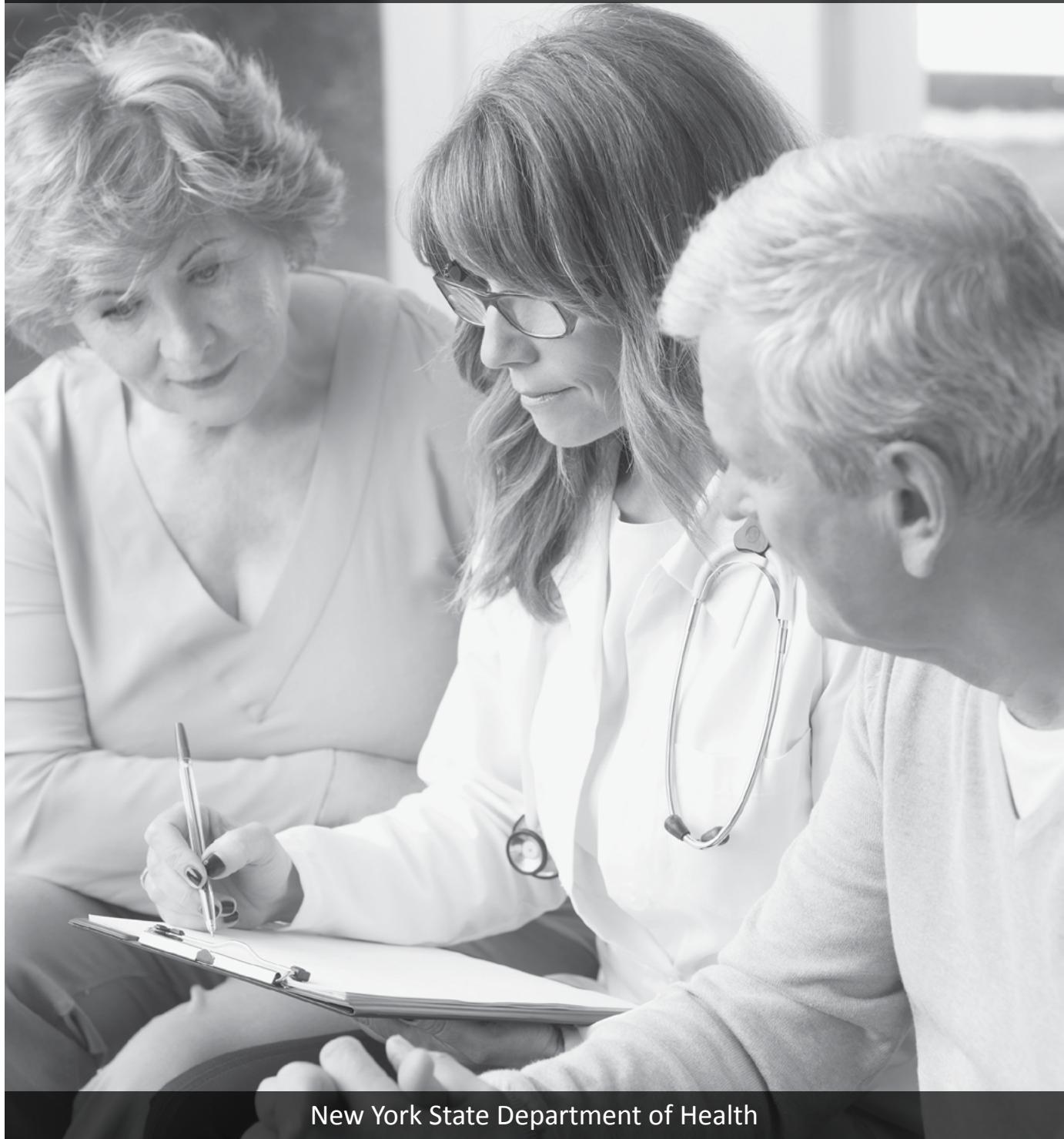


# Принятие решения Медицинское обслуживание

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И ИХ СЕМЕЙ



New York State Department of Health

## Введение

### Для кого предназначено данное справочное руководство?

Данное руководство предназначено для пациентов штата Нью-Йорк и для лиц, принимающих медицинские решения за пациентов. В нем содержится информация о принятии решений законными представителями пациентов в больницах и домах с сестринским уходом. Также руководство охватывает тему DNR в медицинских учреждениях и за их пределами. Поскольку в настоящем руководстве говорится о принятии медицинских решений, слово «пациент» означает любое лицо, которому предоставляется медицинское обслуживание. Сюда относятся и люди, проживающие в домах с сестринским уходом. В данном руководстве **нет** специальных правил принятия медицинских решений законными опекунами лиц с ограниченными возможностями в развитии.

### Может ли пациент или другой человек, ответственный за принятие медицинских решений, узнать о состоянии здоровья пациента и предлагаемом лечении?

Да. Пациенты и другие лица, ответственные за принятие медицинских решений, имеют право на получение от врача полной информации о состоянии здоровья пациентов и предлагаемом лечении. Пациенты должны предоставить информированное согласие до начала любого несрочного лечения или процедуры. Информированное согласие означает, что после получения пациентом информации о преимуществах и рисках лечения (и об альтернативных видах лечения) пациент предоставляет разрешение на проведение лечения.

## Взрослые пациенты, способные принимать обоснованные решения

### Имеют ли взрослые пациенты право и последствия предлагаемого медицинского обслуживания?

Да. Совершеннолетние пациенты вправе самостоятельно принимать решения о своем лечении, если они обладают способностью к принятию решений.

### Что такое «способность к принятию решений»?

«Способность к принятию решений» — это способность понимать и оценивать характер Это включает в себя преимущества и риски (и альтернативы) предлагаемого медицинского

обслуживания. Также сюда относится способность приходить к обоснованному решению.

### Как быть, если непонятно, обладает ли пациент способностью к принятию решений? Кто определяет, имеет ли пациент эту способность?

Медицинские работники считают пациента способным принимать решения до тех пор, пока суд не назначит законного опекуна для принятия за пациента медицинских решений. Врач обследует пациента, чтобы установить, есть ли веские основания полагать, что пациент не способен принимать решения самостоятельно. Врач должен сделать заключение о том, что пациент не способен принимать медицинские решения. Другое лицо вправе принимать медицинские решения за пациента только после того, как врач пациента сделает такое заключение.

### Всегда ли родственники пациента принимают за него медицинские решения, если он не способен это делать?

Нет. Бывает так, что решение о процедуре или лечении было принято пациентом до того, как он утратил способность к принятию решений. Например, пациент может согласиться на операцию, включающую в себя общую анестезию, до получения анестезии, которая приведет к утрате пациентом способности к принятию решений. В других случаях здоровый человек может внезапно утратить такую способность. В этом случае медицинская помощь может потребоваться незамедлительно, без получения согласия от пациента. Например, человек может потерять сознание во время аварии. Медицинские работники окажут экстренную помощь без его согласия, если только им не будет известно, что он уже принял решение отказаться от неотложной помощи.

## Предварительные распоряжения/медицинские доверенности

### Что такое предварительное распоряжение?

Предварительные распоряжения — это письменные инструкции о лечении, сделанные взрослым пациентом до того, как он утратил способность к принятию решений. В штате Нью-Йорк лучший способ защитить свои пожелания и предпочтения касательно лечения — это назначить человека, которому вы доверяете, для принятия решений о вашем лечении, если вы утратите эту способность. Заполнив форму медицинской доверенности, этот человек станет вашим «представителем по медицинским вопросам».

Прежде чем назначить представителя по медицинским вопросам, убедитесь в том, что человек хочет выполнять эту функцию. Обсудите со своим представителем, какие виды лечения вы бы хотели или не хотели, если бы вы оказались в больнице с опасным для жизни заболеванием или травмой. Проследите за тем, чтобы ваш представитель по медицинским вопросам знал ваши пожелания касательно искусственного питания и восполнения потери жидкости (кормление пациента через питательную трубку или капельницу). Подробнее о медицинских доверенностях читайте на странице [https://www.health.ny.gov/professionals/patients/health\\_care\\_proxy/](https://www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy/)

Также некоторые пациенты дают и выражают конкретные письменные инструкции и пожелания относительно медицинского лечения. Письменное заявление может быть включено в медицинскую доверенность, или оно может быть оформлено в виде отдельного документа. Некоторые люди называют этот тип предварительных распоряжений «завещанием о жизни».

#### **Как представители по медицинским вопросам принимают решения на основании медицинской доверенности?**

Представители по медицинским вопросам принимают решения так же, как если бы они были пациентами. Представитель по медицинским вопросам принимает решения о лечении в соответствии с пожеланиями пациента, включая решения о воздержании или отказе от жизнеобеспечивающего лечения. Если желания пациента узнать невозможно, представитель по медицинским вопросам принимает решения о лечении в интересах пациента.

