



# LIFE CARE **planning**

我的理念，我的選擇，我的護理

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



所有計劃均由 Kaiser Foundation Health Plan of Washington  
或 Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. 提供和承銷。



# 目錄

這本手冊將說明如何做好醫護事宜決定計劃，以防您病重並且無法為自己說話。

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| 醫護事宜預立醫囑.....                       | 2  |
| 第一部份： 自己的醫護事宜自己選擇.....              | 3  |
| 決定器官捐贈.....                         | 4  |
| 第二部份： 選擇您的醫護事宜代理人（醫療護理延期生效授權委託書） .. | 5  |
| 第三部份： 預立醫囑（生前遺囑） .....              | 6  |
| 第四部份： 填妥便攜式維持生命處理醫囑（POLST）表格.....   | 6  |
| 第五部份： 分享您的預立醫囑表格 .....              | 7  |
| 第六部份： 資源.....                       | 8  |
| 價值觀工作表.....                         | 9  |
| 醫療護理延期生效授權委託書 .....                 | 11 |
| 醫護事宜預立醫囑（生前遺囑）表格.....               | 13 |

# 醫護事宜預立醫囑

任何人在任何年齡都可能罹患重病或發生事故。做好事先護理計劃，就可以幫助您記錄下生病或受傷且無法表達意見時，所要採行的醫護事宜決定。

備妥醫護事宜預立醫囑，是確保親友和保健業者了解您的醫護事宜選擇的最佳方式之一。醫護事宜預立醫囑包括以下表格：

- 醫療護理延期生效授權委託書
- 醫護事宜醫囑（生前遺囑）
- 便攜式維持生命處理醫囑（POLST）
- 器官捐贈卡

本手冊中的資訊和表格可以幫助您考量自己的選擇，並準備好您的預立醫囑。您可以填寫所有表格，或僅填寫您想要的部分。如果您有任何疑問，請諮詢您的保健業者、社工、家人或朋友。

本手冊包含以下資訊：

## 第一部份：自己的醫護事宜自己選擇

了解您可能面臨的醫護事宜決定以及您自己的想法和感受，開始著手規劃。提前擬定計劃可以幫助您的保健業者、家人或其他人了解您想要的治療方式，或在您無法表達意見時最符合您利益的治療方式。

## 第二部份：選擇醫護事宜代理人

選擇醫護事宜代理人，就是授予醫療護理延期生效授權委託書。這表示，如果您無法自己做出醫療決定，您指定的醫護事宜代理人有權為您做出醫療決定。除非您不能為自己說話，否則簽署醫療護理延期生效授權委託書並不會造成您無法自己做決定。

## 第三部份：擬定醫護事宜醫囑（生前遺囑）

擬定醫護事宜醫囑（也稱為生前遺囑），就是選擇在您罹患末期疾病或永久失去意識時想要的治療方法。您的生前遺囑會讓別人知道您希望自然死亡，而不是接受人為延長死亡過程的治療。此表格也可以讓其他人知道您是否需要人工營養及水份補充。

## 第四部份：填妥便攜式維持生命處理醫囑（POLST）表格

如果您患有嚴重的末期疾病，合格的保健業者可以填寫一份名為便攜式維持生命處理醫囑（POLST）的表格。該表格代表您的意願，是為您治療者應遵循的明確、具體醫囑。

## 第五部份：分享您的預立醫囑表格

填寫完所需表格後，請與您的保健業者、家人和朋友分享這些資訊。把一份副本提供給保健業者，以及您發生任何事情時需要知道此資訊的人。隨身攜帶表格正本，並將副本送到 Kaiser Permanente 預立醫囑登記處。

## 第六部份：資源

有許多可幫助您準備預立醫囑表格的其他資源。

# 第一部分：自己的醫護事宜自己選擇

以下複核單可以幫助您考慮罹患重病或發生事故時您想要的治療方法。第 9 頁還有一份價值觀工作表，可幫助您闡明自己的價值觀、信念和目標。完成複核單和價值觀工作表後，請填寫並簽署本手冊中的 2 份表格：醫療護理延期生效授權委託書和醫護事宜醫囑（生前遺囑）。

想一想是什麼讓您值得活下去。在您最同意的句子旁邊加上“X”：

只有當我還能做以下這些事情的時候，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
- 可以沒有痛楚的活著
- 不需依賴機器維生

無論我病得多嚴重，都值得讓我活下去。

- 是
- 否

臨終時，我一定要：

- 在家裡
- 在醫院

宗教或靈性對我很重要。

- 是
- 否

我希望我的保健業者了解下列與我的宗教或精神信仰有關的資訊：

---

---

維持生命處理是可以幫助您延長壽命的醫療護理。它可以包括手術、藥物或以下任何一項：

- 輸血
  - 輸血用於補充可能因手術、受傷或疾病而流失的血液。
- 呼吸器或呼吸機
  - 這台機器將空氣打入您的肺部，並在您無法自行呼吸時為您呼吸。
- CPR (心肺復甦術) CPR 可能涉及：
  - 用力按壓胸部以保持血液流動。
  - 電擊，讓您的心臟恢復跳動。
  - 將藥物注入您的血管。
- 洗腎
  - 如果您的腎臟停止運作，洗腎治療會使用機器來清潔您的血液。
- 餵食管
  - 如果您無法吞嚥，將一根餵食管放入您的喉嚨和胃中，為您提供食物。

