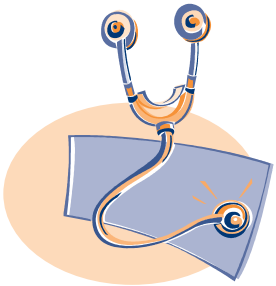
加州醫療照護
事前指示

這份指示書讓您可事前表達在病重時希望得到何種的療護。

- **本指示書分爲三部份。它可讓您：**

第一部份： **選擇一位醫療代理人。**

在您病重無法做任何醫療決定時，
醫療代理人會為您做決定。



第二部份： **自己做醫療決定。**

本指示書讓您選擇自己想要的各項醫護服務。

如此一來，若您病得太重而無法表達意見時，
醫護人員及親友們就不用去猜測您的心意。

第三部份： **簽署指示書。**

這份指示書必須簽字才會生效。

你可填寫第一部份或第二部份，或兩部份均填寫。
您只需填寫您想填寫的部份。
但一定要在第三部份簽名。

請翻到下頁

如果您只想指定醫療代理人，請翻到第 3 頁的第一部份。

如果您只想自行選擇醫療決定，請翻到第 6 頁的第二部份。

如果您希望兩項都指定，請填寫第一部份和第二部份。

請您務必記得在第 9 頁的第三部份簽名。

填妥指示書後，該如何處理 ？

請將指示書影本給：

- 醫生
- 護士
- 社工
- 家人和朋友
- 醫療代理人

如果我改變主意，該怎麼辦？

- 修改指示書。
- 把修改的內容告訴照顧您的人。

如果對指示書有疑問，該怎麼辦？

- 把指示書拿給您的醫生、護士、社工人員、醫療代理人、家人或朋友，由他們為您解答。

如果本指示書沒有我想要的醫療決定，該怎麼做？

- 請將您的意願寫在一張紙上。
- 寫好後和指示書放在一起。
- 與醫護人員及親友們討論附頁內容。

第一部份 選擇您的醫療代理人

**您的醫療代理人在您病重不能為自已作決定時，
替您選擇各項醫療服務**

我應該選擇誰當我的醫療代理人？

符合下列條件的家人或朋友：

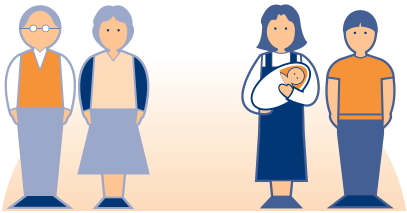
- 年滿 18 歲
- 非常了解您
- 有需要時可聯絡到您
- 信任他會為您做最好的決定
- 能告訴醫生您在指示書中所做的決定

您的醫療代理人不可以是您的醫生、醫院或診所的工作人員，除非他們是您的家人。

如果我沒有選擇醫療代理人，會發生什麼狀況?

當您重病而不能自己做決定時，
醫生會請您最親的家屬為您做決定。

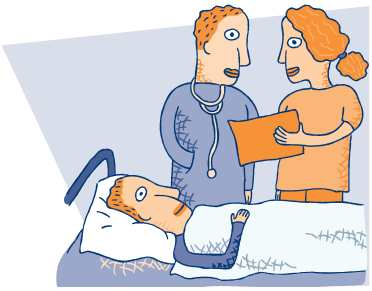
如果您希望由親屬以外的人當您的代理人，
必須把他（她）的名字寫在指示書裡。



我的醫療代理人可以做什麼樣的決定？

他（她）可以為您同意、拒絕、改變、停止或選擇：

- 醫生、護士、社工
- 醫院或診所
- 藥物或檢測
- 如何處理您的遺體與器官



請翻到下頁

您的代理人還可以替您作什麼決定:

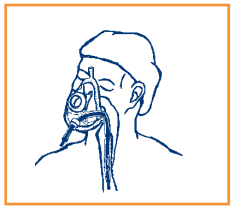
維持生命的治療 - 嘗試延長您的生命的醫療方法

- **心肺復甦術（cardiopulmonary resuscitation），簡稱 CPR**

cardio = 心臟　　pulmonary = 肺臟　　resuscitation = 復甦

包括了：

- 用力擠壓胸膛，使心臟維持輸送血液功能
- 透過電擊讓心臟再度跳動
- 把藥物注射到靜脈裡



- **呼吸輔助器**

  呼吸輔助器把氧氣輸入肺部，協助病人呼吸。

  使用期間病人不能說話。

- **血液透析術（洗腎）**

  腎臟功能喪失時，用洗腎機來過濾血液。

- **餵食管**

  病人無法吞嚥時要靠餵食管來進食。餵食管可從喉嚨插入胃部；或以手術插置餵食管。

- **輸血**

  從靜脈輸入血液。

- **外科手術（開刀）**
- **藥物**

生命末期服務 - 生命末期，醫療代理人可以：

- 邀請宗教輔導員到場
- 決定在家裡或在醫院離世

請把本指示書給您的醫療代理人。

告訴您的代理人您想接受哪一種醫療照顧。

請翻到下頁

您的醫療代理人

- **本人希望下列人士替我作醫療抉擇。**

名字　　姓氏

地址　　城市　　州　　郵區號碼

(　　)　　–　　(　　)　　–

住宅電話號碼　　工作電話號碼

- **如果以上指定的人不能代辦，我希望下列人士替我作醫療抉擇。**

名字　　姓氏

地址　　城市　　州　　郵區號碼

(　　)　　–　　(　　)　　–

住宅電話號碼　　工作電話號碼

- **請在您同意的句子旁劃一個 X。**

❑ 我的醫療代理人現在就可以替我做決定

❑ 我的醫療代理人只有在我無法自己做決定時，**才能**替我做決定

要選擇自己的醫護服務，請翻到下頁的第二部份。

只需要簽署指示書，請翻到第 9 頁的第三部份。

第二部份 自行做醫療照顧的選擇

請寫下您的決定，這樣醫護人員及親友們才不用去猜測您的想法

- **請思考如何令您活得有意義。**
  在您最同意的每個句子旁劃上 X。

❑ **只有當我還能做以下這些事項的時候，才值得活下去：**

- ○ 能與家人或朋友交談
- ○ 能從昏迷中甦醒
- ○ 可以自己進食、洗澡或照顧自己
- ○ 沒有痛楚
- ○ 不需依賴機器維生
- ○ 我不確定

❑ **無論我病得多嚴重，都值得讓我活下去。**

- **臨終時，我一定要：**

❑ 在家裡　❑ 在醫院　❑ 我不確定

- **宗教或信仰對您很重要嗎？**

❑ 很重要　❑ 不重要

- **醫生應該知道有關我宗教或信仰的事宜：**

_____

_____

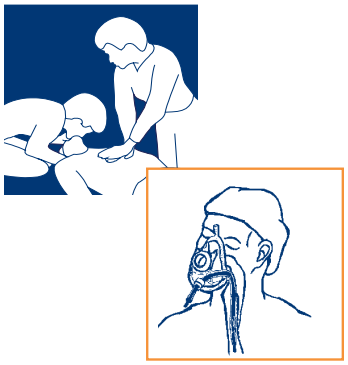
當您生病時，醫生和護士一定會
盡力讓您舒服，減除痛楚。

請翻到下頁

維持生命治療是要試著維持您的生命。包括運用心肺復甦術（CPR）、呼吸器、喂食管、洗腎、輸血或用藥等方式。

請在最同意的句子旁劃上 X。
請先把整頁內容都讀完，再決定。

如果我病危，可能要離世：



- ❑ 請用醫生認為可能有幫助的『全部』維持生命治療方法。
  如果治療**沒有效果**而且病情好轉的機會微小，
  我仍然想要依賴維持生命的機器。

- ❑ 請用醫生認為可能有幫助的『全部』維生治療方法。
  如果治療**沒有效果**而且病情好轉的機會微小，
  我不想依賴維持生命的機器

- ❑ 我希望醫生使用可能有幫助的所有維持生命治療方法。
  但是不要以下勾選的治療項目。
  - ❍ 心肺復甦術 (CPR)
  - ❍ 血液透析術（洗腎）
  - ❍ 呼吸輔助器
  - ❍ 其它治療方法_____
  - ❍ 餵食管
  - ❍ 輸血
  - ❍ 藥物