#### **Может ли представитель по медицинским вопросам распорядиться о воздержании или отказе от искусственного питания или восполнения потери жидкости (кормления пациента через питательную трубку или капельницу)?**

Представитель по медицинским вопросам вправе распорядиться о воздержании или отказе от искусственного питания или восполнения потери жидкости на основании медицинской доверенности только в том случае, если ему известны пожелания пациента в отношении данных процедур. Однако представитель по медицинским вопросам также может принять такое решение в больнице или доме с сестринским уходом как законный представитель пациента из установленного законом списка законных представителей пациентов.

## **Принятие медицинских решений в больницах и домах с сестринским уходом**

#### **Как взрослые дееспособные пациенты принимают решения в больницах и домах с сестринским уходом?**

Пациенты могут выражать свои решения устно или письменно. Пациент больницы или житель дома с сестринским уходом не имеет права устно распорядиться о воздержании или отказе от жизнеобеспечивающего лечения, если только это решение не удостоверят два совершеннолетних лица. Один из них должен быть практикующим медицинским работником учреждения. Если пациент не способен принимать решения (но в прошлом принял решение о предлагаемом медицинском обслуживании), больница или дом с сестринским уходом будет действовать на основании решения, принятого пациентом ранее. Это условие действует, если только не произойдет неожиданное для пациента событие, после которого решение пациента потеряет смысл.

#### **Как принимаются медицинские решения за пациента больницы или жителя дома с сестринским уходом, не способного самостоятельно принимать решения?**

Если у пациента есть медицинская доверенность, решения принимает указанный в ней представитель по медицинским вопросам. Если пациент не имеет медицинской доверенности, решения принимает законный опекун (или лицо, имеющее самый высокий приоритет в списке законных представителей пациента, также называемое «законным представителем»).

#### **Что такое список законных представителей?**

Список законных представителей приведен ниже. Сначала указано лицо, имеющее самый высокий приоритет. Человек с самым низким приоритетом указан в конце списка.

- Супруг(а), если он(а) не проживает отдельно от пациента на основании законного решения, или сожитель(ница);
- сын или дочь, достигшие 18-летнего возраста;
- родитель;
- брат или сестра, достигшие 18-летнего возраста; и
- близкий друг.

## **Что такое «сожитель(ница)»?**

Сожитель(ница) — это человек, который:

- официально вступил в сожительство, признаваемое местным, уровня штата или центральным правительством, либо;
- официально зарегистрирован в качестве сожителя правительственной организацией или работодателем, либо;
- имеет как сожитель(ница) одинаковые с пациентом дополнительные выплаты и льготы сотрудникам или медицинскую страховку, либо;
- разделяет взаимное намерение быть сожителем пациента, учитывая все факты и обстоятельства, такие как:
  - зависят друг от друга в плане материальной поддержки;
  - имеют в совместном владении (или аренде) жилье или другое имущество;
  - разделяют доходы или расходы;
  - совместно воспитывают детей;
  - планируют вступить в брак друг с другом или официально оформить свое сожительство;
  - давно живут вместе.

## **Кто не может быть сожителем (сожительницей)?**

- Родитель, дедушка/бабушка, ребенок, внук/внучка, брат, сестра, дядя, тетя, племянник, племянница или супруг(а) пациента.
- Лицо, которому еще не исполнилось 18 лет.

## **Кого можно считать «близким другом»?**

Близкий друг — это любой человек, достигший 18-летнего возраста, который является другом или родственником пациента. Этот человек должен поддерживать постоянный контакт с пациентом; быть знаком с деятельностью пациента, состоянием его здоровья и религиозными или моральными убеждениями; и представить лечащему врачу подписанное заявление об этом.

## **Как быть, если законный представитель высшего приоритета недоступен для принятия решения?**

В таком случае решение принимает следующий в списке доступный законный представитель пациента.

## **Как быть, если законный представитель с высшим приоритетом не может или не хочет принимать решение?**

В этом случае решение принимает лицо, которое числится следующим в списке законных представителей пациента. Законный представитель с высшим приоритетом вправе назначить любое другое лицо из списка выполнять функции законного представителя пациента, если никто из лиц с более высоким приоритетом не возражает против этого назначения.

**Могут ли пациенты или другие лица, ответственные за принятие решений, передумать после того, как решение о лечении уже было принято?**

Да. Принятое решение можно отозвать, сообщив об этом персоналу больницы или дома с сестринским уходом.

## **Решения о воздержании или отказе от жизнеобеспечивающего лечения в больницах и домах с сестринским уходом**

### **Что такое «жизнеобеспечивающее лечение»?**

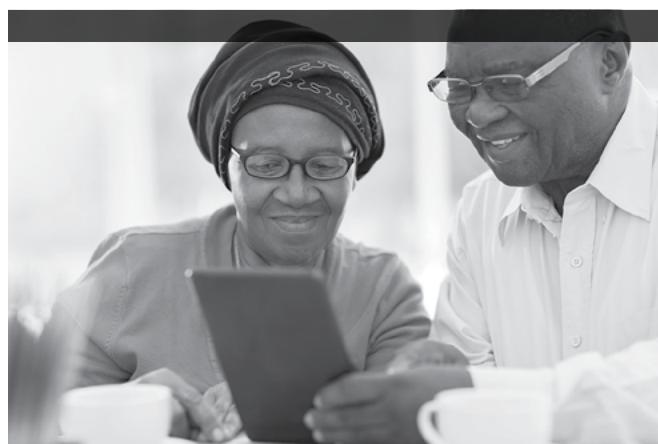
Речь о «жизнеобеспечивающем лечении» идет, когда лечащий врач считает, что пациент умрет в течение относительно короткого промежутка времени, если он не получит медицинскую помощь или процедуру. Сердечно-легочная реанимация (СЛР) в любом случае считается жизнеобеспечивающим лечением.

### **Что такое СЛР?**

СЛР (сердечно-легочная реанимация) относится к медицинским процедурам, целью которых является перезапуск работы сердца или дыхания пациента, когда его сердце останавливается и/или он перестает дышать. СЛР можно начать, например, с искусственного дыхания «рот в рот» и силового давления на грудь в попытке перезапустить сердце. Иногда это не приносит желаемых результатов, поэтому СЛР также может включать в себя электрошок (дефибрилляцию), введение трубки в трахею (интубацию) и подключение пациента к аппарату искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

### **Что такое решение о воздержании или отказе от жизнеобеспечивающего лечения?**

Решение о воздержании от жизнеобеспечивающего лечения — это решение об отказе от лечения до его предоставления. Решение об отказе от



жизнеобеспечивающего лечения — это решение об отказе от лечения, которое уже началось. Каждый взрослый пациент имеет право отказаться от приема лекарственного препарата и лечения после того, как он будет полностью информирован о вероятных последствиях таких действий (и понимать их).

#### Как больница или дом с сестринским уходом будет выполнять решение о воздержании или отказе от жизнеобеспечивающего лечения?

Врач может распорядиться, чтобы персонал не предоставлял или прекратил предоставлять определенные медицинские препараты, виды лечения или процедуры. Это может привести к смерти пациента по истечении относительно короткого промежутка времени. Например, врач может распорядиться отключить аппарат ИВЛ, к которому подключен пациент.

Чтобы отменить жизнеобеспечивающее лечение, врач может издать медицинское распоряжение, например:

- приказ не реанимировать (DNR) пациента: это означает исключение СЛР в случае остановки сердца и/или прекращения дыхания пациента;
- приказ не выполнять интубацию (DNI): это означает, что пациенту не будут вводить в трахею трубку или подключать его к аппарату ИВЛ.

Решение также может включать пожелания относительно прекращения (или неприменения) искусственного питания и восполнения потери жидкости через трубку или внутривенно. Это означает, что учреждение не будет подавать пациенту жидкую пищу или жидкости через трубку, вставленную в желудок, или через катетер, введенный в вену пациента. Пациентам всегда будет предлагаться пища и жидкости для приема через рот, если они в состоянии есть и пить самостоятельно.

Также могут выполняться и другие виды решений для ограничения введения медицинских препаратов, лечения или процедур (например, прекращение диализа).

#### Отменит ли больница или дом с сестринским уходом лечение полностью?

Нет. Даже если пациент оформил DNR или другое медицинское распоряжение об отказе от жизнеобеспечивающего лечения, пациенту должно предоставляться медицинское обслуживание и лечение, чтобы ослабить его боль и другие симптомы и уменьшить его страдания. Симптоматическая терапия, также известная как паллиативное лечение, должна быть доступна для всех пациентов, которые в ней нуждаются.

#### Когда пациенту следует оформить DNR?

Любое совершеннолетнее лицо, способное принимать решения, вправе потребовать распоряжение DNR. Тем не менее, пациент и его родные должны проконсультироваться с врачом о диагнозе пациента и вероятном исходе СЛР. Подписать распоряжение DNR может только врач. В распоряжении DNR говорится, что медицинские работники не должны выполнять СЛР пациентам, которые хотят умереть своей смертью в случае остановки сердца и/или прекращения дыхания. Например, DNR может оформить пациент с неизлечимой болезнью.

