

# План-настанова

## «Мій вибір медичного догляду»

Заповнити та поділитись  
інформацією з родичами та  
близькими людьми

[mycarechoices.online](https://mycarechoices.online)

План медичного догляду на майбутнє  
в Північно-східному Ессексі

# Рекомендації щодо заповнення плану-настанови «Мій вибір медичного догляду»

У плані-настанові «Мій вибір медичного догляду» мова йде про ваш вибір медичного догляду. Будь ласка, заповніть відповідні пункти.

Ви можете заповнити їх, якщо ви маєте хронічне захворювання і отримуєте допомогу від різних медичних установ. Цей документ ви зберігаєте самі, оскільки він стосується вас. Тримайте його при собі або в своєму домі.

Бажано повідомити вашим близьким про існування цього документу і де він знаходиться, на випадок, якщо він їм знадобиться.

Якщо ви опікун, то вам варто поговорити з особою, про яку ви піклуєтеся, і допомогти їй заповнити цей документ.

Можливо, ви захочете заповнити лише перші 3 сторінки, на яких вказуються ваші особисті дані, про які ви хотіли б повідомити тих, хто за вами доглядає.

Необхідно уважно прочитати інформаційну сторінку про реєстр «Мій вибір медичного догляду» на сторінці 6, оскільки після заповнення цього документу за вашою згодою лікар загальної практики може внести ваш вибір медичного догляду у цей реєстр, щоб інші медичні працівники знали про ваші пріоритети.



## Про мене:

Що важливо для мене? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Що допомагає мені почуватися краще, якщо я хвилююсь або засмучений(-а)? Вкажіть те, що може допомогти, якщо ви відчуєте себе нещасним(-ою) або засмученим(-ою).

---

---

---

---

---

---

---

---

Я хотів(-ла) би, щоб ви знали про мене наступне (наприклад, місце роботи, минулі та теперішні/значні події в вашому житті):

---

---

---

---

---

---

---

---

**Хто важливий для мене і знає мене найкраще?** Це може бути чоловік/дружина, родич, друг або опікун.

---

---

---

---

---

**Ім'я першої особи**, яка має бути залучена у прийнятті рішень щодо мого медичного догляду:

---

Контактний номер: \_\_\_\_\_

**Ім'я другої особи**, яка має бути залучена у прийнятті рішень щодо мого медичного догляду:

---

Контактний номер: \_\_\_\_\_

**Що необхідно зробити у разі погіршення мого самопочуття**

(наприклад, зателефонувати близькому родичу / я хочу, щоб мене обслуговували в громадській лікарні, а не в головному медичному закладі міста, якщо це можливо). (Обговоріть ці пріоритети зі своїм лікарем загальної практики):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Чого б я не хотів(-ла)**

(наприклад, я волів(-ла) би не їхати в лікарню / я б не хотів(ла) отримувати штучне вигодовування). (Обговоріть ці пріоритети зі своїм лікарем загальної практики):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Інші речі, які повинні знати люди, що доглядають за мною:**

(наприклад, ваші духовні чи релігійні переконання).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# План-настанова «Мій вибір медичного догляду»

Реєстр «Мій вибір медичного догляду» — це настанови від вас, в яких вказані ваші рішення щодо наступного:

- Вид догляду, який ви бажаєте отримувати в майбутньому, у разі погіршення вашого самопочуття, і ваші пріоритети щодо місця отримання догляду.

Реєстр призначений для тих, хто:

- Має важке хронічне захворювання, погіршення якого може бути небезпечним для життя; **або**
- Має слабке загальне самопочуття та має ризик раптового погіршення стану здоров'я; **або**
- Має деменцію і бажає вказати свої пріоритети щодо майбутнього медичного обслуговування; **або**
- Проживає в інтернаті або будинку для людей похилого віку; **або**
- Має стан, який свідчить про перебування на останньому році свого життя.

Цей реєстр ведеться в режимі онлайн, і до нього мають право доступу лише працівники, відповідальні за ваше лікування і догляд (наприклад, лікар загальної практики, патронажні медсестри, персонал лікарні, служба швидкої допомоги та працівники хоспісу St Helena, які ведуть цей реєстр).

Вони мають доступ до нього в будь-яку годину дня чи ночі, тож ви можете бути впевнені, що кожен працівник, який доглядає за вами, знає про ваш вибір.

Деякі працівники будинків для літніх людей також мають доступ до цього реєстру, і ми працюємо над тим, щоб розширити цей доступ, щоб у майбутньому всі працівники соціальної допомоги та персонал будинків для літніх людей могли бачити вибір своїх підопічних.

**Якщо це має для вас значення, тоді варто записати:**

- Тип медичного догляду, який ви б хотіли отримати наприкінці свого життя, включаючи будь-які культурні чи релігійні побажання
- Ваш вибір місця, де ви хотіли б отримувати медичний догляд наприкінці свого життя

Також вказується ключова інформація про ваш діагноз, стан здоров'я і лікування, яке ви отримуете.

