

# ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

## 醫護事前指示

### 說明 INSTRUCTIONS

本表格的第一部份是萬一在您失去能力為自己做出決定的情況下，先讓您指定一個人來作您醫護決定上的代理人，或者倘若您希望別人立即開始為您做出這些決定雖然您目前仍有能力勝任。您也可以指定一位後補代理人，倘若您的第一代理人選不願意，不能夠，或在合理情況下不能在場為您做醫護決定時，該後補代理人可以替您作決定。

您的代理人不能是社區護理中心或您正在接受護理的住宿護理中心的經營者或職員，或您正在接受護理的醫護機構的醫護管理人員或職員，除非您的代理人與您有親屬關係或是同事。

除非您在此表格另有聲明，否則您的代理人將會有權：

1. 同意或拒絕任何護理，治療，服務，或作以維持，診斷，或其它影響身體或精神狀況的程序。
2. 選擇或撤辭醫護人員及醫護機構。
3. 贊成或反對診斷性測試，外科手術程序，及藥物的安排。
4. 指導整個照料程序中醫護方面的提供，制止，撤除人工營養及點滴水份及所有其它形式的醫療護理，包括心肺復甦術。
5. 捐贈器官或組織，授權遺體解剖，及指示遺體的處理。

但是，您的代理人不能夠把您送往精神病護理中心，或代您同意做電擊治療(convulsive treatment)，精神外科手術(即用腦手術治療精神病)，絕育或人工流產。

表格的第二部份是讓您在有關您的醫療護理各方面給予詳盡的指示，不論您已否指定了一位代理人。這些選擇使您得以表達您在醫護方面的提供，制止，或撤除維持您的生命及採用緩解疼痛的意願。您也可在您已做的選擇上補充或寫下任何其他的意願。倘若您覺得放心讓您的代理人在您生命最後路程中為您做決定，您就不必填寫本表格的第二部份。

把一份已填寫好及已簽名的表格交給您的醫生，其他照顧您的醫護人員，您正在接受治療的醫護機構，及任何您已指定的醫護代理人。您應聯絡您指定的代理人來確定他/她明白您的意願以及願意承擔此責任。

**在任何時間您都可以撤銷此醫護事前指示或更改此表格內容。**

**第一部份：法定醫療代言人委託書 POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE**

**代理人的指定：** 本人指定下列人士作為我的代理人來為我做出醫護上的決定：

Name of individual you choose as agent:

您選擇作為代理人的姓名：

Address: \_\_\_\_\_

地址：

\_\_\_\_\_

Telephone:

電話：

\_\_\_\_\_ (home phone) 家居電話 (work phone) 工作電話 (cell/pager) 手機/傳呼機

**選擇性：** 倘若我撤銷我的代理人的權力或倘若我的代理人不願意，不能夠，或在合理情況下不能在場來為我做出醫護決定，我指定我的第一後補代理人：

Name of individual you choose as first alternate agent:

您所選擇作為第一後補代理人的姓名：

Address: \_\_\_\_\_

地址：

\_\_\_\_\_

Telephone:

電話：

\_\_\_\_\_ (home phone) 家居電話 (work phone) 工作電話 (cell/pager) 手機/傳呼機

**選擇性：** 倘若我撤銷我的代理人的權力或倘若我的代理人不願意，不能夠，或在合理情況下不能在場來為我做出醫護決定，我指定我的第二後補代理人：

Name of individual you choose as second alternate agent:

您所選擇作為第二後補代理人的姓名：

Address: \_\_\_\_\_

地址：

\_\_\_\_\_

Telephone:

電話：

\_\_\_\_\_ (home phone) 家居電話 (work phone) 工作電話 (cell/pager) 手機/傳呼機

**代理人的權力：** 我的代理人有權為我做全部醫護決定，包括提供，制止，或撤除人工營養及點滴水份及所有其它來維持我的生命的醫護方式，除了我在此的聲明以外：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(若需要可另加紙張。)

**代理人的權力何時開始生效：**當我的主診醫生斷定我已沒有能力為自己做出醫護決定時，我的代理人的權力就開始生效。

\_\_\_\_\_ (簽英文名字的首字母)

**或**

我的代理人為我做醫護決定的權力即時生效。

\_\_\_\_\_ (簽英文名字的首字母)

**代理人的責任：**我的代理人必須按照此法定醫護代言人委托書的內容，我在本表格第二部份中的所有指示，及他/她所知我其他意願的程度上來為我做出醫護決定。在我的意願未知的情況下，我的代理人應按照他/她斷定什麼對我是最有利的大前提下來為我做出醫護決定。至於在斷定什麼是對我最有方面，我的代理人應考慮到他/她對我的個人價值觀的認知來斷定。

**去世後代理人的權力：**我的代理人有權做器官組織上的捐贈，授權做遺體解剖及指示對我的遺體的處理，除了我在此或在本表格第三部份的聲明以外：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(若需要可另加紙張。)

**第二部份：醫護指示 INSTRUCTIONS FOR HEALTH CARE**

若您填寫本表格部份，您可以劃除任何您不想要的字詞。

**生命結束的決定：**我指示我的醫護人員及其他在我的護理上有份參與的人必須按照我在下面記號的選擇上提供，制止，或撤除治療：

**選擇 不拖延生命：**

\_\_\_\_\_ 我不想我的生命拖延倘若 (1) 我有不能痊愈及不能復原的病況，其結果  
(簽英文名 是在短期內我將會死亡，(2) 我失去知覺和在合理醫學確認的程度下我  
字首字母) 將不再恢復知覺，或 (3) 治療下可能會發生的風險及負擔遠勝過預期的  
益處，