Успешная СЛР восстанавливает сердцебиение и дыхание. Успех СЛР зависит от общего состояния здоровья пациента. Сам по себе возраст не определяет, будет ли СЛР успешной. Однако болезни и недомогания, которые появляются с возрастом, зачастую снижают эффективность СЛР. Если пациент тяжело болен, СЛР может вообще не привести к нужным результатам или обеспечить их только частично. После нее мозг пациента может оказаться поврежденным, или состояние пациента может стать еще хуже, чем до остановки сердца. Возможно, что после СЛР (в зависимости от состояния здоровья) пациента придется навсегда подключить к аппарату ИВЛ.

#### Влияет ли DNR на другое лечение?

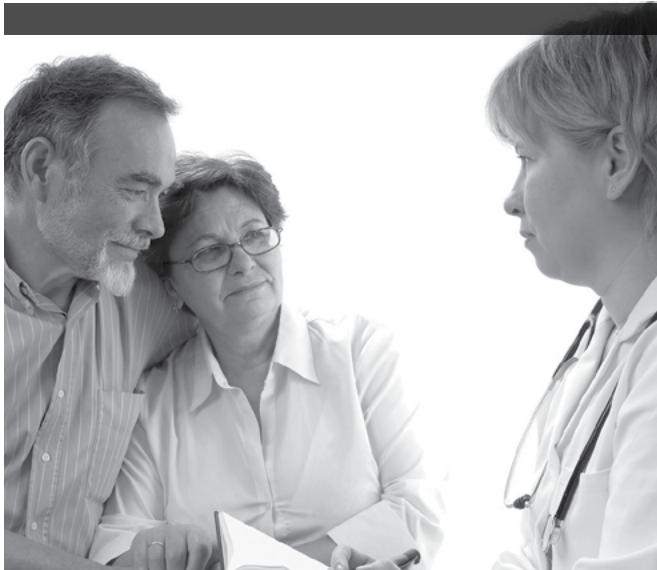
Нет. DNR — это решение, касающееся только СЛР, предусматривающей наружный массаж сердца, интубацию и искусственную вентиляцию легких, и оно не относится ни к каким другим видам лечения. Отказ от реанимации **не** означает отказ от лечения.

#### Какова процедура перевода пациента из больницы или дома с сестринским уходом в другую больницу или дом с сестринским уходом?

Медицинские распоряжения, включая DNR, действуют до тех пор, пока пациента не обследует практикующий медработник. Если врач нового учреждения решит отменить медицинское распоряжение, пациент или другое лицо, ответственное за принятие решений, будет об этом уведомлен, после чего он сможет заново оформить такое распоряжение.

#### Стандарты принятия решений для законных опекунов и законных представителей в больницах и домах с сестринским уходом

Как медицинские решения принимаются законными представителями пациента, включая его опекунов?



Законный представитель должен принимать медицинские решения в соответствии с пожеланиями пациента, включая его религиозные и моральные убеждения. Если желания пациента узнать невозможно, законный представитель принимает решения с максимальным учетом интересов пациента. «Максимальный учет интересов» пациента означает учет законным представителем: достоинства и уникальности каждого человека; возможности сохранения жизни пациента и сохранения или улучшения его здоровья; облегчение страданий пациента; и любые другие аспекты и ценности, которые захотел бы учесть пациент. В любом случае в центре внимания должны быть желания и интересы **пациента**, а не его законного представителя. Медицинские решения должны приниматься для каждого пациента индивидуально. Все решения должны соответствовать ценностям пациента, его религиозным и моральным убеждениям.

**Всегда ли законные представители уполномочены предоставлять разрешение на необходимые виды лечения?**

Да.

**Всегда ли законные представители уполномочены принимать решения о воздержании или отказе от жизнеобеспечивающего лечения?**

Нет. Опекун или законный представитель пациента в больнице или доме с сестринским уходом вправе принять решение об отказе от жизнеобеспечивающего лечения пациента только в следующих случаях:

- лечение станет непосильным бременем для пациента, и:

- у пациента имеется заболевание или травма, которые могут привести к смерти в течение шести месяцев вне зависимости от лечения; или

• пациент постоянно находится без сознания;

**или**

- предоставление лечения будет вызывать боль, страдания или иное бремя, которые можно было бы в сложившейся ситуации счесть негуманными или чересчур обременительными, и пациент имеет необратимое или неизлечимое заболевание. В доме с сестринским уходом комитет по этике также должен одобрить любое решение (кроме DNR), основанное на данном пункте. В больнице лечащий врач или комитет по этике должен одобрить любое решение о воздержании или отказе от искусственного питания и восполнения потери жидкости, основанное на данном пункте.

**Как решения о жизнеобеспечивающем лечении принимаются для несовершеннолетних пациентов в больнице или доме с сестринским уходом?**

Родитель или опекун пациента, не достигшего 18-летнего возраста, принимают решения о его жизнеобеспечивающем лечении, максимально учитывая интересы несовершеннолетнего. Они учитывают уместные пожелания несовершеннолетнего в сложившейся ситуации. Если несовершеннолетний пациент способен принимать решения, он должен дать разрешение на принятие его родителем или опекуном решения о воздержании или отказе от жизнеобеспечивающего лечения. Предполагается, что не состоящее в браке несовершеннолетнее лицо не обладает способностью к принятию решений, если только врач не установит, что пациент имеет право принимать решения о своем жизнеобеспечивающем лечении. Несовершеннолетние лица, состоящие в браке, принимают решения самостоятельно, так же, как и совершеннолетние.

**Что если не состоящий в браке несовершеннолетний пациент обладает способностью к принятию решений и является родителем? Что если это человек, достигший 16-летнего возраста и проживающий отдельно от своих родителей или опекуна?**

Такие несовершеннолетние лица могут самостоятельно принимать решения о воздержании или отказе от жизнеобеспечивающего лечения при условии согласия лечащего врача и комитета по этике.

## Разрешение споров в больницах и домах с сестринским уходом

**Как быть, если в списке законных представителей пациента числится сразу два или более лиц с высшим приоритетом, и они не могут между собой договориться? Например, что делать, если лицами с высшим приоритетом являются совершеннолетние дети пациента, и они не могут прийти к согласию?**

В этом случае персонал больницы или дома с сестринским уходом может попытаться неформально разрешить спор. Например, для поиска решения можно привлечь еще и других врачей, социальных работников или священников. Кроме того, в каждой больнице и доме с сестринским уходом должен быть комитет по этике. Спор может быть передан в комитет по этике для получения консультации, рекомендации и помощи в разрешении спора. Больница или дом с сестринским уходом должны выполнить решение законного представителя, основанное на пожеланиях пациента, если они известны. Если пожелания пациента узнать невозможно, больница или дом с сестринским уходом должны выполнить решение, принятое с максимальным учетом интересов пациента.

**Как быть, если лицо, связанное со спором, не согласно с решением законного представителя пациента о лечении? Это может быть пациент, медицинский работник, занимающийся лечением пациента в больнице или доме с сестринским уходом, или кто-то с более низким приоритетом, указанный в списке законных представителей пациента.**

В этом случае персонал больницы или дома с сестринским уходом также может попытаться разрешить спор неформально. Если это не удастся, лицо, не согласное с решением, может обратиться за помощью в комитет по этике. Лицо, выступающее против лица, ответственного за принятие решений, может попросить комитет по этике попытаться разрешить спор. Инициатор такого разбирательства может представить комитету информацию и заключения. Комитет по этике может предоставить консультацию, дать рекомендации и оказать помощь в разрешении спора.

**Являются ли рекомендации и советы комитета по этике обязательными для исполнения?**

Нет, рекомендации и советы комитета по этике служат для справки и не являются обязательными для исполнения, кроме трех очень особых типов решений. Комитет по этике должен согласиться с решением в следующих трех случаях:



- законный представитель принимает решение о воздержании или отказе от жизнеобеспечивающего лечения (кроме СЛР) пациента в доме с сестринским уходом. Нет причин полагать, что пациент умрет в течение следующих шести месяцев, и непостоянно находится в бессознательном состоянии. В этой ситуации комитет по этике должен согласиться со следующим. У пациента необратимое или неизлечимое заболевание. Кроме того, предоставление жизнеобеспечивающего лечения будет вызывать боль, страдания или иное бремя, которые можно было бы в сложившейся ситуации счесть негуманными или чрезесчур обременительными;
- законный представитель принимает решение о воздержании или отказе от искусственного питания и восполнения потери жидкости организма пациента в больнице. Лечащий врач возражает. Нет причин полагать, что пациент умрет в течение следующих шести месяцев, и непостоянно находится в бессознательном состоянии. В этой ситуации комитет по этике должен согласиться со следующим. У пациента необратимое или неизлечимое заболевание. Кроме того, искусственное питание и восполнение потери жидкости будет вызывать боль, страдания или иное бремя, которые можно было бы в сложившейся ситуации счесть негуманными или чрезесчур обременительными;

- в больнице или доме с сестринским уходом комитет по этике должен утвердить решение не состоящего в браке, дееспособного несовершеннолетнего лица о воздержании или отказе от жизнеобеспечивающего лечения без согласия одного из родителей или опекуна.
- Врач решает переместить в хоспис пациента, у которого недостаточно средств и нет доверенных лиц или законных представителей по вопросам медицинского обслуживания. Комитет должен также рассмотреть план хосписа по медицинскому уходу, который может включать предоставление или отсутствие жизнеобеспечивающего лечения, при соблюдении стандартов при принятии решений законными представителями относительно такого лечения.

