

醫護事宜預先授權書 Advance Health Care Directive



LIFE CARE規劃

我的理念，我的選擇，我的護理

kp.org/lifecareplan (英文)

切記

- ① 本文件須由見證人簽名或經公證
- ② 簽名及註明日期
- ③ 繳還KP一份副本

全名 (Full name) : _____

醫療記錄編號 (Medical Record #) : _____

前言 (Introduction)

醫護事宜預先授權書讓您表明對於健康護理的理念、選擇和囑託。這份表格可以用於：

- 指定您信任的人為您做健康護理決定（作為您的「健康護理代理人」），或
- 提供有關您健康護理的書面囑託，或
- 指定健康護理代理人並且提供有關健康護理的書面囑託。

第一部份讓您指定健康護理代理人。

第二部份讓您表達您的理念及心之所繫。

第三部份讓您提供有關健康護理的書面囑託。

第四部份讓您陳述您的希望和意願，指引代理人做出決定。

第五部份讓您的醫護事宜預先授權書在加州具有法律效力。

第六部份幫助您將您的意願和這份文件傳達給有關人等。

您可以按照自己的意願填寫或修改本授權書中全部或任何部分的内容，或是使用不同的表格。

這份醫護事宜預先授權書如果與您過去填寫的任何醫護事宜預先授權書有所不同，當以本授權書為準。
如果您想取消或更換您指定的代理人，請填寫一份新授權書，或是親自告知您的保健業者。

全名 (Full name) : _____

醫療記錄號碼 (Medical Record number) : _____

出生日期 (Date of birth) : _____

郵寄地址 (Mailing address) : _____

住家電話 (Home phone) : _____ 手機 (Cell phone) : _____

工作電話 (Work phone) : _____ 電郵地址 (Email) : _____

全名 (Full name) : _____

醫療記錄編號 (Medical Record #) : _____

第一部份、我的健康護理代理人 (My Health Care Agent)

選一位健康護理代理人：

選擇某位與您相熟，您相信會尊重您的觀點和理念，並且能夠面對諸多壓力做出困難決定的人。一旦選定健康護理代理人，請安排充分時間與此人討論您的觀點和治療目標，並且確定他們願意代表您做決定。

如果我無法表達我的意願和健康護理決定，或是我的保健業者認定我無法為自己做出健康護理決定，我選擇以下人士為我做出健康護理決定。*

我的健康護理代理人所做的健康護理決定必須符合我在本文件中提供的囑託（若有）及其所知道的我的意願。在不具備以上條件的情況下，我的代理人必須考慮其對我個人理念的了解，做出他/她認為符合我最大利益的決定。

本授權書並未授權我的健康護理代理人做出財務或其他業務方面的決定。我的健康護理代理人無權將我安置於精神病治療設施或同意讓我接受某些類型的精神病治療。

我的主要健康護理代理人 (My primary health care agent)：

全名 (Full name) : _____

與我的關係 (Relationship to me) : _____

住家電話 (Home phone) : _____ 手機 (Cell phone) : _____

工作電話 (Work phone) : _____ 電郵地址 (Email) : _____

郵寄地址 (Mailing address) : _____

*我瞭解我的健康護理代理人不能是我的主治保健業者或是向我提供護理的社區護理設施或居住式護理設施負責人。我的代理人也不能是我接受護理的社區護理設施、居住式護理或健康護理設施的員工，除非該人與我有血緣、姻親或收養關係，或者是我的登記同居伴侶或我的同事。

需要更多協助嗎？
kp.org/lifecareplan

全名 (Full name) : _____

醫療記錄編號 (Medical Record #) : _____

如果我取消主要健康護理代理人的授權，或是我的主要代理人不願、不能或出於合理原因不在而無法為我做出健康護理決定，我指定以下人士做為我的第一順位代理人。

第一順位健康護理代理人 (First alternate health care agent) :

全名 (Full name) : _____

與我的關係 (Relationship to me) : _____

住家電話 (Home phone) : _____ 手機 (Cell phone) : _____

工作電話 (Work phone) : _____ 電郵地址 (Email) : _____

郵寄地址 (Mailing address) : _____

如果我取消主要或第一順位代理人的授權，或是我的主要和第一順位代理人均不願、不能或出於合理原因不在而無法為我做出健康護理決定，我指定以下人士做為我的第二順位代理人。

