

# 醫護事宜預立指示 LIFE CARE 規劃

我的價值觀、我的選擇、我的護理



請記得：

- ① 本文件須經見證或公證
- ② 簽署姓名和日期
- ③ 繳回KP一份副本

## 簡介

什麼是醫護事宜  
預立指示？

**醫護事宜預立指示 (Advance Health Care Directive) 是一份法律文件，其可允許您：**

- 選擇一個人代表您做出健康護理決定（您的「健康護理代理人」）。
- 提供當您無法就自己的健康護理做出決定時，對健康護理意願的指導意見。

**本文件的所有部分均為選填。您可以自行選擇填寫哪些部分。** 但是要求您親自簽名和註明日期，並須經見證或公證。您可以隨時填寫一份新的文件，以更新醫護事宜預立指示中的任何優先選擇。您有權隨時取消或更換新的醫護事宜預立指示。新的醫護事宜預立指示將取代您過去填寫的任何醫護事宜預立指示（如果它們有所不同）。

本文件為您的健康護理代理人和健康護理團隊提供指引。醫護事宜預立醫囑不會向急救人員表明您在醫療急診情況下想要接受何種治療。

醫護事宜預立指示  
為什麼很重要？

**您有權表達對自己健康護理的優先選擇。**

**醫護事宜預立指示讓您有機會決定您的醫療護理。您以文字記載的意願將作為您的健康護理代理人 and 醫療團隊的指導準則。**

**身患重病或生命垂危者也可藉助與醫療護理團隊的談話，討論是否需要其他文件來指引醫療護理。**

誰可以擬定醫護  
事宜預立指示？

**年滿18歲人士，無論其健康狀況如何，都應考慮完成醫護事宜預立指示。**

其他參考資料

**Life Care 規劃**  
我的價值觀、我的選擇、我的護理

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

這份文件包含什麼內容？

Kaiser Permanente 醫護事宜預立指示有五個需要填寫的部分，包括如何使其具有法律效力的部分：

### 第1部分：選擇我的健康護理代理人

您可以指定某人替您做出健康護理決定。

### 第2部份：我的價值觀和信仰

讓您有機會思考並分享您的價值觀、信仰和醫療護理偏好。我們建議您完成此部份，因為其將幫助您考慮怎樣填寫本文件的其他部分。

### 第3部份：我的健康護理優先選擇

讓您以文字記載您的健康護理優先選擇。

### 第4部份：臨終資訊

讓您有機會表達任何死後願望，例如器官捐贈、葬禮願望或任何文化或宗教臨終儀式。

### 第5部份：使文件具有法律效力

讓您的醫護事宜預立指示在加州具有法律效力。

### 後續步驟

包括一份審核清單，指導您如何與他人分享您的優先選擇及本文件。

本醫護事宜預立指示屬於：

法定全名： \_\_\_\_\_

慣用姓名： \_\_\_\_\_

醫療紀錄編號： \_\_\_\_\_

郵寄地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵遞區號： \_\_\_\_\_

家庭電話： \_\_\_\_\_ 手機： \_\_\_\_\_

工作電話： \_\_\_\_\_ 電郵地址： \_\_\_\_\_

## 第1部份

選擇您的健康護理代理人，也就意味著要與其分享您的價值觀和信仰，並向其告知如果您無法自己做出決定，您希望接受何種醫療護理。

## 選擇我的健康護理代理人

此部分可讓您指定您信任的人立即為您作出健康護理決定，或在您的醫生確定您無法自行作出健康護理決定時為您作出決定。

您的指定健康護理代理人將根據您已向其表達的優先選擇，或基於其對您個人價值觀和信仰的瞭解，以其認為符合您最大利益的方式，代替您作出健康護理決定。

請告知您的代理人對您而言最重要的是什麼，並確定其感到自己能夠勝任這一角色。請務必讓您的朋友和親人知道您選擇了誰來充當您的代理人以及選擇此人的理由。

有時，配偶或家人可能是最好的選擇，或者有時親近的朋友是最佳選擇。您心中最為清楚。

