

Запрос на лекарственное средство для ухода из жизни (Request for Medication to End My Life)

Заявление свидетелей

Имя и фамилия пациента: _____ (далее «Пациент»)

Я, _____ (имя и фамилия свидетеля 1),

и я, _____ (имя и фамилия свидетеля 2), каждый по

отдельности заявляем, что человек, подписавший этот «Запрос на лекарственное средство для ухода из жизни»:

1. Знаком(-а) мне лично или предоставил(-а) документ, удостоверяющий личность.
2. Добровольно подписал(-а) «Запрос на лекарственное средство для ухода из жизни» в моем присутствии или подтвердил(-а) мне, что лично подписал(-а) его.
3. В меру моих знаний и убеждений, способен(-на) принимать решения и подает «Запрос на лекарственное средство для ухода из жизни» добровольно и по собственному желанию, и его (ее) не принуждают подписывать «Запрос на лекарственное средство для ухода из жизни».

Я не являюсь лечащим врачом или врачом-консультантом лица, подписавшего «Запрос на лекарственное средство для ухода из жизни» либо специалистом в области психического здоровья, который предоставил заключение о способности человека, подписывающего «Запрос на лекарственное средство для ухода из жизни», принимать решения на момент подписания «Запроса на лекарственное средство для ухода из жизни».

Я также заявляю под страхом наказания за предоставление заведомо ложных сведений, что приведенные здесь сведения являются правдивыми и точными, и я понимаю, что предоставление в настоящем документе ложных сведений повлечет за собой наказание.

Кроме того, я заявляю, что я:

1. Не связан(-а) с Пациентом кровными узами, браком или в результате усыновления/удочерения.
2. Не имею права на какую-либо часть имущества Пациента после его (ее) смерти по завещанию или в силу закона и иным образом не могу извлечь финансовую выгоду из смерти Пациента.
3. Не являюсь владельцем, оператором, сотрудником или независимым подрядчиком медицинского учреждения, в котором Пациент проходит лечение или постоянно проживает.
4. Не являюсь домашним партнером Пациента согласно определению, данному в Законе штата Нью-Йорк о принятии медицинских решений членами семьи (New York's Family Health Care Decisions Act) и в разделе 2994-a(7) Закона об общественном здравоохранении (Public Health Law).
5. Не являюсь агентом для принятия медицинских решений по доверенности Пациента на право представлять его интересы (см. раздел 2980(5) Закона об общественном здравоохранении).
6. Не являюсь агентом по доверенности Пациента (см. раздел 5-1501(2) Закона об обязательствах общего характера [General Obligations Law]).

Подпись свидетеля 1: _____ Дата: _____

Адрес: _____

Подпись свидетеля 2: _____ Дата: _____

Адрес: _____

Запрос на лекарственное средство для ухода из жизни

Я, _____ (имя и фамилия пациента), являюсь взрослым жителем штата Нью-Йорк, у которого диагностировали _____ (название терминального заболевания или состояния), терминальное заболевание или состояние. Мой лечащий врач определил, а врач-консультант подтвердил, что мое терминальное заболевание или состояние является неизлечимым и необратимым и, по обоснованному мнению врачей, приведет к смерти в течение шести месяцев, независимо от того, будет проведено лечение или нет.

Мой лечащий врач, врач-консультант и специалист в области психического здоровья согласны с тем, что я способен(-на) принимать решения. Это означает, что я понимаю и осознаю характер и последствия медицинской помощи в уходе из жизни (Medical Aid in Dying), включая пользу, риски и альтернативные варианты, и я способен(-на) принять информированное решение о медицинской помощи в уходе из жизни и сообщить о своем решении моему лечащему врачу.

Меня в полной мере проинформировали о моем диагнозе и прогнозе, характере назначаемого лекарственного средства и связанных с ним потенциальных рисках, ожидаемом результате и возможных альтернативах и вариантах лечения, включая, помимо прочего, паллиативную помощь и помощь в хосписе.

Я прошу моего лечащего врача назначить мне лекарственное средство, которое оборвет мою жизнь, если я решу его принять, и я разрешаю моему лечащему врачу связаться с другим врачом или любым фармацевтом по поводу моего запроса.

Поставьте инициалы напротив одного из предложенных вариантов:

(_____) Я проинформировал(-а) или намереваюсь проинформировать одного или нескольких членов моей семьи о своем решении.

(_____) Я не хочу сообщать о своем решении никому из членов моей семьи.

(_____) У меня нет родственников, которым можно было бы сообщить о моем решении.

Я понимаю, что у меня есть право отозвать этот запрос или отказаться от применения лекарственного средства в любое время.