- ❑ 我**不要使用任何**維持生命治療法

- ❑ 我希望由我的**醫療代理人**幫我決定

- ❑ 我不確定。

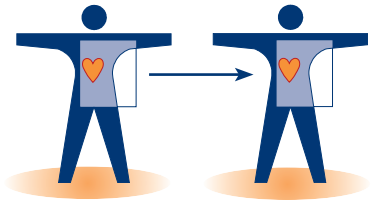
請翻到下頁

第二部份：自行做醫療照顧的選擇

醫生會問您是否願意在去世後捐贈器官和解剖遺體。
請告訴我們您的意願。

請在您最同意的句子旁劃上 X。

- **捐贈器官可以救活別人。**



❑ 我**願意**捐贈我的器官。

我想捐贈的器官是：

○ 任何器官
○ 只捐贈 _____

❑ 我**不願意**捐贈我的器官。

❑ 我希望由我的**醫療代理人**幫我決定。

❑ 我不確定。

- **解剖遺體可以確定死因。**
用外科手術解剖，可能需要幾天時間。

❑ 我**願意**解剖遺體。

❑ 我**不願意**解剖遺體。

❑ 如果我的死因有疑問時，我希望解剖遺體。

❑ 我希望由我的**醫療代理人**幫我決定。

❑ 我不確定。

- **有關遺體的處理，您希望醫生注意什麼事項？**

_____

_____

請翻到下頁在第三部份簽名

第三部份 在指示書上簽名

要指示書生效，您必須：

- 在指示書上簽名。
- 請兩位見證人在指示書上簽名。

如果沒有見證人，請公證人作證。
公證人的職責是確定指示書由你本人簽署。

請簽名並註明簽署日期。

簽名 _____ 日期 ___ / ___ / ___

名字（正楷書寫名字） _____ 姓氏（正楷書寫名字） _____

地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵區號碼 _____

您的見證人必須：

- 年滿 18 歲
- 認識您
- 親眼看到您在指示書上簽名

見證人不可以：

- 是您的醫療代理人
- 是您的醫護人員
- 在您接受醫療服務的單位內工作
- 在您居住的地方工作 (如果您住在療養院，請翻到第 12 頁)

而且，一位見證人不能：

- 與您有任何親屬關係
- 在您去世後得到財務上的利益 (得到金錢或財產)

見證人必須在下一頁上簽名

如果您沒有見證人，請帶著本指示書由公證人在第 11 頁上簽名

請您的見證人簽名並寫下今天的日期

透過簽名，本人證明 _____ 在本人眼前親自在本指示書上簽名。
他 (她) 當時能清楚思考，並未被迫簽名。
本人也證明：

- 我認識他 (她)，或他 (她) 可證明自己是誰
- 我已年滿 18 歲
- 我不是他 (她) 的醫療代理人
- 我不是他 (她) 接受醫療服務的單位
- 我沒有為他 (她) 所在接受醫療服務的單位內工作
- 我沒有在他 (她) 居住的地方工作

有一位見證人也必須保證：

- 我和他 (她) 沒有任何血緣、姻親或收養關係
- 我不會在他 (她) 去世後得到財務上的利益 (得到金錢或財產)

第一位見證人

簽名 _____ 日期 ___/___/___

證人名字 (正楷書寫名字) _____ 證人姓氏 (正楷書寫名字) _____

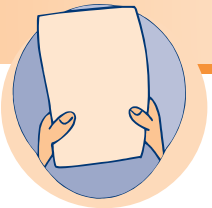
地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵區號碼 _____

第二位見證人

簽名 _____ 日期 ___/___/___

證人名字 (正楷書寫名字) _____ 證人姓氏 (正楷書寫名字) _____

地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵區號碼 _____



您已經填妥指示書。

請把這份指示書拿給您的醫生、護士、社工人員、朋友、家人和醫療代理人。

與他們談論您的選擇。

公證人

- 如果找不到兩位見證人簽署指示書，**才需要**帶指示書請公證人為您做證。
- 記得要帶有照片的證件 (駕照、護照等)

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

State of California

County of _____

On _____ before me, _____, personally
Date — Here insert name and title of the officer

appeared_____
Name(s) of Signer(s)

_____,

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____
Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or Type of document: _____

Date: _____ Number of pages:_____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

☐ Individual

☐ Guardian or conservator

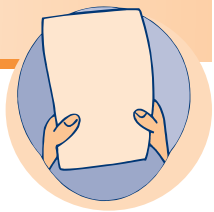
☐ Other _____

RIGHT THUMBPRINT OF SIGNER

Top of thumb here

(Notary Seal)

您已經填妥指示書。



請把這份指示書拿給您的醫生、護士、社工人員、朋友、家人和醫療代理人。

和他們談論您的選擇。

僅限居住在加州療養院的人填寫

- **若您住在療養院，請將本指示書交給療養院的主管。**
- **加州法律規定，如事前指示書的填寫人為居住在療養院的人，指示書的證人之一必須是療養院監察員（ombudsman）。**

病人權益代言人或監察員聲明

「本人聲明我是加州耆英署 (STATE DEPARTMENT OF AGING)
指派之病人權益代言人或監察員，根據遺囑認證法 (PROBATE CODE)
第 4675 條規定擔任本指示書證人，如有虛假，願受偽證罪處置。」

/ /

簽名 日期

名字（正楷書寫名字） 姓氏（正楷書寫名字）

地址 城市 州 郵區號碼

本事前指示書遵守加州遺囑認證法 (Probate Code) 第 4671-4675 條規定。http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html
請上網 http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/ 或來函創意公用授權 (Creative Commons)，地址 559 Nathan Abbott Way，Stanford，California 94305，USA。

由 Rebecca Sudore 醫師和 Mahat Papartassee 為舊金山公共衛生局 (San Francisco Department of Public Health) 共同設計。
中文修訂:美華慈心關懷聯盟 網址: www.caccc-usa.org