

病患資訊

醫療護理事前指示工具包

協助您表達醫療護理意願的指南



目錄

第一部分 – 必填 選擇決定者

如果您不能表達自己的想法，誰將為您做出醫療護理決定？..... 第1頁

第二部分 – 選填

您指定的決定者做出醫療護理決定的權限..... 第2頁

第三部分 – 選填

您對於病重時希望得到如何照護的特別指示..... 第3-4頁

第四部分 – 選填

器官和組織捐贈..... 第5頁

第五部分 – 必填

簽名及見證人..... 第6-7頁

第六部分 – 必填（僅適用於您沒有兩名見證人時）

公證人確認..... 第8頁

常見問題..... 第9頁

第一部分 – 必填 選擇決定者

如果您不能表達自己的想法，誰將為您做出醫療護理決定？

▶ 本表格稱為醫療護理事前指示。填寫任何表格可能會花時間，而且有時很耗神。如果您的時間有限，最重要的是填寫第1、6、7和8頁，這可讓您：

- 選擇某人在您不能或是不願意自己做醫療護理決定時為您做這些決定
- 而且，如果您有時間：
- 您可以寫下如果您由於病重而不能表達自己的想法時，希望獲得如何照護的價值觀和意願。

▶ 如果您改變關於本表格上任何內容的想法，您可以填寫新表格或是銷毀（撤銷）舊表格。

▶ 在您填寫本表格時，請與您的決定者交談，以確保決定者理解您的意願並同意接受該責任。你也應該與您的親人和醫療團隊討論您的醫療護理。在您不能或是不願意自己做這些決定之前，您的決定者不能為您做這些決定。

▶ 本表格填好並且適當簽名後將在加州有效，而且根據大多數州的法律有效。如欲生效，它必須在兩名見證人在場時簽名，或是由公證人確認（見第8頁）。

第一部分讓您：

指定某人在您不能做出自己的決定時做出醫療護理決定。根據加州法律，此人稱為「代理人」。關於如何選擇適當人士的建議，請參閱第9頁的常見問題。

您指定的決定者務必獨立於您的醫療團隊。您的決定者 **不能**是以下任何人士：

- ▶ 您的醫生或是醫療團隊的其他成員。
- ▶ 您接受護理的社區護理或居住式護理設施經營者。
- ▶ 該醫療機構或社區居住式設施的員工。

我, _____, 選擇
(您的姓名和出生日期)

以下人士作為我的醫療護理決定者：

姓名: _____

地址: _____

城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

住宅電話: _____ 工作電話: _____

電子信箱: _____

選填 如果我的決定者不願意或是不能為我做決定，則我選擇以下人士：

姓名: _____

地址: _____

城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

住宅電話: _____ 工作電話: _____

電子信箱: _____



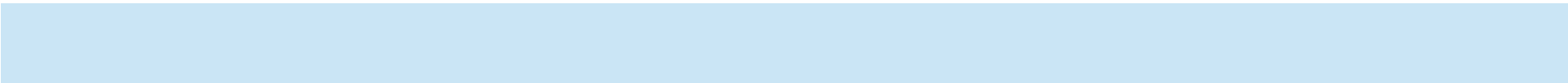
您指定的決定者權限（見以下第二部分）

如果您選擇不限制決定者的權限，您的決定者將有權：

- ▶ 與您的醫療團隊談論您的狀況。
- ▶ 接受、拒絕或停止任何醫療。
- ▶ 查看和批准披露您的病歷或醫療資訊。
- ▶ 選擇醫療提供者或機構。
- ▶ 決定在您身故後如何照料您的遺體，包括屍體解剖和器官捐贈。
- ▶ 注意：您的決定者不可同意將您安置在精神病院，或是對您實施抽搐療法、侵入性精神病治療、絕育或墮胎。