一名合適的健康護理代理人具備以下特點：

- 願意且能夠履行此職責；
- 充分瞭解您的價值觀和信仰；
- 願意尊重並表達您的優先選擇，即使這些選擇與他們自己的選擇不同；
- 不會害怕提出問題和代表您發言，即使這違反慣例或其他親人的意願；
- 能夠在壓力下坦然做出決定；並且
- 隨著時間的推移，繼續跟您確認您的優先選擇。

您也可以在本醫護事宜預立指示中說明，選擇授權健康護理代理人立即為您作出決定。

如果您與您指定的健康護理代理人解除、廢除或終止婚姻或同居伴侶關係，您的健康護理代理人指定將被撤銷，除非您再次填寫本表並指定該人為您的健康護理代理人。

您的健康護理代理人不能是您接受醫護服務的社區醫護服務機構或住宿醫護服務機構的經營者或員工，也不能是您的主管保健服務提供者或您接受醫護服務場所的員工，除非此人與您有親屬關係或為您的同事。

本文件並未授權您的代理人為您作出財務或其他業務方面的決定。

姓名： \_\_\_\_\_  
醫療紀錄編號： \_\_\_\_\_

請與您的代理人  
談論擔任此角色  
可能需要承擔的  
各種責任。請使用  
本醫囑以及第1  
部分的問題引導  
談話。

### 當本人對健康護理代理人的授權生效時：

#### 本人的代理人可以為本人作出以下相關決定，除非本人對其權力有所限制：

- 同意或拒絕任何旨在維持、診斷或以其他方式影響身體或精神狀況的護理、治療、服務或手術；
- 選擇或解僱保健業者，以及決定本人接受護理的地點；
- 批准或拒絕診斷性檢查、外科手術和藥物治療方案；
- 決定提供、不提供或停止用於維持本人生命的任何形式的維生治療；以及
- 安排和決定本人身故後的遺體處理（包括屍檢、器官捐贈以及本人遺體的處置）。

**如果本人希望限制健康護理代理人的授權**，本人將會在下面具體規定有哪些健康護理決定本人**不希望**代理人為本人作出。本人還可以列出本人**不希望**其參與本人健康護理決定的人的名字。

本人不希望本人的健康護理代理人...

選擇一名基本健康護理代理人。

本人選擇以下個人為本人的主要健康護理代理人，以在本人無法作出自己的健康護理決定時為本人作出健康護理決定，或者**如果本人在此處簽署姓名首字母 \_\_\_\_\_**，即表示本人希望本人的健康護理代理人能夠立即為本人做出健康護理決定。

#### 本人的主要健康護理代理人：

姓名： \_\_\_\_\_ 關係： \_\_\_\_\_

郵寄地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵遞區號： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_ 電郵地址： \_\_\_\_\_

# LIFE CARE 規劃

我的價值觀、我的選擇、我的護理

姓名：\_\_\_\_\_

醫療紀錄編號：\_\_\_\_\_

建議填寫此部分，但仍屬選填。如果您不想選擇替代的健康護理代理人，請前往下一頁。

如果本人的主要健康護理代理人不願、不能或有合理的原因無法為本人作出健康護理決定，本人選擇以下個人作為本人的第一和第二順位健康護理代理人。

## 第一順位替代健康護理代理人：

姓名：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

郵寄地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_ 電郵地址：\_\_\_\_\_

## 第二順位替代健康護理代理人：

姓名：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

郵寄地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_ 電郵地址：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_

