



# 事前護理規劃

我的價值觀，我的選擇，我的醫療護理

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan) (英文)



# 事前護理規劃

我的價值觀,我的選擇,我的醫療護理

全名: \_\_\_\_\_

醫療記錄號碼: \_\_\_\_\_

## 簡介

本醫療護理持久授權委託書和哥倫比亞特區聲明書讓您可以分享您對日後健康護理的價值觀、選擇和意願。這份表格可以用於：

- 指定您所信任的人來代您作健康護理選擇
- 提供有關日後健康護理的書面指示
- 同時指定醫療護理持久授權委託代理人並針對日後的健康護理提供書面指示。
- 擬定哥倫比亞特區聲明書，這是哥倫比亞特區的生前遺囑。此文件可讓您表明您在發生末期健康問題且再也無法自己作醫療決定時對醫療護理的意願。當您的醫生及另外一名醫生宣布您罹患無法治癒且不論是否使用維生診療措施均會導致死亡的疾病時，您的聲明書便開始生效。

**第1部分** 指定健康護理代理人

**第2部分** 讓您有機會可以分享對您來說重要的事項。

**第3部分** 提供有關日後健康護理的書面指示。

**第4部分** 讓您陳述您的希望和意願，指引代理人作出決定。

**第5部分** 讓您的醫療護理持久授權委託書和／或哥倫比亞特區聲明書在哥倫比亞特區具有法律效力。

**第6部分** 協助您準備將您的意願和這份記錄傳達給其他人。

這份持久授權委託書將會取代您在過去所填寫的任何醫護事宜預立醫囑。如果日後您想取消您的持久授權委託書，您可透過口頭或書面方式告知實際代理人、透過口頭或書面方式告知保健業者，或者簽署新的醫療護理持久授權委託書以完成取消手續。如果您指定配偶或同居伴侶作為您的實際代理人，但您的婚姻或同居關係結束了，您配偶或同居伴侶代表您行事的權利將會自動遭到取消。

不論您的精神狀態如何，您均可隨時取消您的聲明書，您可將該聲明書銷毀、燒毀、撕掉或透過其他方式毀壞，或請其他人當著您的面這麼做；您可簽署或請其他人履行已註明日期且簽名的書面撤銷書，該撤銷書將在交給您醫生時生效；或者您可在年滿18歲或18歲以上之見證人在場的情況下透過口頭方式取消您的聲明書，該見證人必須簽署一份口頭撤銷的書面證明並註明日期。口頭撤銷將在傳達給您醫生之後開始生效。

全名: \_\_\_\_\_

醫療記錄號碼: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

通訊地址: \_\_\_\_\_

住家電話: \_\_\_\_\_ 手機: \_\_\_\_\_

工作電話: \_\_\_\_\_ 電子郵件: \_\_\_\_\_



## 第1部分:持久授權委託代理人(健康護理代理人)

**選擇健康護理代理人:**選擇一位十分瞭解您、您相信其將會實現您的觀點和價值觀,並且能夠在充滿壓力的時刻作出困難選擇的人。在您選出健康護理代理人之後,請花時間與該人士討論您的觀點和醫療護理目標。

此份授權書將在委託人喪失行為能力時開始生效,且不應受到委託人後續喪失行為能力的影響。

如果我無法選擇健康護理或者無法傳達我對健康護理的選擇,且我的醫生及另外一名保健專業人員(臨床心理醫生或精神科醫生)透過書面方式宣布我無法在資訊充足的情況下決定自己的醫療護理,則我選擇由下列人士履行我的意願並代我作健康護理決定。

我的健康護理代理人所選擇的健康護理必須符合我在本文件中所提供的指示以及我的已知意願。如果我的代理人不知道我的意願,其必須就其對我個人價值觀的瞭解作出其認為最符合我利益的健康護理選擇。

本授權書並未授權我的健康護理代理人作出財務或其他商業方面的決定。

### 我的主要健康護理代理人是:

全名: \_\_\_\_\_ 與我的關係: \_\_\_\_\_

住家電話: \_\_\_\_\_ 手機: \_\_\_\_\_

工作電話: \_\_\_\_\_ 電子郵件: \_\_\_\_\_

通訊地址: \_\_\_\_\_

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意或無法代我作健康護理決定,或者保健業者無法與我的代理人取得聯繫以作出健康護理決定,我指定以下人士作為我的第一和第二順位替代代理人。