第二順位健康護理代理人 (Second alternate health care agent) :

全名 (Full name) : _____

與我的關係 (Relationship to me) : _____

住家電話 (Home phone) : _____ 手機 (Cell phone) : _____

工作電話 (Work phone) : _____ 電郵地址 (Email) : _____

郵寄地址 (Mailing address) : _____

健康護理代理人的權力 (Powers of my health care agent) :

除非有授權限制，我的健康護理代理人具有以下所有權力 (Unless I limit my agent's authority, my health care agent has all of the following powers) :

- A. 做出有關我的健康護理的決定。這包括有關檢驗、藥物和手術的決定，也包括有關提供、不提供或停止各種生命維持措施的決定，包括人工營養（食物）、補水（水份）以及心肺復甦術。
- B. 決定由哪些醫生、保健業者和組織為我提供醫學治療。
- C. 在我死後安排並決定如何處置我的遺體（包括解剖和器官捐贈）。

全名 (Full name) : _____

醫療記錄編號 (Medical Record #) : _____

請在此為您的代理人授權提供任何補充說明或限制。（例如，您可以點名您不希望哪些人代表您參與醫療決定。您也可以規定您不希望您的代理人做出哪些決定。）必要時可以另外添頁。*(Please provide any additional comments or restrictions to your agent's authority here. [For example, you may name people you would not want involved in medical decisions on your behalf. You may also specify decisions you would not want your agent to make.] Attach additional page[s] if necessary.)*

給健康護理代理人的其他指示 (Additional health care agent instructions) :

如果您希望代理人遵循以下指示，請在方格中打勾。*(Check the box or boxes below, if you want your agent to follow these instructions.)*

- ☐ 即使我與代理人的婚姻或同居關係解除、失效或終止，我仍希望此人繼續擔任我的健康護理代理人。*(I want my agent to continue as my health care agent even if a dissolution, annulment, or termination of our marriage or domestic partnership has been completed.)*
- ☐ 即使我能自己做決定或表達意見，我仍希望代理人立即開始為我做健康護理決定。*(I want my agent to immediately begin making health care decisions for me even if I am able to decide or speak for myself.)*

需要更多協助嗎？
kp.org/lifecareplan

第二部份、我的理念和信念 (My Values and Beliefs)

我希望我的代理人和親人知道我的理念，以便做出符合我的為人以及我心之所繫的健康護理決定。

為了讓你了解什麼對我最重要，我要告訴你一些關於我的事情，例如我喜歡如何消磨時間，我喜歡和誰相處，以及我喜歡做什麼。我還想要告訴你在什麼樣的情形下活著對我來說不再有意義。

1. 如果我今天狀況良好，我會做以下事情 (If I were having a good day, I would be doing the following) :

2. 對我來說最重要的是 (What matters most to me is) :

3. 如果我無法做到以下事情，就不再值得活下去 (Life would no longer be worth living if I were not able to) :

4. 宗教或靈修派別 (Religious or spiritual traditions) :

我信奉 (I am of the) _____ 信仰，是 _____
(信仰/靈修團體) (faith, and am a member of [faith/spiritual community]) 的成員，地點在 (城市) (city) _____，
(電話號碼) (phone #) _____。

如果我重病或瀕臨死亡，我希望代理人通知他們 (I would like my agent to notify them if I am seriously ill or dying)。若有可能，我希望我的喪禮有以下安排 (來賓、音樂、儀式等) (I would like to include in my funeral, if possible, the following [people, music, rituals, etc.]) :

☐ 我不屬於特定的宗教或靈修派別。(I have no specific religious or spiritual traditions.)