В этих трех случаях воздержание или отказ от жизнеобеспечивающего лечения невозможны без одобрения комитета по этике.

**Что означает фраза «рекомендации и советы комитета по этике служат для справки и не являются обязательными для исполнения»?**

Она означает, что законный представитель с высшим приоритетом может принять законное медицинское решение. Он может сделать это, даже если другой человек с более низким приоритетом в списке законных представителей пациента или другие лица продолжают не соглашаться с решением законного представителя.

**Как быть, если в больнице или доме с сестринским уходом действуют правила, основанные на религиозных или моральных убеждениях, которые не позволяют учреждению выполнить то или иное медицинское решение?**

По возможности учреждение должно уведомить пациента или его родных об этих правилах до или при поступлении пациента. Если решение принято, учреждение должно организовать перевод пациента в другое учреждение, которое доступно и готово выполнить такое решение. При этом учреждение должно выполнять решение, если суд не распорядится иначе. Если решение противоречит религиозным или моральным убеждениям врача, пациента следует немедленно перевести к другому врачу.

## Распоряжения об отказе от реанимации вне больницы или дома с сестринским уходом

**Если пациент не в больнице и не в доме с сестринским уходом, как ему оформить распоряжение DNR или DNI?**

Врач пациента может написать распоряжение DNR на стандартной форме, утвержденной New York State Department of Health: DOH-3474 (Внебольничный отказ от реанимации). Также врач может подписать внебольничный DNI в дополнение к внебольничному DNR, воспользовавшись формой DOH-5003 MOLST (Медицинские распоряжения о жизнеобеспечивающем лечении). Службы неотложной медицинской помощи, учреждения по уходу на дому и хосписы должны выполнять эти распоряжения.

**Если пациент находится дома и имеет внебольничное распоряжение DNR или распоряжения MOLST, что будет, если член его семьи или друг вызовет скорую помощь?**

Если пациент имеет внебольничное распоряжение DNR и оно представляется персоналу скорой, то они не будут предпринимать попытки реанимировать пациента и не заберут его в отделение неотложной помощи больницы для СЛР. Однако сотрудники скорой все равно могут отвезти пациента в больницу для оказания ему другой необходимой помощи, включая симптоматическую терапию, чтобы облегчить боль и уменьшить страдания пациента.

**Что происходит с распоряжением DNR, выданным в больнице или доме с сестринским уходом, если пациента переводят на режим медицинского ухода на дому?**

Распоряжения, оформленные для пациента в больнице или доме с сестринским уходом, на режим медицинского ухода на дому не распространяются. Пациент или другое лицо, ответственное за принятие решений, должен получить внебольничное распоряжение DNR по форме DOH-3474 или DOH-5003 MOLST. Если пациент покидает больницу или дом с сестринским уходом без внебольничного распоряжения DNR, оно может быть выдано врачом на дому.



**Department  
of Health**

- В наш каталог пациентов, в том числе в отдел священнослужителей, например иерею или раввину.
- Членам вашей семьи и друзьям или тем, кто участвует в уходе за вами либо оплачивает такие услуги.

В следующих ситуациях мы будем использовать или передавать информацию только в том случае, если вы предоставите нам свое письменное разрешение.

- В маркетинговых целях.
- Для продажи вашей информации или осуществления платежей третьими лицами.
- Для передачи психотерапевтических заметок.
- По любым другим причинам, не описанным в данном Уведомлении.

Обратившись к сотруднику по вопросам конфиденциальности, вы можете аннулировать (отозвать) такое разрешение, за исключением тех случаев, когда ко времени отзыва разрешения информация уже была раскрыта.

### Ваши права

Вы обладаете определенными правами, касающимися вашей медицинской информации. Вы имеете право:

- Просматривать или получать электронные либо бумажные копии медицинских документов, в том числе платежных. За оформление ваших документов с вас может взиматься плата в разумных пределах. В случае любых задержек мы будем вас уведомлять. Вы также можете получить прямой доступ к вашей медицинской информации с помощью нашего защищенного портала для доступа пациентов MyChart в NYU Langone Health на веб-странице <https://mychart.nyulmc.org/>.
- Запрашивать конфиденциальные способы связи. Вы можете попросить нас связываться с вами определенным образом, например по сотовому телефону. Мы удовлетворим все ваши пожелания в разумных пределах.
- Попросить нас ограничить используемую или передаваемую нами информацию касательно вашего лечения, оплаты и медицинских процедур. Мы не обязаны выполнить вашу просьбу, однако мы примем ее во внимание. Если вы оплачиваете полученное обслуживание полностью за свой счет и просите нас не включать информацию об этом в ваш план медицинского страхования, мы согласимся выполнить эту просьбу, если только не потребуется иное по закону.
- Попросить нас исправить ваши медицинские документы, если они неточны или неполны. Мы можем ответить отказом на ваш запрос, но в течение 60 дней мы сообщим вам причину отказа в письменном виде.
- Получить список тех, кому мы передаем информацию. Вы можете запросить перечень случаев передачи вашей информации с указанием причин, давностью до шести лет от момента вашего запроса. В этот перечень будут включены не все эпизоды раскрытия информации. Например, в него не входят случаи, когда информация была раскрыта в связи с вашим лечением, оплатой или медицинскими процедурами. У вас есть право на получение этого перечня раз в 12 месяцев бесплатно, однако вы можете получать дополнительные перечни в течение этого времени, за которые будет взиматься плата.

- Получить копию данного Уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией. Просто попросите нас предоставить данный документ в желаемом формате (бумажном или электронном).
- Выбирать представителя, действующего от вашего имени. Такой «личный представитель» может осуществлять ваши права и принимать решения касательно вашей медицинской информации. Если несовершеннолетнему законом не разрешается действовать от своего собственного имени, обычно его права реализуют родители и опекуны.
- Подать жалобу, если считаете, что ваши права были нарушены. Вы также можете обратиться к сотруднику по вопросам конфиденциальности или к министру здравоохранения и социальных служб США. Мы не будем предъявлять вам встречный иск или принимать какие-либо меры против вас за подачу жалобы.
- Запросить дополнительную защиту конфиденциальности касательно ваших электронных медицинских документов.

### Наша ответственность

- Мы обязаны по закону сохранять конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации.
- Мы будем сообщать вам о ситуациях, которые могут поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность информации, позволяющей идентифицировать вас.
- Мы обязаны следовать процедурам, описанным в данном Уведомлении, и выдать вам его копию.
- Мы оставляем за собой право изменять положения данного Уведомления, и такие изменения будут применены ко всей имеющейся у нас информации о вас. Уведомление в новой редакции будет доступно по запросу и на нашем веб-сайте [www.nyulangone.org](http://nyulangone.org).

### Вопросы или опасения

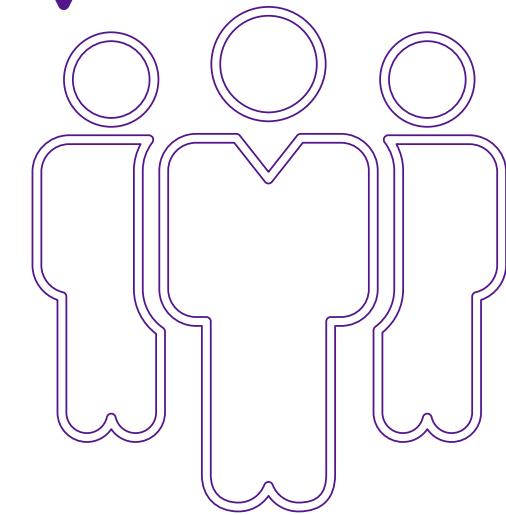
Если у вас возник вопрос или вы хотели бы воспользоваться своими правами, описанными в данном Уведомлении, обратитесь к сотруднику по вопросам конфиденциальности по адресу: One Park Avenue, 3rd Floor, New York, New York 10016. Адресат: сотрудник по вопросам конфиденциальности. Также вы можете обратиться по телефону, позвонив на номер 1-877-PHI-LOSS или 212-404-4079, либо отправить письмо на электронную почту [compliancehelp@nyulangone.org](mailto:compliancehelp@nyulangone.org).