### 第一順位替代健康護理代理人:

全名: \_\_\_\_\_ 與我的關係: \_\_\_\_\_

住家電話: \_\_\_\_\_ 手機: \_\_\_\_\_

工作電話: \_\_\_\_\_ 電子郵件: \_\_\_\_\_

通訊地址: \_\_\_\_\_

### 第二順位替代健康護理代理人:

全名: \_\_\_\_\_ 與我的關係: \_\_\_\_\_

住家電話: \_\_\_\_\_ 手機: \_\_\_\_\_

工作電話: \_\_\_\_\_ 電子郵件: \_\_\_\_\_

通訊地址: \_\_\_\_\_



## 事前護理規劃

我的價值觀,我的選擇,我的醫療護理

全名: \_\_\_\_\_

醫療記錄號碼: \_\_\_\_\_

### 健康護理代理人的權力:

**除非我另有說明,否則當我無法自己發言或自己作選擇時,我的健康護理代理人具有以下權力:**

- A. 替我作出與我健康護理有關的選擇。其中包括與檢測、藥物和手術有關的選擇。另外也包括決定是否提供或停止所有形式的維生健康護理以及管餵和靜脈 (Intravenous, IV) 輸液。
- B. 在必要時檢視及披露我的健康記錄以作決定。
- C. 決定由哪位醫生、保健業者及哪個組織提供我的健康護理。
- D. 安排並選擇捐贈全身、器官、組織和/或眼睛以進行研究和教育用途。

### 健康護理代理人所擁有的其他權力:

如果您指定配偶或同居伴侶作為您的代理人且您希望其在您的婚姻或同居伴侶關係結束之後繼續擔任您的代理人,請勾選下方的方框:

- 即使我們的婚姻或同居伴侶關係已解除、失效或結束,我仍希望我的代理人繼續擔任我的健康護理代理人。

請為上一欄提供任何補充說明或限制條件。(例如,您可以指定哪些人可以或不可以代表您參與決策。您也可以具體說明您不希望代理人作出的選擇。)必要時可附加額外頁面。



## 第2部分:我的價值觀

我希望我的代理人和親人瞭解什麼對我來說最為重要,這樣他們才能根據我的為人以及對我來說重要的事項選擇我的健康護理。

為了讓您知道什麼對我來說最為重要,我想告訴您一些關於我的事情,例如我喜歡如何消磨時間,我喜歡和誰相處,以及我喜歡做些什麼。我還想告訴您在什麼情況下活著對我來說已不再有意義。

**1. 如果我有非常美好的一天,我會做以下事情:**

**2. 對我來說最重要的是:**

**3. 如果我無法做到以下事項,活著便不再有意義:**



## 第3部分:我的健康護理指示:我的選擇,我的醫療護理

在下述情況下,我們請您考慮一件突發事件。只要能力許可,您永遠可以自己發言;但是在下述情況下,想想如果您無法自己發言,您希望怎麼做。

如果我變得無法溝通或自己作選擇,我會請我的健康護理代理人履行下列選擇,並請我的醫生和保健團隊尊重這些選擇。如果我的健康護理代理人或替代代理人不在或無法代我作選擇,這份文件即代表我的意願。

**注意:**如果您選擇不提供書面指示,您的健康護理代理人將會根據您的口頭意願作選擇。如果您的意願不明,您的代理人將會根據您的價值觀作出其認為最符合您利益的選擇。

### 1. 延長壽命的醫療護理

請考慮下述情況:

您發生意外或中風。

醫生認定您有腦部損傷,導致您不認得自己或是您的親人。醫生已告知您的代理人和/或家人,預計您不會恢復這些能力。需要維生治療來維持您的生命,例如呼吸器(即呼吸機)或是餵食管。在此情況下,您希望怎麼做?