第三部份、我的健康護理囑託 (My Health Care Instructions)

如果您選擇不提供書面囑託，您的健康護理代理人會根據您的口頭囑託做決定。如果您的囑託不詳，您的代理人會根據您的理念，做出他/她認為符合您最大利益的決定 (If you choose not to provide written instructions, your health care agent will make decisions based on your spoken directions. If your directions are unknown, your agent will make decisions based on what he or she believes is in your best interest, considering your values)。

在如果發生以下情況，我們請您考慮會使您失去溝通能力的突發意外事件 (In the situation below, we ask you to consider a sudden unexpected event that leaves you unable to communicate for yourself)。

我要請健康護理代理人代我表達下述選擇；我的醫生和保健團隊應尊重這些選擇。如果我的健康護理代理人或順位代理人不在，或無法代表我做出決定，這份文件即代表我的意願 (I ask that my health care agent represent my choices as detailed below, and that my doctors and health care team honor them. If my health care agent or alternate agents are not available or are unable to make decisions on my behalf, this document represents my wishes)。

1. 延續生命的治療措施 (Treatments to prolong life)

請考慮以下情況 (Consider the following situation)：

您發生意外或中風 (You have a sudden accident or stroke)。

醫生確定您有腦損傷，無法知道自己是誰或認出親人。醫生告訴您的代理人及/或家人，預期您將無法恢復這些能力。需要維生措施來維持您的生命，例如呼吸器或是餵食管。在這種情況下您希望怎麼做？ (Doctors have determined you have a brain injury, leaving you unable to recognize yourself or your loved ones. The doctors have told your agent and/or family that you are not expected to recover these abilities. Life-sustaining treatments, such as a ventilator (i.e., breathing machine), or a feeding tube, are required to keep you alive. In this situation what would you want?)

我希望保持舒適，並且 (I would want to be kept comfortable and)：

- 選擇一項：
- ☐ 我希望停止維持生命的治療措施。我知道這可能導致我比繼續接受治療更早死亡 (I would want to STOP life-sustaining treatment. I realize this would probably lead me to die sooner than if I were to continue treatment)。
 - ☐ 我希望繼續維持生命的治療措施。 (I would want to continue life-sustaining treatments)。

請提供更多關於維生治療措施的指示。例如，如果維生措施無法改善健康狀況，您希望維持生命多長時間 (Please provide any additional instructions about life-sustaining treatments. For example, you may want to state a specific time period that you would want to be kept alive if there were no improvement to your health)。

2. 心肺復甦術 (Cardiopulmonary resuscitation, CPR)

心肺復甦術的目的是試圖在您心跳和呼吸停止時讓您復活，可包括胸部按壓（猛壓胸部使心臟收縮）、藥物、電擊和呼吸管。

您可選擇是否進行心肺復甦術。心肺復甦術可以拯救性命，但是它不像大多數人以為的那麼有效。對於健康的成人，若在幾分鐘之內儘快施行心肺復甦術，效果最佳。在施行心肺復甦術時，可能會造成肋骨骨折、肺部刺穿，或因缺氧而造成腦損傷。*如果您想瞭解關於心肺復甦術的詳細資訊，請索取名為「**CPR: Cardiopulmonary Resuscitation**」的小冊子。

如果您不想做心肺復甦術，請與醫生討論您可能需要填寫的其他文件。

如果您心跳和呼吸停止，您希望怎麼做？ (In the event that your heart and breathing stop, what would you want?)

選擇
一項：

- ☐ 我希望在任何情況下都對嘗試心肺復甦術。(I always want CPR attempted.)
 - ☐ 我絕對不要嘗試心肺復甦術，而是希望可以自然死亡。(I never want CPR attempted, but rather want to permit a natural death.)
 - ☐ 我希望嘗試心肺復甦術，除非為我治療的醫生認定有以下任何一種情形：
(I want CPR attempted unless the doctor treating me determines any of the following:)
- 我的疾病或受傷不可能治癒，我已瀕臨死亡；或
(I have an incurable illness or injury and am dying; or)
 - 如果我的心跳或呼吸停止，我就沒有合理的存活機會；或
(I have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops; or)
 - 如果我的心臟或呼吸停止，我的存活機率微乎其微，而且施行復甦術會對我造成巨大痛苦。
(I have little chance of survival if my heart or breathing stops and the process of resuscitation would cause significant suffering.)