Большинство запросов по поводу осуществления прав должно подаваться в письменном виде сотруднику по вопросам конфиденциальности или в соответствующий кабинет врача либо отделение больницы. Для получения более подробной информации или формы запроса обратитесь к сотруднику по вопросам конфиденциальности или посетите веб-страницу <http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy>.

Настоящее Уведомление вступает в силу с 01.09.2022 г.



# УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРСОНАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ



El Aviso sobre prácticas de privacidad también está disponible en español. Para recibir la versión en español de este aviso, solicite una copia en la mesa de registros.

Уведомление о соблюдении конфиденциальности доступно также на русском языке. Для получения копии этого уведомления, пожалуйста, обратитесь в приемное отделение.

私隱守則通知也有中文版本。要獲取該通知的中文版本，請於接待處索取。

דער מעילזונג פון פראיאטקייט פירונגען איז אויך אוועילעבל אין אידיש. צו באקומשן די אידיש ווערטשי, פאלאנגעט אַכְפִּיעַ בְּיַמִּים פָּאַצְעַנְטַּרְעַאַצְּעַט טִישֶׁל.

كما أن إخطار ممارسات الخصوصية متاح باللغة العربية. للحصول على نسخة باللغة العربية، اطلب نسخة من مكتب تسجيل المرضى.

Avi sou pratik konfidansyalite a disponib tou an kreyòl. Pou resevwa vèsyon an kreyòl la, ou ka mande yon kopí nan biwo anregistreman malad la.

В данном уведомлении описывается порядок использования и разглашения вашей информации медицинского характера, а также порядок получения вами доступа к таким данным. Просьба внимательно ознакомиться с ним.

## Мы стремимся сохранять конфиденциальность ваших данных

NYU Langone Health ответственно относится к обеспечению неприкосновенности и конфиденциальности вашей медицинской информации. Мы будем использовать или разглашать (передавать) вашу медицинскую информацию согласно описанию, представленному в данном Уведомлении. Вам предложат подписать подтверждение того, что вы получили его.

## Кто следует принципам, изложенным в данном Уведомлении?

Это общее Уведомление предназначено для всех сотрудников, членов медицинского персонала, стажеров, волонтеров и представителей NYU Langone Health из следующих организаций:

- NYU Langone Hospitals  
(в том числе NYU Langone Health Home Care)
- NYU Grossman School of Medicine  
(в том числе Faculty Group Practices)
- The Family Health Centers при NYU Langone Health
- Southwest Brooklyn Dental Practice
- Long Island Community Hospital (LICH)

NYU Langone Hospitals и NYU Grossman School of Medicine участвуют в организованном медицинском обслуживании (Organized Health Care Arrangement, OHCA) вместе со следующими организациями:

- Центры семейного здоровья при больнице NYU Langone Health
- Southwest Brooklyn Dental Practice
- Long Island Community Hospital (LICH)

Данные организации могут использовать и передавать друг другу вашу информацию для проведения лечения, оплаты и медицинских операций, связанных с таким обслуживанием.

Если медицинские работники NYU Langone Health предоставляют вам лечение или услуги в других учреждениях, например в центре Manhattan VA Medical Center или Bellevue Hospital Center, будет применяться Уведомление о порядке использования персональной информации, которое вы получите в том учреждении.

## Использование и передача вашей информации

В этом разделе описываются различные возможные варианты использования и передачи нами вашей информации. Обычно мы будем связываться с вами для этих целей по телефону, но если вы дали нам свой адрес электронной почты или разрешили отправить вам текстовое сообщение, мы можем использовать эти каналы связи с вами. Передача текстовых сообщений и электронной почты может быть незащищенной и незашифрованной, и, предоставив нам свой номер мобильного телефона или электронную почту, вы разрешаете NYU Langone Health общаться с вами таким образом.

В основном мы будем использовать и передавать информацию о вас в целях лечения, проведения оплаты и осуществления необходимых медицинских процедур. Это означает, что мы используем и передаем вашу медицинскую информацию:

- другим докторам, которые занимаются вашим лечением, или аптеке, которая отпускает вам лекарственные препараты;
- по вашему плану медицинского страхования для получения предварительного одобрения вашего лечения или оплаты за медицинские услуги;
- для ведения дел, улучшения ухода за вами, обучения наших специалистов и оценки нашей деятельности в качестве поставщика услуг.

Иногда мы можем предоставлять вашу информацию нашим партнерам, например экономистам, которые помогают нам в осуществлении деловых операций. Все наши деловые партнеры обязаны соблюдать конфиденциальность и обеспечивать безопасность вашей медицинской информации так же, как это делаем мы.

Кроме того, мы можем использовать или передавать вашу информацию для того, чтобы связываться с вами:

- по поводу льгот или услуг, связанных с охраной здоровья;
- по поводу ваших предстоящих визитов к врачам;
- по поводу вашего желания принять участие в научно-исследовательских проектах;
- по поводу сбора денежных средств для NYU Langone Health.

Вы имеете право отказаться от осуществления контактов по поводу сбора средств. Для этого обратитесь в Отдел по вопросам развития NYU Langone Health по адресу [developmentoffice@nyulangone.org](mailto:developmentoffice@nyulangone.org), по номеру 212-404-3640 или по номеру для бесплатных звонков 1-800-422-4483.

Если вы не хотите, чтобы вас уведомляли о научно-исследовательских проектах, в которых вы могли бы участвовать, вы можете обратиться по адресу [research-contact-optout@nyulangone.org](mailto:research-contact-optout@nyulangone.org) или по номеру 1-855-777-7858.

Если мы используем или передаем секретную медицинскую информацию, применяются особые способы защиты. Это относится к информации, связанной с ВИЧ, к информации о психических расстройствах, лечении от злоупотребления алкоголем или наркотиками, а также к генетической информации. Например, в соответствии с Законом штата Нью-Йорк, конфиденциальную информацию, связанную с ВИЧ, можно передавать исключительно лицам, имеющим право на ее получение по закону, либо лицам, которым вы разрешили передавать ее, подписав особое разрешение. Если ваше лечение предусматривает наличие такой информации, вы можете связаться с сотрудником по вопросам конфиденциальности для получения дальнейших разъяснений.

Нам также разрешено и иногда требуется по закону предоставлять информацию о вас и в других отношениях. Мы должны соответствовать определенным законным условиям, прежде чем передавать вашу информацию в каких-либо целях. Ниже приведены примеры таких целей.

- Общественное здравоохранение и безопасность: отчетность по заболеваниям, рождаемости или смертности; отчетность по случаям подозреваемых злоупотреблений и неоказания помощи или бытового насилия; предотвращение серьезной угрозы здоровью или общественной безопасности; слежение за снятием с продажи того или иного препарата; предоставление информации в целях безопасности и поддержки качества.
- Научные исследования: анализ медицинских документов по проектам, которые были утверждены нашим экспертным советом медицинского учреждения и имеют низкий уровень риска для вашей конфиденциальности; подготовка к проведению исследования; исследования, где используется информация только об умерших.
- Судебные и административные производства: передача информации в суд или по приказу административного органа.
- Компенсация работникам и другие требования правительства: осуществление компенсационных выплат работникам по заявлению о выплате страхового возмещения или проведение соответствующих слушаний; санкционированная законом надзорная деятельность в области здравоохранения; специальные функции правительства (военная, обеспечение национальной безопасности).
- Деятельность правоохранительных органов: взаимодействие с представителями правоохранительных органов с целью определения или нахождения подозреваемого либо пропавшего без вести человека.
- Соблюдение закона: взаимодействие с Министерством здравоохранения и социальных служб США (United States Department of Health and Human Services) на предмет проверки соблюдения нами федерального закона о конфиденциальности.
- Помощь в случае стихийных бедствий: передача информации о вашем местоположении и общем расположении в целях уведомления родственников, друзей и учреждений, санкционированных законом для оказания помощи в чрезвычайных ситуациях.
- Взаимодействие с организациями, занимающимися донорством или трансплантацией органов либо тканей, в том числе роговицы глаза.
- Взаимодействие с коронером (следователем, ведущим дело о насильственной или внезапной смерти), судмедэкспертом или начальником похоронной службы, в объеме, необходимом выполнения их функций.
- Несущественное допустимое использование или раскрытие информации: вызов (объявление) вас по имени в зале ожидания приема у врача и других залах ожидания, где могут услышать ваше имя. Мы прилагаем разумные меры для ограничения этих случаев несущественного использования и раскрытия информации.

В нижеуказанных ситуациях мы можем использовать или передавать вашу информацию, если вы не возражаете либо представили нам свое разрешение на это. Если по каким-либо причинам вы не сможете сообщить нам о своих личных пожеланиях, например находясь в бессознательном состоянии, мы можем передавать вашу информацию, если посчитаем, что это будет в ваших интересах.