Я понимаю всю важность этого запроса и ожидаю, что умру, если приму лекарственное средство, которое будет назначено. Я также понимаю, что, хотя в большинстве случаев смерть наступает в течение трех часов, моя смерть может наступить позже, и мой лечащий врач предупредил меня об этом.

Я обращаюсь с этим запросом добровольно, по собственному желанию и без принуждения, и я принимаю на себя всю полноту ответственности за свои действия.

Подпись: _____ Дата: _____

Свидетель 1 («Заявление свидетелей» прилагается к этому «Запросу на лекарственное средство для ухода из жизни»)

Подпись: _____ Дата: _____

Имя и фамилия (печатными буквами): _____

Адрес: _____

Свидетель 2 («Заявление свидетелей» прилагается к этому «Запросу на лекарственное средство для ухода из жизни»)

Подпись: _____ Дата: _____

Имя и фамилия (печатными буквами): _____

Адрес: _____

Заявление переводчика (если применимо)

Имя и фамилия пациента: _____ (далее «Пациент»)

Я, _____ (имя и фамилия переводчика):

(отметьте один из двух вариантов ниже)

- ☐ Для Пациента, чьи беседы или консультации либо переводимые беседы или консультации проводились не на английском языке, а «Запрос на лекарственное средство для ухода из жизни» написан на английском языке: я заявляю, что я свободно владею английским языком и _____ (далее «Язык перевода»). Я обладаю необходимыми языковыми навыками и навыками устного перевода, чтобы эффективно, точно и беспристрастно переводить сообщаемую информацию и беседы между лечащим врачом или врачом-консультантом и Пациентом.

Я подтверждаю, что _____ (дата/время) я переводил(-а) сообщаемую информацию и общение между врачом и Пациентом беспристрастно, максимально точно и полно, насколько мне позволяют мои знания и способности, и прочитал(-а) Пациенту «Запрос на лекарственное средство для ухода из жизни» на Языке перевода.

Пациент подтвердил(-а) мне свое желание подписать «Запрос на лекарственное средство для ухода из жизни» добровольно, по собственному желанию и без принуждения.

- ☐ Для Пациента с нарушениями речи, слуха или зрения: я заявляю, что я обладаю необходимыми языковыми навыками и навыками чтения и (или) устного перевода, чтобы общаться с Пациентом и эффективно, точно и беспристрастно читать и (или) переводить сообщаемую информацию и беседы между лечащим врачом или врачом-консультантом и Пациентом.

Я подтверждаю, что _____ (дата/время) я переводил(-а) сообщаемую информацию и общение между врачом и Пациентом беспристрастно, максимально точно и полно, насколько мне позволяют мои знания и способности, и, в меру необходимости для эффективного общения, читал(-а) или устно переводил(-а) Пациенту «Запрос на лекарственное средство для ухода из жизни».

Пациент подтвердил(-а) мне свое желание подписать «Запрос на лекарственное средство для ухода из жизни» добровольно, по собственному желанию и без принуждения.

Я заявляю, что я:

1. Не связан(-а) с Пациентом кровными узами, браком или в результате усыновления/удочерения.
2. Не имею права на какую-либо часть имущества Пациента после его (ее) смерти по завещанию или в силу закона и иным образом не могу извлечь финансовую выгоду из смерти Пациента.
3. Не являюсь владельцем, оператором, сотрудником или независимым подрядчиком медицинского учреждения, в котором Пациент проходит лечение или постоянно проживает; или что я оказываю услуги перевода в рамках моих должностных обязанностей в таком медицинском учреждении; или что я прошел(-ла) обучение по предоставлению услуг перевода, и Пациент попросил(-а) меня оказать услуги перевода для целей, указанных в настоящем Заявлении.
4. Не являюсь домашним партнером Пациента согласно определению, данному в Законе штата Нью-Йорк о принятии медицинских решений членами семьи (New York's Family Health Care Decisions Act) и в разделе 2994-a(7) Закона об общественном здравоохранении (Public Health Law).
5. Не являюсь агентом для принятия медицинских решений по доверенности Пациента на право представлять его интересы (см. раздел 2980(5) Закона об общественном здравоохранении).
6. Не являюсь агентом по доверенности Пациента (см. раздел 5-1501(2) Закона об обязательствах общего характера [General Obligations Law]).

Я также заявляю под страхом наказания за предоставление заведомо ложных сведений, что приведенные в этом заявлении сведения являются правдивыми и правильными, и я понимаю, что предоставление в этом заявлении ложных сведений повлечет за собой наказание.

Оформлено в: _____ (город, округ и штат)

Подпись: _____ Дата: _____

Имя и фамилия (печатными буквами): _____

Учреждение, в котором переводчик прошел подготовку: _____

Адрес учреждения, в котором переводчик прошел подготовку: _____

Язык перевода, которым владеет переводчик: _____