需要更多協助嗎？
kp.org/lifecareplan

*研究顯示，如果您在醫院接受心肺復甦術，急救成功而讓您活著出院的機率為22%。Saket Girotra, M.D.、Brahmajee K. Nallamothu, M.D., M.P.H.、John A. Spertus, M.D., M.P.H.等人合著。〈病人在醫院中心跳停止後的存活趨勢〉(Trends in Survival after In-Hospital Cardiac Arrest)；《新英格蘭醫學期刊》(New England Journal of Medicine) 卷367：頁1912-1920；2012年11月15日。

第四部份、我的希望和意願（可選擇是否填寫）(My Hopes and Wishes [Optional])

1.在我彌留之際，我想讓親人知道我希望得到以下哪些安慰和支持（禱告、儀式、音樂等）以及我希望在何處死亡：(As I'm nearing my death, I want my loved ones to know I would appreciate having the following [prayers, rituals, music] and where I prefer to die:)

2.其他意願/囑託：(Other wishes/instructions:)

3.器官捐贈（如果您沒有特定想法，您的代理人可替您決定）：(Organ donation [If you have no preference, your agent may decide for you.])

☐ 在我死後，我希望捐贈我的眼睛、組織及任何器官。我的特別願望是（若有）：(Upon my death, I want to donate my eyes, tissues, and any organs. My specific wishes [if any] are:)

☐ 在我死後，我只希望捐贈下述器官、組織或身體部位：(Upon my death, I only wish to donate the following organs, tissues, or body parts:)

☐ 我不希望捐贈我的眼睛、組織及/或器官。(I DO NOT want to donate my eyes, tissues, and/or organs.)

全名 (Full name) : _____

醫療記錄編號 (Medical Record #) : _____

第四部份、我的希望和意願（可選擇是否填寫）(My Hopes and Wishes [Optional])

4.如果您希望捐贈遺體供研究之用，必須事先做出安排：(If you wish to donate your body for research, arrangements must be made in advance:)

組織/機構名稱 (Organization/Institution Name) : _____

電話 (Phone) : _____

第五部份、讓這份文件具有法律效力 (Making This Document Legally Valid)

為了使您的醫護事宜預先授權書在加州具有法律效力，必須由兩位見證人簽名或是在公證人面前確認。請依序採取以下步驟：

1. 選擇以下兩種做兩位一見證人 (Two Witnesses)

或

公證人 (Notary Public)

- 其中一名見證人不能與您有親屬關係（血緣、姻親或收養），也不能有權獲得您任何一部分遺產。
- 您的主要和順位代理人不得以見證人的身分簽名。
- 請當著見證人的面簽名或確認您的簽名。
- 見證人在第11頁上簽名。
- 您第12頁上簽名。

- 您必須當著公證人的面在本文件上簽名。
- 公證人在第12頁上簽名。（跳過第11頁）。
- 您第12頁上簽名。

關於見證人的特別要求 (Special Witness Requirement)

如果您是住在專業護理設施的病人，必須由病人代表或投訴事務專員簽署以下聲明。(If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement.)

STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN:

I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or an ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the California Probate Code.

Signature: _____ Date: _____

全名 (Full name) : _____

醫療記錄編號 (Medical Record #) : _____

本授權書必須由兩名見證人簽名（其中只有一人可與您有親屬關係），或是在公證人面前確認。如果使用公證人，請跳過本頁。

1 見證人聲明 (Statement of Witnesses)

見證人聲明：本人茲聲明如下，若有不實，願按加州法律以偽證罪論處：

- 我本人認識簽署本醫護事宜預先授權書的人士，或簽字人已提供可信證據向我證明其身分。
- 此人當我的面簽名或確認本醫護事宜預先授權書。
- 此人看來心智健全，未受脅迫、詐欺或不當影響。
- 我不是本醫護事宜預先授權書所指定的代理人。
- 我不是此人的保健業者、此人保健業者的員工、社區護理設施負責人、社區護理設施員工、居住式老人護理設施負責人，或居住式老人護理設施員工。

見證人1 (Witness Number One) :

正楷全名 (Print full name) : _____

地址 (Address) : _____

簽名 (Signature) : _____ 日期 (Date) : _____

見證人2 (Witness Number Two) :

正楷全名 (Print full name) : _____

地址 (Address) : _____

簽名 (Signature) : _____ 日期 (Date) : _____

見證人的補充聲明：至少一位見證人必須符合以下要求並且簽署以下聲明 (**ADDITIONAL STATEMENT OF WITNESS**: At least one of the witnesses must meet the following requirements and sign the following declaration) :