醫療紀錄編號：\_\_\_\_\_

## 第2部份

完成**我的價值觀和信仰**章節，以表明您生命中最重要事情。請從容回答這些問題，因為它們將幫助您思考如何填寫本文件的第2部分和第3部分。

想想您最珍惜的是什麼。生活品質對您來說意味著什麼？您希望為您做決定的人知道什麼對您很重要？

## 我的價值觀和信仰

本部分讓您思考，如果您無法自行作出健康護理決定，對您而言，怎樣才是良好的生活品質。這是本文件其餘部分的基礎。

**必須瞭解和思考什麼是自己生活中最重要的，這樣您才能做出符合您的自我認知和您對生活要素的看法的健康護理決定。對於您的健康護理代理人而言，瞭解您的價值觀以及對您而言最重要的事，同樣至關重要。**

請查看並回答以下問題：

我想透過分享對我來說最重要的事情來指引我的健康護理代理人。

勾選所有適用項，並在下方空白處提供進一步描述（如有需要）。

### 1. 對我的生活而言，最重要的是：

- 從事體能活動
- 參與社交活動
- 生活自理
- 工作和/或從事志工服務
- 與朋友和家人共度時光
- 自己做決定
- 參與社區活動
- 參加愛好和/或熱衷的活動
- 參與精神和/或宗教活動
- 其他

**為什麼這些能力對我保持良好的生活品質至關重要。**

這些能力對我來說很重要，因為...

# LIFE CARE 規劃

我的價值觀、我的選擇、我的護理

姓名：\_\_\_\_\_

醫療紀錄編號：\_\_\_\_\_

**2. 如果我受到了嚴重的傷害或身患無法治癒的疾病，並且我的餘生處於以下情況，那麼我會認為不值得再繼續活下去：（勾選所有適用項）**

- 我無法認出我的朋友和家人。
- 我無法理解他人或以有意義的方式與他人溝通。
- 我無法清晰思考或自行作出決定。
- 我無法進食、洗澡或照顧自己。
- 如果不依靠生命維持設備，我就活不下去。
- 不確定。

**以下是我想分享的關於上述問題2的其他想法：**

僅在該陳述與您有關的情況下回答。

**我的信仰/精神、文化、信仰體系將如何影響我的健康護理？這對我來說有多重要？**

對我來說，重要的是...

姓名： \_\_\_\_\_  
醫療紀錄編號： \_\_\_\_\_

## 選擇「我的健康護理優先選擇」

此部分連同第2部分「我的價值觀和信仰」描述了我的優先選擇，以指引我的醫生及健康護理代理人在我自己無法作出健康護理決定，以及因病或因傷而器官無法保持健康及康復的情況下，為我作出醫療決定。

### 第3部分

選擇您的健康護理偏好可能會令您感到不適，但是在您健康時表達此類偏好，可以讓您在自己可能無法表達意願時為自己發聲。

我請我的健康護理代理人表達我的以下健康護理優先選擇。

我知道我的醫生和醫護團隊將一起做出決定，我的醫生和醫護團隊將考慮我的價值觀和信仰以及我的以下健康護理優先選擇。

**請注意：**透過在本醫囑中以文字記載您的健康護理優先選擇，您的健康護理代理人及醫生可以基於您所寫的文字，而不是透過猜測、假設或記憶做出決定。請與您的健康護理代理人及醫生討論您的優先選擇和價值觀及信仰。

**當您患有嚴重疾病或受傷，導致您的器官開始衰竭時，治療可能**包括手術、設備/機器或藥物來人為支持器官；這通常被稱為生命維持措施。

如果現在不想要心肺復甦(CPR)或其他生命維持措施，請與您的醫生討論。填寫維生措施醫囑 (Physician Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) 表格對您會有好處。