 請劃掉您不希望讓決定者做出的上述任何事項，並簽寫姓名首字母。

第二部分 – 選填 您指定的決定者做出醫療決定的權限



以下是對我的決定者權限所做的額外或其他指示：

第三部分 – 選填 您對於病重時希望得到如何照護的特別指示

 如果您不想提供具體的書面指示，請劃掉本頁並簽寫您的姓名首字母。

如果這些陳述都不代表您的看法和價值觀，請參閱下一頁的其他選項。 

您可能想給決定者和醫院團隊關於您的看法、價值觀和意願的額外指示。以下是您可以考慮與您指定的決定者討論的事項舉例。如果您認為其中任何陳述代表您病重時的看法、意願和價值觀，請打勾。

如果我的醫學狀況將導致我在短期內死亡以及（或是）我的生活品質變差而且需要生命支援（例如手術、CPR**、呼吸管、餵飼管、機器或藥物）來維持生命：

- 我想得到生命支援***
- 我想要生命支援，希望被允許自然死亡
- 我想讓我的決定者和醫療團隊決定生命支援是否有助於我的狀況或症狀

- 當我的醫療團隊表示我的狀況不能治癒或是我可能無法恢復過去的健康程度時（生活品質差）時，我希望照護的重點是緩解我的症狀（舒適護理*）而不是延長生命。請將我轉到臨終安養院*。

* 什麼是舒適護理？您的醫療提供者專注於您的症狀緩解而不是治癒。舒適護理為您整個人和生活中的相關人士提供支援。這種護理也由您的醫療團隊以及可能由醫療團隊轉介的臨終安養組織提供。

**什麼是CPR？心肺復甦術（CPR）可包含緊急情況下採取的幾種行動，以將氧氣輸入您的身體，並確保血液達到您的心臟和大腦。您的胸部可能受到強力壓迫，可能採用電擊（心臟除顫），可能經由您的口腔將管子插入氣管幫您呼吸，或是給您注射藥物以嘗試讓您的心率和血壓恢復正常。CPR不會治癒疾病。接受CPR的大多數病患的身體不能發揮過去的機能。

***什麼是生命支援？幫您呼吸的醫療器械等治療；維持生命的藥物；透過管子餵飼的人造營養和液體；大手術；輸血；透析；抗生素；或是旨在延遲死亡的其他方式。

第五部分 – 必填 簽名及見證人

欲使醫療護理事前指示有效，您必須在本文件簽名，並按以下說明由兩個人見證，或是由公證人確認（見第8頁）。

- ▶ 如果您由於身體原因不能簽名，可接受您意圖作為簽名的任何標記。
- ▶ 見證人應該在旁觀看您簽名。您在本表格簽名的日期應與您的見證人在本表格簽名的日期相同。

簽名 請在表格簽名並填寫日期。

(正楷書寫姓名)

(簽署您的姓名)

(日期)

地址: _____

城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

見證人聲明

請注意誰不能擔任見證人

本人鄭重聲明，若有偽證將受加州法律制裁：(1) 本人認識簽署或承認這份「醫療護理事前指示」者，或獲得此人身份的可信證明；(2) 此人在我面前簽署或承認這份「醫療護理事前指示」；(3) 此人的心智看似健全，並無受到強迫、詐欺或任何影響；(4) 本人不是這份事前指示任命的決定者（代理人）；而且 (5) 本人不是此人的醫療提供者、此人的醫療機構的員工、社區護理設施的主持人或員工，或養老院的主持人或員工。

第一位見證人

(正楷書寫姓名)

(簽署您的姓名)

(日期)

地址: _____

城市: _____

州: _____ 郵遞區號: _____

第二位見證人

(正楷書寫姓名)

(簽署您的姓名)

(日期)