1

本人補充聲明如下，若有不實，願按加州法律以偽證罪論處：我與簽署本醫護事宜預先授權書的人士並無血緣、姻親或收養關係，而且就我所知，根據現有遺囑或法律推定，我無權獲得此人死後的任何一部分遺產。

正楷全名 (Print full name) : _____

簽名 (Signature) : _____

日期 (Date) : _____

全名 (Full name) : _____

醫療記錄編號 (Medical Record #) : _____

2

簽名 (SIGNATURE)

我的正楷姓名 (My name printed) : _____

我的簽名 (My Signature) : _____ 日期 (Date) : _____

如果您因肢體障礙無法簽名，任何旨在代表簽名的標示均可接受。(If you are physically unable to sign, any mark you make that you intend to be your signature is acceptable.)

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

1

Notary Public (公證人)

State of California

County of _____

on _____

Date

before me, _____

Name and Title of Officer

personally appeared _____

Name of Signer

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 _____ (Seal)

第六部份、後續步驟 (Next Steps)

填妥醫護事宜預先授權書後，您還應該採取以下步驟。

討論：

- ☐ 與您委託的代理人一起審閱您的健康護理意願（如果先前未曾複審）。確定他/她感到自己能在日後為您執行這項重要的任務。
- ☐ 與其他在您病重或受重傷時可能牽涉的家人和密友談話。確定他們知道誰是您的健康護理代理人以及您的意願為何。

提供副本：

- ☐ 給您的健康護理代理人一份醫護事宜預先授權書副本。
- ☐ 給您的醫生或當地Kaiser Permanente健康教育部一份醫護事宜預先授權書副本。
- ☐ 為自己影印一份副本，放在容易拿到的地方。

隨身攜帶：

- ☐ 當您去醫院或護理院時，請帶一份醫護事宜預先授權書副本，並要求放進您的醫療紀錄中。
- ☐ 每當您將長期出門在外時，請隨身攜帶一份副本。

定期審閱：

- ☐ 每當出現「五D」中任何一項時，請檢視您的健康護理意願：[註：即英文第一個字母均為D的五種情況]
 - 十年 (Decade)** – 每當您開始人生中又一個十年時。
 - 死亡 (Death)** – 每當您經歷親人亡故時。
 - 離婚 (Divorce)** – 每當您離婚或是發生其他重大家庭變故時。
 - 診斷 (Diagnosis)** – 每當您被診斷出罹患重症時。
 - 衰退 (Decline)** – 當您現有健康狀況嚴重衰退或惡化，尤其是生活無法自理時。

更改您的醫護事宜預先授權書：

如果您的意願或健康護理代理人改變，請通知您的保健業者或填寫一份新的醫護事宜預先授權書，知會您的代理人、家人和其他任何持有副本的人，並給Kaiser Permanente一份副本。

全名 (Full name) : _____

醫療記錄編號 (Medical Record #) : _____

本文件的副本已經交給：

- 主要健康護理代理人

全名 (Full name) : _____

電話 (Telephone) : _____

- 第一順位健康護理代理人

全名 (Full name) : _____

電話 (Telephone) : _____

- 第二順位健康護理代理人

全名 (Full name) : _____

電話 (Telephone) : _____

- 保健業者/診所

名稱 (Name) : _____

電話 (Telephone) : _____

- 其他：

姓名 (Name) : _____

電話 (Telephone) : _____



請將一份填妥之醫護事宜預先授權書繳還任何一處Kaiser Permanente健康教育部一份副本
(Return a copy of your completed Advance Health Care Directive to any Kaiser Permanente
Health Education Department) 。

LIFE CARE規劃

我的理念，我的選擇，我的護理

需要更多協助嗎？
kp.org/lifecareplan



本資訊無意作為診斷健康問題之用，也不能取代醫生或其他保健專業人員提供的醫療意見或護理。如果您有久治不愈的健康問題或有其他疑問，請諮詢您的醫生。

© 2013 TPMG, Inc. 保留一切權利。Regional Health Education.
9134000111 (Revised 10/16) RL 10.2