# Медицинская доверенность

## Назначение представителя по медицинским вопросам в штате Нью-Йорк

Закон штата Нью-Йорк о назначении доверенных лиц по вопросам медицинского обслуживания позволяет вам назначить человека, которому вы доверяете, например члена семьи или близкого друга, который будет принимать медицинские решения за вас, если вы утратите способность к самостоятельному принятию решений. Назначив представителя по медицинским вопросам, вы обеспечите учет ваших пожеланий медицинскими работниками. Также ваш представитель может решить, как применять ваши пожелания, если состояние вашего здоровья изменится. Больницы, врачи и другие поставщики медицинских услуг должны выполнять решения вашего представителя, как если бы они были приняты вами. Вы можете наделить человека, которого выбрали своим представителем по медицинским вопросам, таким объемом полномочий, какой сочтете целесообразным. Вы можете разрешить своему представителю по медицинским вопросам принимать за вас все или только определенные медицинские решения. Также вы вправе дать своему представителю по медицинским вопросам указания, которым он должен следовать. Эта форма может использоваться и для документального удостоверения ваших пожеланий или указаний в отношении донорства органов и/или тканей.

# Информация о форме медицинской доверенности

**Настоящее руководство является важным юридическим документом. Прежде чем его подписать, вы должны уяснить для себя следующие факты:**

1. Настоящая форма дает лицу, которое вы выбираете в качестве своего представителя, право на принятие всех решений о медицинском обслуживании от вашего имени, включая решение об отмене или согласии на жизнеобеспечивающее лечение, если вы не укажете в настоящей форме иное. «Медицинское обслуживание» означает любое лечение, услугу или процедуру по диагностике или лечению физического или психического расстройства.
2. Вашему представителю будет разрешено принимать за вас решения об искусственном питании и восполнении потери жидкости (через зонд или капельницу) только в том случае, если он имеет достаточно хорошее представление о ваших пожеланиях относительно этих мер.
3. Ваш представитель начнет принимать решения о медицинском обслуживании от вашего имени, когда ваш лечащий врач определит, что вы неспособны принимать данные решения самостоятельно.
4. Вы можете указать в настоящей форме примеры видов лечения, которые не желаете получать, и/или которые хотите получать в обязательном порядке. Данные указания могут использоваться для ограничения полномочий представителя в отношении принятия решений. При принятии решений от вашего имени ваш представитель обязан придерживаться ваших указаний.
5. Для заполнения настоящей формы вам не нужно обращаться к адвокату.
6. Вы можете назначить своим представителем любое совершеннолетнее лицо (достигшее 18-летнего возраста), включая члена вашей семьи или близкого друга. Если вы назначаете своим представителем врача, ему придется выбрать функции вашего представителя или вашего лечащего врача, поскольку врач не может выполнять обе эти функции одновременно. Кроме того, если вы являетесь пациентом или находитесь в больнице, доме с сестринским уходом или психиатрическом заведении, существуют особые ограничения относительно назначения сотрудников такого заведения вашим представителем. Попросите сотрудников заведения объяснить вам эти ограничения.
7. Прежде чем назначить кого-либо своим представителем по медицинским вопросам, обсудите это с ним или ей, чтобы убедиться в том, что он или она согласен (согласна) быть вашим представителем. Сообщите этому лицу, что вы хотите назначить его своим представителем по медицинским вопросам. Обсудите со своим представителем данную форму и ваши пожелания относительно медицинского обслуживания. Обязательно предоставьте ему подписанный экземпляр формы. Ваш представитель не может преследоваться по закону за решения о медицинском обслуживании, принятые добросовестно.
8. Если представителем по медицинским вопросам назначен(а) супруг(а), но впоследствии был оформлен развод или раздельное проживание, бывший(-ая) супруг(а) больше не может быть вашим представителем по закону, если только вы не распорядитесь иначе. Если вы хотите, чтобы ваш(а) бывший(-ая) супруг(а) оставался(-ась) вашим представителем, вы можете указать это в настоящей форме и поставить соответствующую дату, либо заполнить новую форму, указав в ней своего(-ю) бывшего(-ую) супруга(-у).
9. Подписывая данную форму, вы сохраняете за собой право на принятие самостоятельных решений о медицинском обслуживании до тех пор, пока будете способны это делать, вам не может быть назначено или прекращено лечение вопреки вашей воле, и ваш представитель не будет иметь права на возражение.
10. Вы можете аннулировать полномочия, предоставленные вашему представителю, устно или письменно уведомив об этом его или свое медицинское учреждение.
11. Назначение представителя по медицинским вопросам носит добровольный характер. Никто не может потребовать, чтобы вы назначили своего представителя.
12. Вы можете указать в настоящей форме свои пожелания или указания относительно донорства органов и/или тканей.

# Часто задаваемые вопросы

## **Почему мне следует назначить представителя по медицинским вопросам?**

Если вы даже временно утратите способность принимать решения о медицинском обслуживании, за вас должен их принимать кто-то другой. Медицинские учреждения зачастую обращаются к членам семьи пациента за руководством. Члены вашей семьи могут рассказать о ваших, как они считают, пожеланиях касательно конкретного лечения. Назначая представителя, вы можете контролировать свое лечение, когда:

- разрешаете своему представителю принимать медицинские решения от вашего имени, как если бы вы решали самостоятельно;
- назначаете одного человека принимать медицинские решения, потому что вы считаете, что он максимально учитывает ваши интересы;
- назначаете одного человека, чтобы избежать конфликтов или путаницы между вашими родными и/или близкими.

Кроме того, вы можете назначить альтернативного представителя, если человек, которого вы выбрали первым, не сможет принимать решения за вас.

## **Кто может быть представителем по медицинским вопросам?**

Представителем по медицинским вопросам может быть любое лицо, достигшее 18-летнего возраста. Лицо, которое вы назначаете своим представителем или альтернативным представителем, не может подписывать форму медицинской доверенности как свидетель.

## **Как назначить представителя по медицинским вопросам?**

Все дееспособные лица, достигшие 18-летнего возраста, могут назначить своих представителей по медицинским вопросам, подписав форму медицинской доверенности. Для этого не нужен адвокат или нотариус, только два совершеннолетних свидетеля. Ваш представитель не может подписываться как свидетель. Вы можете, но не обязаны использовать представленную здесь форму.

## **Когда мой представитель по медицинским вопросам начнет принимать за меня решения о моем медицинском обслуживании?**

Ваш представитель по медицинским вопросам начнет принимать решения о вашем медицинском обслуживании после того, как ваш врач установит, что вы не в состоянии принимать такие решения самостоятельно. Вы будете иметь право принимать решения о своем медицинском обслуживании, пока будете обладать такой способностью.

## **Какие решения может принимать мой представитель по медицинским вопросам?**

Если вы не ограничите полномочия своего представителя по медицинским вопросам, он сможет принимать любые решения о вашем медицинском обслуживании, которые вы могли бы принять самостоятельно, если бы имели такую способность. Ваш представитель может дать согласие на ваше лечение, выбрать определенные виды лечения и распорядиться о том, что вам не нужно проводить лечения, в соответствии с вашими пожеланиями и интересами. Тем не менее, ваш представитель может принимать решения об искусственном питании и восполнении потери жидкости (подаче пищи и питья через зонд или капельницу), только если он знает ваши пожелания, которые вы выразили устно или письменно. Форма медицинской доверенности не уполномочивает вашего представителя принимать за вас решения, не связанные с медициной, например финансовые решения.

## **Зачем назначать представителя по медицинским вопросам, если я молод и здоров?**

Назначение представителя по медицинским вопросам — правильный шаг, даже если вы еще не достигли преклонного возраста или не имеете неизлечимого заболевания. Представитель по медицинским вопросам может действовать от вашего имени, даже если вы временно утратите способность принимать медицинские решения самостоятельно (такое происходит, например, когда человек находится под наркозом или впадает в коматозное состояние в результате аварии). Когда вы восстановите свою способность принимать решения о медицинском обслуживании, ваш представитель по медицинским вопросам утратит свои полномочия.

## Часто задаваемые вопросы, продолжение

### **Как мой представитель по медицинским вопросам будет принимать решения?**

Ваш представитель должен следовать вашим пожеланиям, а также вашим моральным и религиозным убеждениям. Вы можете записать распоряжения в медицинской доверенности или просто обсудить их со своим представителем.

### **Как мой представитель по медицинским вопросам узнает мои пожелания?**

Если вы открыто и откровенно обсудите свои пожелания со своим представителем по медицинским вопросам, это поможет ему лучше защищать ваши интересы. Если ваш представитель по медицинским вопросам не будет знать ваши пожелания или убеждения, он по закону обязан действовать с максимальным учетом ваших интересов. Поскольку назначая человека своим представителем по медицинским вопросам, вы возлагаете на него большую ответственность, вы должны обсудить с ним, какое лечение вы бы хотели или не хотели иметь при разных обстоятельствах, например:

- хотите ли вы, чтобы жизнеобеспечивающее лечение было начато/продолжено/отменено, если вы впадете в постоянную кому;
- хотите ли вы, чтобы определенные виды лечения были начаты/продолжены/отменены, если у вас разовьется неизлечимое заболевание;
- хотите ли вы, чтобы искусственное питание и восполнение потери жидкости было начато/не применялось или продолжено либо отменено, и при каких обстоятельствах.