地址: _____

城市: _____

州: _____ 郵遞區號: _____

第五部分 – 必填 簽名及見證人（接上頁）

欲使醫療護理事前指示有效，您必須在本文件簽名，並按以下說明由兩個人見證，或是由公證人確認（請看接下來兩頁）。

至少一位見證人也必須簽署以下聲明：

本人進一步聲明，若有偽證將受加州法律制裁，本人與這份「醫療護理事前指示」的簽署者並無血緣、姻親或領養關係，而且就本人所知，本人在現存遺囑或法律規定下，在該簽署者死後並無繼承任何遺產的權利。

見證人簽名:

(一名見證人簽名)

(日期)

專業護理設施的病患：病患代言人或申訴專員聲明

如果您是專業護理設施的病患，一名病患代言人或申訴專員必須在前一頁的見證人聲明欄簽名，而且也必須在以下聲明簽名：

本人聲明，若有偽證將受加州法律制裁，我是由州政府年長者部門任命的病患代言人或申訴專員，並根據遺囑認證法規4675條的規定做為見證人。

正楷姓名／頭銜: _____

地址: _____

(簽名)

(日期)

第六部分 – 必填 公證人確認 (僅在兩名見證人未在第6頁簽名時才填寫)

如果兩名合格見證人已在本指示的第五部分簽名，則不需要公證人確認

填寫本證書的公證人或其他官員僅驗證在本證書隨附的文件上簽名者的身份，並不驗證該文件的真實性、準確性或有效性

加州
縣： _____
於： _____ 在我面前， _____
(日期) (官員姓名和頭銜)
親自現身： _____

(簽名人姓名)

他/她/他們根據令我滿意的證據向我證明，他/她/他們是在文書上簽名的人，並向我確認，他/她/他們以他們在此人或此人代其行事的實體簽署的文書上相同簽名，簽署了該文書。

我根據加州法律的偽證罪罰則證明，上一段落的資訊真實正確。

本人以簽名及正式鋼印見證。

在上方蓋公證人印章

(公證人簽名)

常見問題

1. **我如何選擇適當的人作為我的醫療護理決定者？** 有時病患會發現難以決定應當選擇誰作為他們的決定者。病患不想傷害他們家人的感情。選擇您的決定者時，請記住以下幾點：

▶ 如果配偶或家人過於情緒化，或是不能代表您或做出符合您意願的決定，他們並非總是最佳人選。

▶ 以下是一些考慮因素。選擇的人選：

- 在您患病之前和患病期間與您定期聯繫
- 熟悉您的意願和價值觀，並將尊重這些意願和價值觀

• 能夠提供關於您的病史、意願和價值觀的資訊

• 能夠理解您的醫學狀況

• 在情緒化的情況中能夠做出您的醫療決定

• 能夠來醫院

• 能夠與您的醫療團隊溝通

• 能夠與您的親人溝通，從他們得到資訊，並與他們分享重要資訊

2. **我填寫本表格是否需要律師？** 不需要。法律不要求您有律師。

3. **我能否有一個以上決定者？** 通常可由多個家人參與決定而沒有歧異。可是有時候人們對於最好的行動卻有不同的看法，因此您最好指定一個人做為代理人（您也可以指定一位後備人選）。

4. **醫療護理事前指示的有效期多長？** 除非您決定取消或更改，它將持續有效。

5. **我可以改變主意嗎？** 您可以隨時改變主意。如果您在住院期間改變主意，您可以告知醫生在住院治療期間由誰來做決定。

6. **填好後我應當如何處理本表格？** 確定按照簽名頁的說明正確簽名。

出示給您的家人、親密朋友和醫療團隊。影印本與原件具有同等效力。

給您的決定者、醫師和醫療團隊各一份，並且在前往急診室或醫院時隨身帶一份本表格。



505 Parnassus Ave.
San Francisco, CA 94143
www.ucsfhealth.org
www.ucsfbenioffchildrens.org



UCSF 醫療中心和 UCSF 貝尼奧夫兒童醫院致力於為殘障病人提供平等的設施和服務。要瞭解詳情或需要協助，請撥打病患關係部 415-353-1936。



印刷在部分回收的紙張上 • 876-053C REV. 0119