



## ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ «ЗАЯВКА НА МЕДИКАМЕНТ»

НЕ ПОДПИСЫВАЙТЕ эту форму до тех пор пока вы не встретитесь с Лечащим врачом (выписывающим рецепты) и Врачом-консультантом, которые согласились участвовать в Законе штата Вашингтон о достойной смерти и представить необходимые штатские документы.

Если вы не можете поставить свою подпись, вы можете поставить другую отметку, которую узнают свидетели, и подтвердят что она представляет вашу подпись. Обычный альтернативный знак — «X».

Пожалуйста, прочитайте примечание к форме о том, кто может и не может быть свидетелем. Оба свидетеля должны видеть как вы подписываете эту форму. Все даты в этой форме должны совпадать, иначе форма недействительна.

- Один экземпляр формы «Запрос на медикамент» направляется лечащему (выписывающему рецепты) врачу.
- Мы рекомендуем сохранить одну копию для ваших записей.

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в заполнении этой формы, свяжитесь с End of Life Washington.

*End of Life Washington — некоммерческая организация, которая предоставляет информацию, консультации и эмоциональную поддержку людям столкнувшимся с неизлечимой или необратимой болезнью. Мы выступаем за отличную заботу при окончании жизни, а также предлагаем использование предварительных указаний и уход ориентированный на пациента. Мы поддерживаем право определенных пациентов использовать Закон штата Вашингтон о достойной смерти. Конфиденциальность строго охраняется. Плата за наши услуги никогда не взимается.*

206.256.1636 • info@EndofLifeWA.org • EndofLifeWA.org

## ЗАПРОС НА МЕДИКАМЕНТ ЗАКОНЧИТЬ СВОЮ ЖИЗНЬ ГУМАННЫМ И ДОСТОЙНЫМ ОБРАЗОМ

я \_\_\_\_\_, взрослый человек в здравом уме.

Имя Отчество Фамилия

Я болею \_\_\_\_\_ заболеванием, которое мой лечащий врач определил как неизлечимое и необратимое заболевание. Это заболевание приведет к смерти в течение шести месяцев что было подтверждено врачом-консультантом.

Меня полностью проинформировали о моем диагнозе, прогнозе, характере назначаемых лекарств и возможных связанных с ними рисках, ожидаемом результате и возможных альтернативах, включая комфортный уход, уход в хосписе и обезболивание.

Я прошу чтобы мой лечащий врач выписал лекарство, которое я могу принять самостоятельно чтобы закончить мою жизнь гуманным и достойным образом. Я прошу чтобы врач либо выдал лекарство либо связался с фармацевтом где я могу это лекарство получить.

Поставьте свои инициалы:

\_\_\_\_ Я сообщил своей семье о своем решении и принял во внимание их мнение

\_\_\_\_ Я решил не сообщать своей семье о своем решении.

\_\_\_\_ У меня нет семьи, чтобы сообщить о моем решении.

Я понимаю, что имею право отозвать этот запрос в любое время.

Я понимаю всю важность этой просьбы и ожидаю смерть когда приму назначенное мне лекарство. Я также понимаю что, хотя большинство смертей происходит в течение трех часов, моя смерть может длиться дольше, и мой врач предупредил меня о такой возможности.

Я делаю эту просьбу добровольно и безоговорочно; и я принимаю на себя полную моральную ответственность за свои действия. Я также заявляю, что нахожусь в здравом уме и не действую под принуждением, мошенничеством или неправомерным влиянием.

Подпись: Please only use this for reference. Only English form is honor in WA. Thank you.	Округ Проживания:	Дата:
----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-------

### ДЕКЛАРАЦИЯ СВИДЕТЕЛЕЙ

Ставя свои инициалы и подписываясь ниже, мы заявляем, что лицо, делающее и подписывающее вышеуказанный запрос:

Свидетель 1 Свидетель 2

Инициалы Инициалы

\_\_\_\_\_ 1. Лично нам известен или предоставил удостоверение личности;

\_\_\_\_\_ 2. Подписал этот запрос в нашем присутствии в тот же день после того как его подписал пациент;

\_\_\_\_\_ 3. Выглядит в здравом уме и не находится под принуждением, мошенничеством или неправомерным влиянием;

\_\_\_\_\_ 4. Не является пациентом для которого кто-либо из нас является лечащим врачом.

ФИО: Свидетель 1	Подпись:	Дата:
ФИО: Свидетель 2	Подпись:	Дата:

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Один свидетель не может быть лицом, которое: (1) связано кровным родством, браком или усыновлением с лицом, подающим этот запрос, или (2) имеет право на любую часть имущества лица после смерти или (3) владеет, управляет, или работает в медицинском учреждении, где лицо, подающее этот запрос, получает лечение или является резидентом. Другой свидетель может быть связан кровным родством, браком и т. д. Если пациент находится на стационарном лечении в учреждении здравоохранения, одним из свидетелей должно быть лицо, назначенное учреждением. Лечащий врач не может быть свидетелем.