### **Может ли мой представитель по медицинским вопросам отменить мои пожелания или предыдущие распоряжения касательно лечения?**

Нет. Ваш представитель обязан принимать решения, исходя из ваших пожеланий. Если вы четко выразили особые пожелания или дали конкретные указания относительно лечения, ваш представитель обязан следовать этим пожеланиям или указаниям, если только у него нет достаточных оснований полагать, что ваши пожелания изменились или не соотносятся со сложившимися обстоятельствами.

### **Кто будет уделять внимание моему представителю?**

Все больницы, дома с сестринским уходом, врачи и другие медицинские работники по закону обязаны предоставлять вашему медицинскому представителю такую же информацию, которую они предоставили бы вам, и выполнять решения вашего представителя по медицинским вопросам, как если бы они были приняты вами. Если больница или дом с сестринским уходом возражает против некоторых вариантов лечения (например, против исключения определенного вида лечения), они по возможности должны сказать об этом вам или вашему представителю ДО или после вашего поступления к ним.

### **Как быть, если представитель по медицинским вопросам недоступен, когда нужно принять решение?**

Вы можете назначить альтернативного представителя, который будет решать за вас, если ваш основной представитель по медицинским вопросам недоступен, не может или не желает действовать, когда нужно принять решение. В противном случае медработники будут принимать решения о вашем медицинском обслуживании, исходя из указаний, которые вы дали, когда были в состоянии это сделать. дали, когда были в состоянии это сделать. В таком случае медработники будут руководствоваться всеми указаниями, которые вы включите в свою медицинскую доверенность.

### **Что будет, если я передумаю?**

Вы можете без труда отменить любую свою медицинскую доверенность, сменить представителя по медицинским вопросам или внести поправки в любые указания или ограничения, которые вы включили в форму доверенности. Для этого просто заполните новую форму. Кроме того, вы можете указать, что ваша медицинская доверенность истекает в определенный день или при наступлении определенных событий. В противном случае медицинская доверенность будет действовать в течение неопределенного промежутка времени. Если своим основным или альтернативным представителем по медицинским вопросам вы назначите своего (-ю) супруга (-у), но впоследствии будет оформлен развод или раздельное проживание, назначение будет автоматически аннулировано. Однако если вы

## **Часто задаваемые вопросы, продолжение**

хотите, чтобы ваш(а) бывший (-ая) супруг(а) оставался (-ась) вашим представителем, вы можете указать это в настоящей форме и поставить соответствующую дату, либо заполнить новую форму, указав в ней своего (-ю) бывшего (-ую) супруга (-у).

### **Может ли мой представитель по медицинским вопросам нести юридическую ответственность за решения, принятые им от моего имени?**

Нет. Ваш представитель по медицинским вопросам не будет нести ответственность за решения о вашем медицинском обслуживании, добросовестно принятые от вашего имени. Кроме того, он не может быть привлечен к ответственности за расходы на ваше медицинское обслуживание только потому, что он является вашим представителем.

### **Медицинская доверенность — это то же самое, что и завещание о жизни?**

Нет. Завещание о жизни — это документ, который содержит особые указания касательно медицинских решений. Вы можете включить такие указания в свою медицинскую доверенность. Она позволяет назначить человека, которому вы доверяете, принимать решения о вашем медицинском обслуживании от вашего имени. В отличие от завещания о жизни, медицинская доверенность не требует, чтобы вы заранее знали все решения, необходимость принятия которых может возникнуть в будущем. Вместе с тем, ваш представитель по медицинским вопросам может интерпретировать ваши пожелания по мере изменения медицинских обстоятельств и принимать решения, о необходимости принятия которых вы могли не знать.

### **Где мне следует хранить свою медицинскую доверенность после ее подписания?**

Предоставьте экземпляр своей медицинской доверенности своему представителю, врачу, адвокату и любым другим членам семьи или близким друзьям по своему выбору. Храните ее экземпляр в своем бумажнике или кошельке или с другими важными документами, но не там, где ее никто не сможет достать, например, не храните доверенность в сейфе. Возьмите экземпляр своей доверенности в больницу, если вас госпитализируют, даже по поводу малого хирургического вмешательства, или если вам делают амбулаторную операцию.

### **Могу ли я использовать форму медицинской доверенности, чтобы выразить свои пожелания касательно донорства органов и/или тканей?**

Да. Для этого заполните раздел медицинской доверенности, посвященный добровольному донорству органов и тканей, и обязательно пригласите удостоверить ваши пожелания двух свидетелей. Вы можете распорядиться о том, что ваши органы и/или ткани могут использоваться для трансплантации, в исследовательских или образовательных целях. Любые ограничения, касающиеся ваших пожеланий, необходимо указать в этом разделе медицинской доверенности. **Если вы не включите свои пожелания и указания в форму медицинской доверенности, это не будет расцениваться как ваш отказ от донорства органов и/или тканей.**

### **Может ли мой представитель по медицинским вопросам принимать за меня решения о донорстве органов и/или тканей?**

Да. С 26 августа 2009 года представители пациентов по медицинским вопросам получили право после смерти пациентов принимать решения, но только те, которые касаются донорства органов и/или тканей. Ваш представитель по медицинским вопросам должен принимать такие решения в соответствии с вашими указаниями, оформленными в медицинской доверенности.

### **Кто может дать согласие на донорство, если я предпочту пока не выражать свои пожелания?**

Обязательно расскажите о своих пожеланиях по поводу донорства органов и/или тканей своему представителю по медицинским вопросам, лицу,енному агентом по медицинским вопросам в случае вашей смерти, если применимо, и родным. Законодательство Нью-Йорка предусматривает перечень лиц, которые имеют право давать согласие на донорство органов и/или тканей от вашего имени. Эти лица перечислены в порядке приоритетности: представитель пациента по медицинским вопросам; агент по медицинским вопросам в случае вашей смерти; супруг(а) пациента, если не было оформлено раздельное проживание, или сожитель(ница) пациента; сын или дочь, достигшие 18-летнего возраста; один из родителей пациента; брат или сестра, достигшие 18-летнего возраста; или опекун, назначенный судом до смерти донора.

# Инструкции по заполнению формы медицинской доверенности

## Пункт (1)

Укажите имя и фамилию, домашний адрес и номер телефона лица, которое вы назначаете своим представителем.

## Пункт (2)

Если вы хотите назначить альтернативного представителя, укажите имя и фамилию, домашний адрес и номер телефона лица, которое вы назначаете своим альтернативным представителем.

## Пункт (3)

Ваша медицинская доверенность будет действовать бессрочно, если вы не укажете в ней дату истечения срока ее действия или условие ее прекращения. Настоящий раздел является необязательным и заполняется только в том случае, если вы желаете ограничить срок действия своей медицинской доверенности.

## Пункт (4)

Если у вас есть особые указания для своего представителя, перечислите их здесь. Кроме того, если вы хотите ограничить полномочия своего представителя, вы можете указать это здесь или обсудить эти ограничения со своим представителем по медицинским вопросам. Если вы не укажете здесь никаких ограничений, ваш представитель будет иметь право принимать все решения, касающиеся медицинского обслуживания, от вашего имени, включая решение о согласии или отказе от жизнеобеспечивающего лечения.

Если вы хотите предоставить своему представителю широкие полномочия, вы можете указать это в данной форме. Просто напишите: Я обсудил(а) свои пожелания со своим представителем по медицинским вопросам и альтернативным представителем, и им известны мои пожелания, в т. ч. касающиеся искусственного питания и восполнения потери жидкости моего организма. Если вы хотите дать более конкретные указания, вы можете сформулировать их следующим образом:

*Если у меня будет неизлечимое заболевание, я хочу/не хочу получать следующие виды лечения...*

*Если я буду находиться в состоянии комы или в полубессознательном состоянии без надежды на выздоровление, я хочу/не хочу получать следующие виды лечения:...*

*Если у меня будет поврежден мозг или я буду страдать заболеванием мозга, которое лишит меня способности узнавать людей или говорить, и если не будет никакой надежды на улучшение моего состояния, я хочу/не хочу получать следующие виды лечения:...*

*Я обсудил(а) со своим представителем свои пожелания относительно \_\_\_\_\_ и хочу, чтобы мой представитель принимал все решения о применении этих мер.*

Ниже перечислены примеры медицинских процедур, о которых вы можете дать специальные указания своему представителю. Данный список не является исчерпывающим:

- искусственное дыхание;
- искусственное питание и восполнение потери жидкости организма (подача пищи и питья через питательную трубку);
- сердечно-легочная реанимация (СЛР);
- применение антипсихотических препаратов;
- электрошоковая терапия;
- применение антибиотиков;
- хирургические процедуры;
- диализ;
- трансплантация;
- переливание крови;
- аборт;
- стерилизация

## Пункт (5)

Вы должны проставить дату и подписать настоящую форму медицинской доверенности. Если вы не в состоянии подписать ее самостоятельно, вы можете поручить другому лицу поставить за вас подпись в вашем присутствии. Не забудьте указать свой адрес.