**定義：**

- **心肺復甦 (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR)：**在您的心跳或呼吸停止時，用於恢復您的心跳。
- **呼吸機：**在您的肺部停止運作時，此機器能幫助您呼吸。將從口腔或頸部的切口插入一根導管至呼吸道。導管另一端連接著該機器。
- **餵食管 (人工送入營養)：**將一根塑膠管透過小切口放入鼻子內或胃中。此塑膠管會為您輸送食物和水。
- **腎透析機：**在您的腎臟停止運行時，此機器可用於排出血液中的毒素。
- **輸血：**在此過程中，血液或血液製品會透過插入您手臂靜脈的狹窄導管被輸送至您的身體中。
- **選擇不採用這些措施意味著讓自然死亡發生。**這意味著如果您的心臟停止跳動或呼吸停止，將不會採取任何醫療措施來重新啟動呼吸或心臟功能。

## LIFE CARE 規劃

我的價值觀、我的選擇、我的護理

姓名：\_\_\_\_\_

醫療紀錄編號：\_\_\_\_\_

請考慮以下場景：我的健康護理代理人被要求為我作出醫療決定，因為我患有無法康復的嚴重醫療狀況或疾病，我無法恢復對我來說很重要的能力，我無法自己作出健康護理決定，並且我的器官正在衰竭，我需要接受生命維持措施。

從以下選項中選擇一個：

A. 做出您的健康護理優先選擇時請考慮以下因素：

\_\_\_ **我不想接受任何生命維持措施。**我不想開始任何生命維持措施，和/或我想停止之前已經開始的生命維持措施。我寧願自然死亡，並注重自己的舒適感。

\_\_\_ **我想有限地嘗試生命維持措施，但如果這些手段不能幫助我恢復並且我康復的希望渺茫，那麼我不想繼續這些措施。**

\_\_\_ **我希望開始或繼續接受生命維持措施，即使這意味著我可能會在餘生中依靠這些措施存活。**

\_\_\_ **我希望我的健康護理代理人根據我的價值觀和信仰作出關於為我使用生命維持措施的決定。**

我優先選擇接受的試驗期和生命維持措施是...因為我的目標是...

僅在該部分與您有關的情況下回答。

如果我有與特定病症相關的其他優先選擇(例如晚期失智症、末期癌症)，我會將其寫在此處或在此表格中附加另頁。我這樣做是為了表明我想要什麼或不想要什麼，以及是在什麼情況下。

姓名：\_\_\_\_\_

醫療紀錄編號：\_\_\_\_\_

## 臨終資訊

此選填部分將讓您以文字記載您的優先選擇：您希望在什麼環境中死亡、身故後您希望如何處理您的遺體，以及您希望的葬禮、追悼會或下葬方式。您也可以文字記載您對器官捐贈的優先選項。

### 第4部分

以文字記載您的臨終資訊可能很感困難，但這將幫助您的親人在情感艱難之時遵照您的意願行事。

以文字記載您對亡故及身後事宜的優先選擇，將有助於您的親朋好友瞭解什麼對您來說是最重要的。請花一點時間思考這些問題，參考前面的第1部分：「我的價值觀和信仰」或許會對您有幫助。

**請注意：**此為選填部分。如果您回答這些問題有困難或無法回答全部問題，請寫下您所知道的答案，然後繼續往下填寫。

請選擇一個選項，並在下面的空白處描述更多資訊。

1. 如果我的生命走到了盡頭，可以選擇在何處死去，我會選擇：

- 在家裡
- 不在家裡
- 不確定
- 其他

我對自己想在何處死去的優先選擇是...

2. 如果我的生命即將結束，對我來說，身邊有以下事物（如儀式、精神支持、人、音樂、食物、寵物等）非常重要：

我的優先選擇是...

# LIFE CARE 規劃

我的價值觀、我的選擇、我的護理

姓名：\_\_\_\_\_

醫療紀錄編號：\_\_\_\_\_

由您和您的親人負責做出本部分中所述的安排。

### 3. 在我死後，以下是我對如何處理我的遺體的偏好（葬禮、追悼會、埋葬等），其中包括我可能擁有的任何宗教或精神願望：

我的優先選擇是...