我希望能夠感到舒適且:

請選擇  
一項

- 我希望停止維生治療。我知道這可能會導致我比繼續接受維生醫療護理時更快死亡。
- 我希望繼續接受維生治療以盡可能延長壽命。

請提供有關維生治療的任何其他指示。例如,您可能可以表明,如果您的健康狀況沒有變化,您希望維持生命多長時間。



## 2. CPR (心肺復甦術)

心肺復甦術 (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR) 的目的是要試圖在您心跳和呼吸停止時讓您復活。其中可能包括胸部按壓(用力按壓胸部使心臟收縮)、藥物、電擊和呼吸管。

您可選擇是否要進行CPR。CPR可以拯救生命,但CPR不如大多數人認為地有幫助。對於健康的成人,若在幾分鐘之內儘快施行CPR,效果最佳。進行CPR時可能會造成肋骨斷裂、肺部穿刺或是因為缺氧而導致腦部損傷。\* 如果您需要與CPR有關的進一步資訊,請索取名為**CPR: My Choice** (心肺復甦術:我的選擇)的手冊。

### 如果您的心跳和呼吸停止,您希望怎麼做?

- 請選擇一項
- 我一定要嘗試進行CPR。
  - 我絕不要嘗試進行CPR,我希望可以自然死亡。†
  - 我希望嘗試進行CPR,除非為我治療的醫生認定有以下任何一種情形:
    - 我的疾病或傷勢已無法治癒且我已瀕臨死亡;或是
    - 如果我的心跳或呼吸停止,我將沒有存活的機率;或是
    - 如果我的心跳或呼吸停止,我的生存機率很低且CPR將會導致劇烈疼痛。

\* 研究顯示,如果您在醫院接受CPR,急救成功而讓您活著出院的機率為22%。

Ehlenbach, W., Barnato, A. E., Curtis, J. R.等人 (2009)。Epidemiologic study of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the elderly。 *New England Journal of Medicine*, 361:22-31。Girotra, S., Brahmajee K., Nallamotheu, M.D.等人 (2012)。Trends in survival after cardiac arrest。 *New England Journal of Medicine*, 167:1912-20。

† 如果您確定您不想接受CPR,請與醫生討論您可能需要填寫的其他文件。



## 第4部分:我的希望和意願(選填)

### 1. 我對希望自己在何處死亡的想法和感受:

### 2. 我希望親人知道,如果我瀕臨死亡,我希望得到以下安慰和支持(禱告、儀式、音樂等):

### 3. 宗教或精神歸屬:

我信奉\_\_\_\_\_ ,且我是\_\_\_\_\_ (宗教/心靈團體)的成員,地點在\_\_\_\_\_ (城市),電話號碼是\_\_\_\_\_。如果我病情嚴重或瀕臨死亡,我希望代理人通知他們。若有可能,我希望我的喪禮有以下安排(來賓、音樂、儀式等):

### 4. 其他意願/指示:

### 器官捐贈

如果您有意在死亡時捐贈器官,您可以在取得或更新駕駛執照時表明您的捐贈者身分,或者透過 <https://www.donatelifedc.org/> 網站上的捐贈者登記名冊進行登記。



## 第5部分：讓這份文件具有法律效力

### 醫療護理持久授權委託書

我打算利用本文件來建立醫療護理持久授權委託書，如果我無法選擇自己的健康護理，本文件即應生效且應在不具有行為能力的期間持續有效。

我的實際代理人應按照我在前面所述的方式或按照我告知實際代理人的一些其他方式作出健康護理選擇。

本人在下方簽名即代表本人瞭解本文件的目的與效力：

正楷全名： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_



# 事前護理規劃

我的價值觀,我的選擇,我的醫療護理

全名: \_\_\_\_\_

醫療記錄號碼: \_\_\_\_\_

若要使您的醫療護理持久授權委託書在哥倫比亞特區具有法律效力,此授權書必須由兩名成人見證人簽名(見證人將在第9頁簽名)。

## 兩名見證人

您本人、您的保健業者或保健業者的工作人員不得擔任您簽署醫療護理持久授權委託書的見證人。至少要有一名見證人不能與您有親屬關係(血親、姻親或收養),也不能有權獲得您任何一部分遺產。

### 見證人聲明:

本人證明,本人認識簽署或確認收到本文件的人士,該人士是在本人在場的情況下簽署或確認收到本醫療護理持久授權委託書,且該人士看似心智健全且沒有受到威脅、詐欺或不當暴力。本人不是本文件選定的實際代理人,本人也不是委託人的保健業者或委託人之保健業者的員工。