## Пункт (6)

В данной форме вы можете указать свои пожелания или распоряжения относительно донорства органов и/или тканей. Законодательство штата Нью-Йорк предусматривает порядок приоритетности при предоставлении некоторыми лицами согласия на донорство органов и/или тканей от имени пациента: представитель пациента по медицинским вопросам; агент по медицинским вопросам покойного пациента; супруг(а) пациента, если не было оформлено раздельное проживание, или сожитель(ница) пациента; сын или дочь, достигшие 18-летнего возраста; один из родителей пациента; брат или сестра, достигшие 18-летнего возраста; или опекун, назначенный судом до смерти донора.

## Пункт (7)

Настоящая форма медицинской доверенности должна быть подписана двумя свидетелями, достигшими 18-летнего возраста. Лицо, назначенное вашим представителем или альтернативным представителем, не может подписывать документ в качестве свидетеля.

# Медицинская доверенность

(1) Я, \_\_\_\_\_  
настоящим назначаю \_\_\_\_\_  
(имя и фамилия, домашний адрес и номер телефона)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

своим представителем по медицинским вопросам для принятия всех без исключения решений о медицинском обслуживании от моего имени, если я не распоряжусь иначе. Настоящая доверенность вступает в силу только тогда, когда я утрачу способность самостоятельно принимать решения о своем медицинском обслуживании.

(2) **Необязательно: альтернативный представитель**

Если лицо, которое я назначаю, не готово или не в состоянии выступать в качестве моего представителя по медицинским вопросам, \_\_\_\_\_  
(имя и фамилия, домашний адрес и номер телефона)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

своим представителем по медицинским вопросам для принятия всех без исключения решений о медицинском обслуживании от моего имени, если я не распоряжусь иначе.

(3) Если я не аннулирую настоящую доверенность или не укажу дату истечения ее срока действия или условия, при которых он истекает, настоящая доверенность остается в силе бессрочно.  
(Необязательно: если вы хотите, чтобы настоящая доверенность оставалась в силе ограниченный промежуток времени, укажите здесь дату или условия истечения срока ее действия.) Настоящая доверенность истекает (укажите дату или условия):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(4) **Необязательно:** я поручаю своему представителю по медицинским вопросам принимать решения о медицинском обслуживании в соответствии с моими пожеланиями и ограничениями, согласно имеющейся у него информации или указанному ниже. (Если вы хотите ограничить полномочия своего представителя по медицинским вопросам для принятия решений о вашем медицинском обслуживании или дать конкретные указания, вы можете сформулировать свои пожелания или ограничения здесь.) Я поручаю своему представителю по медицинским вопросам принимать решения о моем медицинском обслуживании в соответствии со следующими ограничениями и/или распоряжениями (если нужно, приложите дополнительные страницы):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Для того чтобы ваш представитель мог принимать за вас решения о вашем медицинском обслуживании относительно искусственного питания и восполнения потери жидкости (подачи пищи и питья через питательную трубку или капельницу), он должен быть хорошо осведомлен о ваших пожеланиях. Вы можете сообщить их своему представителю устно или включить в данный раздел. См. примерные формулировки, которые вы можете использовать, если решите включить свои предпочтения в настоящую форму, включая пожелания относительно искусственного питания и восполнения потери жидкости.

**(5) Ваши личные данные (печатными буквами)**

Ваши имя и фамилия \_\_\_\_\_

Ваша подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Ваш адрес \_\_\_\_\_

**(6) Необязательно: донорство органов и/или тканей**

Настоящим завещаю свое тело для научных исследований после моей смерти: (*отметить все соответствующие пункты*)

- любые необходимые органы и/или ткани  
 следующие органы и/или ткани \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ограничения \_\_\_\_\_

Если вы не укажете в данной форме свои пожелания или указания относительно донорства органов и/или тканей, это не будет означать, что вы не хотите стать донором, и не помешает лицу, которое на иных основаниях имеет соответствующие законные полномочия, дать согласие на донорство от вашего имени.

Ваша подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

**(7) Заявление свидетелей (Свидетели должны быть не младше 18 лет и не могут являться представителями или альтернативными представителями пациента по медицинским вопросам).**

Настоящим заявляю, что я лично знаю лицо, подписавшее данный документ, что оно находится в здравом уме и действует добровольно. Данное лицо подписало (или поручило другому лицу подписать вместо себя) настоящий документ в моем присутствии.

**Свидетель 1**

Дата \_\_\_\_\_

Имя и фамилия (печатными буквами) \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

**Свидетель 2**

Дата \_\_\_\_\_

Имя и фамилия (печатными буквами) \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_



# Билль о правах пациентов

## Как пациент больницы штата Нью-Йорк Вы имеете законное право:

- (1) на понимание и использование этих прав. Если по какой-либо причине Вы что-то не понимаете или Вам нужна помощь, больница ОБЯЗАНА Вам помочь, в т. ч. предоставить переводчика;
- (2) на лечение без дискриминации по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, вероисповедания, пола, гендерной идентичности, национального происхождения, инвалидности, сексуальной ориентации, возраста и источника выплат;
- (3) на внимательное и уважительное обслуживание в чистых и безопасных условиях без лишних ограничений;
- (4) на неотложную медицинскую помощь, если она Вам необходима;
- (5) знать имя, фамилию и должность врача, который будет отвечать за Ваше лечение в больнице;
- (6) знать имена, фамилии, должности и функции персонала больницы, участвующего в Вашем лечении, и отказаться от лечения, обследования или наблюдения этими специалистами;
- (7) определить попечителя, который будет участвовать в планировании вашей выписки и обмене информацией или инструкциями касательно ухода за вами после выписки;
- (8) на получение полной информации о Вашем диагнозе, лечении и прогнозе Вашего состояния;
- (9) на получение всей информации, которая Вам необходима для предоставления информированного согласия на предлагаемую процедуру или лечение. Эта информация должна включать в себя возможные риски и преимущества процедуры или лечения;
- (10) на получение всей информации, которая Вам необходима для предоставления информированного согласия на отказ от реанимации. Также у Вас есть право назначить любого человека для предоставления такого согласия за Вас, если Вы слишком больны, чтобы сделать это самостоятельно. Если Вам нужна дополнительная информация, попросите выдать Вам копию брошюры «Принятие решений о медицинском обслуживании — руководство для пациентов и их семей»;
- (11) на отказ от лечения и получение информации о том, какие последствия это может иметь для Вашего здоровья;
- (12) на отказ от принятия участия в исследовании. Принимая решение об участии, Вы имеете право на полное объяснение;
- (13) на защиту частной жизни в период пребывания в больнице и на конфиденциальность всей информации и документов, касающихся Вашего лечения;
- (14) на участие в принятии всех решений, касающихся Вашего лечения и выписки из больницы. Больница должна предоставить Вам письменный план выписки и письменное описание того, как Вы можете оспорить свою выписку;
- (15) бесплатно просматривать свою медицинскую документацию. Получить копию своей медицинской документации, за которую больница может взять с Вас обоснованную плату. Вам не могут отказать в такой копии только потому, что Вы не можете за нее заплатить;
- (16) на получение подробного счета и объяснение всех расходов;
- (17) просматривать перечень стандартных тарифов больницы за поставляемые предметы и услуги, а также список планов медицинского страхования, в которых участвует больница;
- (18) оспорить непредвиденный счет через независимую процедуру разрешения споров;
- (19) пожаловаться, не опасаясь репрессий, на лечение и услуги, которые Вы получаете, и на то, чтобы больница Вам ответила, в т. ч. в письменной форме, если Вы об этом просили. Если Вы не удовлетворены ответом больницы, Вы можете пожаловаться в New York State Health Department. Больница должна предоставить Вам номер телефона State Health Department;
- (20) разрешить своим родственникам и другим совершеннолетним лицам по Вашему выбору посещать Вас с учетом Вашей способности принимать посетителей;
- (21) изложить свои пожелания касательно безвозмездного использования своих органов после смерти. Лица шестнадцати лет и старше могут задокументировать свое согласие пожертвовать свои органы, глаза и/или ткани после смерти, зарегистрировавшись в Реестре пожертвований штата Нью-Йорк или путем документирования своего разрешения на донорство органов и/или тканей в письменной форме другими способами (например, оформив доверенность на медицинское обслуживание, завещание, карточку донора или другой документ с личной подписью). Услуги представителя интересов пациента доступ в больнице.

Закон «О здравоохранении» (Public Health Law, PHL) 2803(1)(g) Права пациентов, Том 10 Свода законов и правил штата Нью-Йорк (10NYCRR), раздел 405.7, 405.7(a)(1), 405.7(c)