選擇一個器官捐贈選項。

### 4. 我希望在我身故後捐贈我的器官、組織及其他身體部分。

是

透過勾選上述方框，無論我在第3部分「我在生命結束時的健康護理優先選擇」中作何選擇，我都授權我的健康護理代理人出於捐贈的目的，同意對我進行僅為評估和維持我的器官、組織和/或其他身體部分所必要的任何臨時手術程序。

請盡量多地選擇適用的選項。

我希望捐贈我的器官用作以下目的：

移植  研究

治療  教育

如果我想以任何方式限制我的器官、組織或部位捐贈，我將在下面表明我的限制：

我希望限制...

否

不確定

**即使我將這部分留白，也不意味著拒絕捐贈。**應該遵照我在州授權的捐贈者登記，或者，如果沒有登記，我的健康護理代理人可以在我身故後決定捐贈。如果未指明健康護理代理人，我認可加州法律允許授權的個人代表我作出此類決定。

姓名： \_\_\_\_\_  
醫療紀錄編號： \_\_\_\_\_

## 第5部分

使本文件在法律上生效可以確保您在本AHCD上所做的指示和想法具有法律效力。

注意：您可以隨時更新您在AHCD中的優先選擇。

## 使本文件具有法律效力

此部份讓您的醫護事宜預立指示 (AHCD) 在加州具有法律效力。如果您想要本文件具有法律效力，您必須當著兩名證人的面簽名並註明日期或確認您的簽名，或者必須在公證人面前確認簽名。

請在本頁底部簽名，並選擇以下其中一項，使得本文件在加州具有法律效力。

### 兩名見證人

- 至少其中一名見證人**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。
- 您的**主要和順位健康護理代理人不得以見證人的身分簽名**。
- 您接受醫護服務的場所的經營者或員工和/或您的**保健服務提供者或您的保健服務提供者的員工不能作為見證人簽名**。
- 您在見證人面前簽名或確認您的簽名。
- 請注意，這意味著您的見證人必須在同一天或比您晚的日期簽名並註明日期。
- 見證人將在第14頁簽名。

或

### 公證人

- 除非當著公證人的面，**否則不要在此文件上簽名**。
- 公證人將在第15頁上簽名。

您在此簽名

請繼續！為了使本文件在加州具有法律效力，必須經過見證或公證。

### 我的簽名

本人正楷姓名

我的簽名

日期

如果您因身體障礙無法簽名，任何意在代表您簽名的標記均可接受。

請繼續查看下一頁，以瞭解見證和公證要求。

# LIFE CARE 規劃

我的價值觀、我的選擇、我的護理

姓名：\_\_\_\_\_

醫療紀錄編號：\_\_\_\_\_

選擇  
兩名見證人。

我選擇兩名見證人，以使本文件在加州具有法律效力。

**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接受處罰：**(1) 本人認識簽署或承認此份醫護事宜預立指示 (AHCD) 的人士，或者此人已透過可信證據向本人證明了身分；(2) 此人在本人在場的情況下簽署或承認此份醫護事宜預立醫囑；(3) 此人看起來心智健全，沒有受到脅迫、欺詐或不當的影響；(4) 本人不是此份 AHCD 指定的代理人，以及 (5) 本人不是該個人的保健服務提供者、該個人的保健服務提供者的僱員、該個人正在接受醫護服務的社區醫護服務設施或住宿醫護服務設施的經營者或僱員（但請注意，如果本人與該個人有親屬關係或是該個人的同事，則不違背第 (5) 條）。

## 見證人1：

姓名

地址

簽名

日期

## 見證人2：

姓名

地址

簽名

日期

**見證人補充聲明：**上述見證人中至少有一人還須簽署以下聲明：**本人補充聲明如下，若有不實，願按加州法律以偽證罪接受處罰：**本人與簽署本AHCD的人士並無血親、姻親或收養關係，而且就本人所知，根據現有遺囑或法律推定，本人無權在此人身故後獲得其任何遺產。

簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

見證人1簽名。

1

注意：您的健康護理代理人不得作為見證人。

見證人2簽名。

2

按照法律規定，其中一名見證人不得是您的親屬。

姓名：\_\_\_\_\_

醫療紀錄編號：\_\_\_\_\_

僅在該部分與您有關的情況下簽名。

#### 關於見證人的特殊要求

如果您是住在專業護理設施的患者，患者代表或投訴事務專員必須簽署以下聲明。

**患者代表或投訴事務專員聲明：本人茲聲明如下，若有不實，願按加州法律以偽證罪接受處罰：本人是加州老年事務部 (State Department of Aging) 指定的患者代表或投訴處理專員，現根據《加州遺囑認證法》(California Probate Code) 第4675條規定擔任見證人。**

簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_



選擇一名公證人。

我選擇公證人公證本文件，使其在加州具有法律效力。

#### 確認函

公證人或其他填寫此份證明的官員只負責驗證本證明所附文件的簽署人身分，而不負責驗證文件的真實性、準確性或有效性。

加利福尼亞州

縣 \_\_\_\_\_

於 \_\_\_\_\_ ，在本人 \_\_\_\_\_ 鑒證下，

(日期)

(填入官員的姓名及職稱)

(簽署人姓名) \_\_\_\_\_

出示充分證據向本人證明其為文件中所述姓名本人，並向本人確認其具有簽署本文件的能力，而且透過其在本文件上的簽名，其或由其代表行事之實體即宣告本文件生效。

**本人謹證明以上段落真實無誤，若有不實，願按加州法律以偽證罪接受處罰。**

以本人的簽名和公章為證。

簽名 \_\_\_\_\_ (蓋章)

# LIFE CARE 規劃

我的價值觀、我的選擇、我的護理

姓名：\_\_\_\_\_

醫療紀錄編號：\_\_\_\_\_

## 後續步驟

現在您已經完成了醫護事宜預立指示 (AHCD)，請使用此審核清單來確保您將獲得適合您的醫護服務。

### 提供您的AHCD副本

- 給您的健康護理代理人；
- 透過kp.org (英文網頁) 上傳給您的醫生或交到您當地的Kaiser Permanente健康教育部 (Health Education Department)；並且
- 請自己保留一份副本。

### 討論您的AHCD

- 與您的健康護理代理人討論您的價值觀、信仰和您的健康護理偏好。依據您的AHCD來進行談話，並確定他們感到自己能夠擔任此角色。
- 務必讓您的朋友和親人知道您選擇的健康護理代理人，以及您的健康護理優先選擇和理由。

### 請隨身攜帶您的AHCD

- 當您去醫院或護理院時，請隨身攜帶一份您的AHCD副本，並要求放進您的醫療紀錄中。

### 定期審閱您的AHCD

每當您遇到以下「五個D」，即英文以字母D起首的五種情況中的任何一種時，請查看您的AHCD：

- 十年 (Decade)：開始人生中又一個新的十年時。
- 死亡 (Death)：親人去世時。
- 離婚 (Divorce)：發生離婚或其他重大家庭變故時。
- 確診 (Diagnosis)：診斷出嚴重疾病時。
- 衰退 (Decline)：既有的病症嚴重惡化，尤其是生活無法自理時。

**注意：**您可以隨時取消或更換此AHCD。隨著您的生活或健康狀況發生變化，您可以更改您的健康護理代理人以及您的醫療和其他優先選擇。



本資訊無意診斷健康問題，也不能取代您的醫生或其他醫療專業人員提供的醫療意見或護理。如果您有久治不癒的病症或其他問題，請諮詢您的醫生。如果您對藥物有任何疑問或需要更多資訊，請諮詢您的藥劑師。

© 2024, The Permanente Medical Group, Inc. All rights reserved. Health Engagement Consulting Services.  
9134000111 (Revised 05/24) Advance Health Care Directive - Life Care Planning (LCP) (Chinese)