### 第一名見證人:

正楷全名: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

### 第二名見證人:

正楷全名: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

### (下列聲明也應由至少一名見證人簽署)

本人進一步證明,本人與委託人沒有血親、姻親或領養關係,且根據現有遺囑或法律的施行,本人沒有權利獲得委託人任何一部分的遺產。

簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_



# 事前護理規劃

我的價值觀，我的選擇，我的醫療護理

全名： \_\_\_\_\_

醫療記錄號碼： \_\_\_\_\_

## 哥倫比亞特區聲明

下列任何人士均不得擔任您簽署聲明書的見證人：代您簽名的人士、您的親屬（血親、姻親、領養或同居伴侶）、將可繼承您任何一部分之遺產的人士、負責支付您醫療護理費用的人士、您的主治醫生或主治醫生的員工、您就診之保健設施的員工。如果您是在專業護理院中接受中級醫療護理的病人，您的其中一名見證人必須是病人代表或投訴處理專員。

聲明書擬定於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日。

(年份)

(月份、日期)

本人 \_\_\_\_\_

(姓名)

心智健全、出於自願及自由意志表明本人不希望在下述情況下以人工方式延後本人死亡時間的意願，並特此聲明：如果我在任何時候發生無法治癒的傷勢或疾病，且兩名曾親自為我進行檢查的醫生（其中一名醫生應是我的主治醫生）宣布病況已屬於末期，且醫生判定不論是否使用維生方式均會導致我死亡，同時使用維生診療措施僅是為了透過人工方式延長死亡的過程，則我指示停止使用或取消此類方式，並准許讓我自然死亡，且僅使用必要的藥物或僅進行必要的醫療診療來讓我感到舒適或減輕疼痛。

若我沒有能力針對此類維生方式的使用提供指示，我的計劃是，我的家人和醫生應根據我最後所表達拒絕接受醫學或手術治療的法律權利履行本聲明書，並接受此拒絕治療所造成的後果。

我充分瞭解本聲明書的重要性，且我在情緒和心智方面擁有足夠能力可以作出此聲明。

簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

我認為聲明人的心智健全。我沒有替聲明人或在聲明人的指示下在上方簽署聲明人的簽名。我已至少年滿18歲，且我與聲明人沒有血親、姻親、領養或同居伴侶等親屬關係，根據哥倫比亞特區的無遺囑繼承法律規定或根據聲明人的任何遺囑或遺囑附錄，我也沒有權利獲得聲明人任何一部分的遺產，我也無需為聲明人的醫療護理費用負直接的責任。我不是聲明人的主治醫生、主治醫生的員工或聲明人就診之保健設施的員工。

見證人： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

見證人： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_



## 第6部分:後續步驟

現在您已填妥醫護事宜預立醫囑,您還應該採取以下步驟。

### 討論:

1. 與您委託的代理人一起檢視您的健康護理意願(如果您還沒有這樣做)。確認其認為自己能在日後為您執行這項重要的任務。
2. 與在您生重病或受重傷時可能參與其中的其他家人和好友討論。確認他們知道誰是您的健康護理代理人以及您的意願有哪些。

### 提供副本:

1. 為您的健康護理代理人提供一份醫護事宜預立醫囑的副本。
2. 為您的醫生或您當地的Kaiser Permanente醫療記錄部提供一份醫護事宜預立醫囑的副本。
3. 為自己影印一份副本,並存放在容易找到的地方。

### 隨身攜帶:

1. 如果您前往醫院或護理院,請攜帶一份醫護事宜預立醫囑的副本,並要求將其納入您的健康記錄中。
2. 每當您要長期外出時,均請隨身攜帶一份副本。

### 經常檢視內容:

1. 每當出現下列五種情況中的任何一種情況時,均請檢視您的健康護理意願:

**十年** — 當您的人生又一個新的十年開始時

**死亡** — 當您經歷親人死亡時

**離婚** — 當您經歷離婚或其他重大家庭變故時

**確診** — 當您確診嚴重疾病時

**健康狀況下降** — 當您感到健康狀況嚴重下降或惡化,尤其是當您無法自己獨立生活時

### 修改您的醫護事宜預立醫囑:

如果您的意願改變,請填寫一份新的醫護事宜預立醫囑,告知您的代理人和家人,並提供一份副本給Kaiser Permanente。

### 本文件的副本已經交給:

- 主要健康護理代理人 全名: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_
- 第1順位替代健康護理代理人 全名: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_
- 第2順位替代健康護理代理人 全名: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_
- 保健業者/診所 名稱: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_
- 其他: 姓名: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_



**備註：**

**備註：**

# 事前護理規劃

我的價值觀，我的選擇，我的醫療護理

需要進一步協助嗎？  
[kp.org/lifecareplan](https://kp.org/lifecareplan)

[kp.org](https://kp.org) (英文)