План-настанова «Мій вибір медичного догляду» не є рішенням наперед про відмову від медичної допомоги та не є юридично обов'язковим. Якщо вам потрібна додаткова інформація про Living Wills - заповіт на випадок хвороби, відвідайте веб-сайт «Compassion in Dying» ("Співчуття до тих, хто вмирає") за адресою: [compassionindying.org.uk](http://compassionindying.org.uk)

## Згода на передачу моїх даних

Для забезпечення отримання мною найкращого медичного догляду, я даю згоду на передачу даних, вказаних в цій формі, медичним та соціальним працівникам, залученим до мого догляду, за допомогою паперових та електронних записів, включаючи «Мій вибір медичного догляду».

Повне ім'я: \_\_\_\_\_

Підпис: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Після заповнення вами цього документу лікар загальної практики повинен занести дані про ваш вибір у реєстр.**

## Lasting Power of Attorney (LPA) – Безстрокова довіреність на прийняття рішень щодо медичного догляду та особистого добробуту

Безстрокова довіреність (LPA) дозволяє вашій довіреній особі приймати рішення щодо вашого медичного догляду та особистого добробуту, включаючи рішення про відмову або згоду на медичну допомогу від вашого імені, щоденний догляд і місце вашого проживання. Ця довіреність набуває чинності, якщо/коли ви втрачаєте можливість самостійно приймати ці рішення, і є дійсною лише після реєстрації в Державному управлінні з питань опіки та піклування.

**Я маю Безстрокову довіреність на прийняття рішень щодо медичного догляду та особистого добробуту:**

Так  Ні

Якщо відповідь «Так», надайте додаткові відомості:

Повне ім'я: \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

Вихідний номер LPA: \_\_\_\_\_



# Безстрокова довіреність на прийняття рішень (LPA) щодо майнових та фінансових питань

Безстрокова довіреність надає повноваження вашій довірєній особі повноваження приймати фінансові рішення замість вас (наприклад, управління банківськими рахунками або продаж вашого будинку). Ваша довірєна особа бере на себе управління вашими фінансовими справами, як тільки LPA (Безстрокова довіреність) буде зареєстрована в Державному управлінні з питань опіки та піклування, але при умові, якщо в дорученні не зазначено, що це може статися лише після втрати вами здатності керувати власними справами.

**Я маю безстрокову довіреність на прийняття рішень щодо майнових та фінансових питань:**

Так  Ні

Якщо відповідь «Так», надайте додаткові відомості:

Повне ім'я: \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

Вихідний номер LPA: \_\_\_\_\_

**Я маю призначеного судом представника**

Повне ім'я: \_\_\_\_\_

Телефонний номер: \_\_\_\_\_

**Зверніть увагу**, що до 2007 року безстрокова довіреність була способом призначення представника.

**Якщо ви уклали безстрокову довіреність, позначте тут**

Якщо у вас немає безстрокової довіреності, але ви хотіли б її оформити, зверніться до адвоката або відвідайте веб-сторінку: [www.gov.uk/power-of-attorney/make-lasting-power](http://www.gov.uk/power-of-attorney/make-lasting-power)

# Планування медичного обслуговування наприкінці життя

Заглядаючи в майбутнє, ви можете розглянути та обговорити, як і де ви бажаєте отримувати медичну допомогу.

Якщо мій стан погіршиться, то я хотів(-ла) би отримати медичний догляд тут:

1-ий вибір \_\_\_\_\_

2-ий вибір \_\_\_\_\_

Це місце, де я хотів(-ла) би отримувати медичний догляд наприкінці свого життя:

1-ий вибір \_\_\_\_\_

2-ий вибір \_\_\_\_\_

Ось інші документи, в оформленні яких я брав(-ла) участь:

DNACPR (Не проводити серцево-легеневу реанімацію)

Дата: \_\_\_\_\_

Рішення щодо майбутньої відмови від лікування

Дата: \_\_\_\_\_

Додаткові відомості: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ReSPECT (Рекомендований зведений план невідкладної допомоги та лікування)

Дата: \_\_\_\_\_

Додаткові відомості: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Контактні особи для екстреного зв'язку

Важливо поговорити з наступними людьми, якщо мій стан колись погіршиться чи я не зможу самостійно приймати рішення щодо свого здоров'я:

Я хотів(-ла) би, \_\_\_\_\_

щоб зі мною зв'язалися **першим (першою)** у разі надзвичайної ситуації.

Повне ім'я: \_\_\_\_\_

Ступінь спорідненості: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

Повне ім'я: \_\_\_\_\_

Ступінь спорідненості: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

Повне ім'я: \_\_\_\_\_

Ступінь спорідненості: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

Повне ім'я: \_\_\_\_\_

Ступінь спорідненості: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

## Медичні працівники

Лікар загальної практики: \_\_\_\_\_

Інші медичні працівники, залучені до догляду за мною:

(ім'я та організація) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ім'я та організація) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**StHelena**  
For the people you love



---

Опубліковано: травень 2023 р. – 5-е видання. Щоб повторно замовити цей буклет, надішліть код MCCR/01 на ел. пошту [literature@sthelena.org.uk](mailto:literature@sthelena.org.uk)

Реєстраційний номер організації: 280919. Юридична адреса: Myland Hall, Barncroft Close, Highwoods, Colchester, CO4 9JU

[www.mycarechoices.online](http://www.mycarechoices.online) [f](#) StHelenaHospice [t](#) @sthelenahospice