**或**

**選擇 拖延生命：**

\_\_\_\_\_ 在一般醫療規則的準許範圍內，我想儘量可能拖延我的生命。  
(簽英文名  
字首字母)

**疼痛的緩解：**除了我在下列的聲明外，我指定緩解疼痛或不適的治療要整天提供，即使它會加促我的死亡：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(若需要可另加紙張。)

**其他意願：**（倘若您不同意以上任何的選擇或倘若您希望在您以上給予的指示做補充，您可以在此加上）我指定：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(若需要可另加紙張。)

**第三部份：死亡後器官捐贈（選擇性） DONATION OF ORGANS AT DEATH (OPTIONAL)**

I. 我死亡後：

我捐贈任何需要的器官，組織，或骨骼 \_\_\_\_\_  
(簽英文名字首字母)

**或**

我只捐贈下列的器官，組織，或骨骼： \_\_\_\_\_  
(簽英文名字首字母)

II. 倘若您希望捐贈器官，組織，或骨骼，您必須填寫 II 和 III 部份。

我的捐贈是爲了下列用途：

移植 \_\_\_\_\_ 醫學研究 \_\_\_\_\_  
(簽英文名字首字母) (簽英文名字首字母)

治療 \_\_\_\_\_ 教學 \_\_\_\_\_  
(簽英文名字首字母) (簽英文名字首字母)

III. 我明白組織庫(tissue banks)與非牟利及牟利的人體組織分配的代理機構有合作關係。捐贈的皮膚可能會用作美容或重整矯形手術的用途。捐贈的組織可能會用作在美國境外的移植用途。

1. 我捐贈的皮膚可以用作美容手術用途：

可以 \_\_\_\_\_ 不可以 \_\_\_\_\_  
(簽英文名字首字母) (簽英文名字首字母)

2. 我捐贈的組織可以應用在美國境外的使用。

可以 \_\_\_\_\_ 不可以 \_\_\_\_\_  
(簽英文名字首字母) (簽英文名字首字母)

3. 我捐贈的組織可以被牟利的人體組織分配的代理機構使用。

可以 \_\_\_\_\_ 不可以 \_\_\_\_\_  
(簽英文名字首字母) (簽英文名字首字母)

(Health and Safety Code Section 7158.3)

**第四部份：家庭醫生（選擇性） PRIMARY PHYSICIAN (OPTIONAL)**

我指定下列的醫生作我的家庭醫生：

Name of Physician: Telephone:  
 醫生姓名： 電話：  
 Address: \_\_\_\_\_  
 地址： \_\_\_\_\_

**選擇性：** 倘若以上我所指定的醫生不願意，不能夠，或在合理情況下不可作為我的家庭醫生，我指定下列醫生作為我的家庭醫生：

Name of Physician: Telephone:  
 醫生姓名： 電話：  
 Address: \_\_\_\_\_  
 地址： \_\_\_\_\_

**第五部份：簽名 SIGNATURE**

本表格必須要有兩位符合資格的證人簽名，或在公證人面前認證。

**簽名：** 在此簽名及寫上日期：

Date: \_\_\_\_\_  
 日期  
 Name: \_\_\_\_\_  
 姓名  
 \_\_\_\_\_ (sign your name) 簽署您的姓名      \_\_\_\_\_ (print your name) 正楷書寫您的姓名  
 Address: \_\_\_\_\_  
 地址

**證人的聲明：** 本人在加州法律的偽證刑罰法例下聲言 (1) 本人認識簽署或承認此醫護事前指示的人，或此人持有可靠證據證實其身份 (2) 此人在我面前簽署或承認這份醫護事前指示， (3) 此人表現神智清醒及不在受到強迫，欺騙，或不適當的影響之下 (4) 本人不是此醫護事前指示指定的代理人，及 (5) 本人不是此人的醫護人員，醫護人員的職員，社區護理中心的經營者，社區護理中心經營者的職員，老人住宿護理中心的經營者，也不是老人住宿護理中心經營者的職員。

**第一證人 FIRST WITNESS**

Name: Telephone:  
姓名 電話  
Address: \_\_\_\_\_  
地址 \_\_\_\_\_

Signature of Witness: Date:  
證人的簽名 日期

**第二證人 SECOND WITNESS**

Name: Telephone:  
姓名 電話  
Address: \_\_\_\_\_  
地址 \_\_\_\_\_

Signature of Witness: Date:  
證人的簽名 日期

**證人的補充聲明：** 以上其中的一位證人必須簽署下列聲言：

本人在加州法律的偽證刑罰法例下進一步聲言，我與執行此醫護事前指示的個人沒有血緣，婚姻，或領養的關係，及據我所知，在他/她現存的遺囑或有效法律之下，當他/她死亡後我沒有資格得到此人任何部份的遺產。

證人簽名： \_\_\_\_\_

您可在公證人面前用此公證書來代替證人的聲明。

State of California }  
 }SS.  
County of \_\_\_\_\_ }

On (date) \_\_\_\_\_, before me, (name and title of officer) \_\_\_\_\_

personally appeared (name(s) of signer(s) ) \_\_\_\_\_

personally known to me OR  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 be person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

WITNESS my hand and official seal. (Civil Code Section 1189)

Signature of Notary: \_\_\_\_\_

**第六部份：特別證人的要求 SPECIAL WITNESS REQUIREMENT**

倘若您是技能護理中心的病人，病人權益倡導者或衛護者必須簽署下列聲明：

**病人權益倡導者或衛護者的聲明 STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN**

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

Date: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
*(sign your name)* *(print your name)*

Address  
:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_