在您最同意的句子旁邊加上 “X”：

如果我病得快死了：

嘗試我的保健業者認為可能有幫助的所有維持生命處理方式。如果治療沒有用，而且好轉的希望渺茫，我還是想要繼續使用維生機器。

嘗試我的保健業者認為可能有幫助的所有維持生命處理方式。如果治療沒有用，而且好轉的希望渺茫，我不想要繼續使用維生機器。

嘗試以下任何或所有我的保健業者認為可能有所幫助的維持生命處理：

CPR

呼吸器或呼吸機

洗腎

餵食管

輸血

藥物

其他治療 \_\_\_\_\_

我不想要接受任何維持生命處理

我希望我的醫護事宜代理人為我做決定

## 器官捐贈決定

捐贈器官有助於挽救生命。器官和組織 — 包括眼睛、腎臟、心臟、心臟瓣膜、肝臟、骨骼、肺和皮膚 — 可以被其他可能需要用來維持生命的人使用。器官和組織也可用於研究目的。

在您最同意的句子旁邊加上 “X”：

我想捐贈我的器官。

您想捐贈哪些器官？

任何器官

只有下列器官：

我不想捐贈我的器官

我希望我的醫護事宜代理人做決定 \_\_\_\_\_

如果您生病或受傷而且無法表達意見，對於您希望獲得的醫療保健服務，是否還有您的保健業者、家人或其他人需要了解的其他部分？

如果您想捐贈器官，應簽署器官捐贈卡。

有兩種方法可以做到這一點：

- 撥打 LifeCenter Northwest 免費電話 1-877-275-5269，並索取器官捐贈卡。
- 當您申請駕照、學習駕照或州身分證時，請告知執照部 (DOL) 您想成為器官捐贈者。

## 第二部分：選擇您的醫護事宜代理人（醫療護理延期生效授權委託書）

醫護事宜代理人是您選定在您無法自己做出醫療決定時為您做決定的人。您授權此人與您的保健業者就您的護理事宜做出決定。

### 我可以選擇誰擔任我的醫護事宜代理人？

您可以選擇任何符合以下條件的家庭成員或朋友：

- 至少年滿 18 歲
- 當您需要他或她時能夠幫忙
- 是您信任的人，可以為您做最好的決定
- 可以讓您的醫生了解您對自己醫護事宜所做的決定

您不能選擇您的保健業者或在您的醫院、療養院、養老院或診所工作的任何人作為您的醫護事宜代理人，除非該人是家庭成員。

### 如果我不選擇醫護事宜代理人會有什麼後果？

如果您自己無法做出醫療決定並且沒有選擇醫護事宜代理人，華盛頓州法律規定您的醫生必須按以下順序徵得以下人各類人士的同意：

- 法院指定的法定監護人（如果有的話）
- 醫療護理延期生效授權委託書上指定的個人（如果有的話）
- 配偶或華盛頓州註冊的同居伴侶
- 患者的成年子女（必須全部同意）
- 患者的父母（必須全部同意）
- 患者的成年手足（必須全部同意）
- 患者的成年孫子女（必須全部同意）
- 患者的成年侄女和侄子（必須全部同意）
- 患者的成年阿姨和叔叔（必須全部同意）
- 任何符合 RCW 7.70.065 中所列標準的成年人

### 我的醫護事宜代理人可以做出什麼樣的決定？

您的醫護事宜代理人可以就以下方面做出決定：

- 您可能會接受的藥物或檢驗
- 您死後的器官處置方式
- 遵循您的醫療保健業者和社工的建議
- 您將入住的醫院或診所
- 您可能會或可能不會接受的維持生命處理，包括：
  - 心肺復甦術
  - 輸血
  - 呼吸器或呼吸機
  - 藥物
  - 洗腎
  - 其他治療
  - 餵食管

### 我如何使我的決定具有正式效力？

選好醫護事宜代理人後，請填寫並簽署本手冊第 11-12 頁上的醫療護理延期生效授權委託書。第五部分有填寫完整表格的說明。

### 我需要將表格公證嗎？

華盛頓州居民必須在醫療護理延期生效授權委託書 (DPOA) 上簽名，或者由 2 人見證或由公證人確認。

請參閱第 12 頁的 DPOA 表格中所列的見證要求。

## 第三部份：預立醫囑（生前遺囑）

除了與您的保健業者、家人和朋友討論之外，您還應該以書面形式表達您的意願。您可以使用的文件之一是生前遺囑，也稱為醫護事宜指示或生前醫療意願書。

生前遺囑是一份給醫生和家人的指示，表明如果此人患有末期疾病，或疾病/傷害使其永久失去意識，則該人決定拒絕維持生命的醫學治療。該醫囑允許您的醫生暫停或停止維持生命處理。您仍將獲得舒適護理。

華盛頓州的自然死亡法規定了設立生前遺囑的權利。

若要完成醫護事宜指令（生前遺囑），請填寫本手冊第 13 和 14 頁上的表格。第五部分有填寫完整表格的說明。

### 我需要將表格公證嗎？

華盛頓州居民必須在醫護事宜指令（生前遺囑）表格上簽名，由 2 人見證或由公證人確認。

請參閱第 14 頁的醫護事宜指令（生前遺囑）表格中所列的見證要求。

## 第四部份：填妥便攜式維持生命處理醫囑（POLST）表格

便攜式維持生命處理醫囑（POLST）是您與合格的保健業者一同填寫的表格，表格的內容告訴某些人（例如醫院的醫生和救護車上的護理人員）如果您患有重病或受傷，您想要接受什麼樣的醫療護理。

POLST 是由合格的保健業者授權的一套醫囑，其中列出了您在臨終時想要或不想要的維持生命處理的類型。

### POLST 表格文件：

- 您的病情
- 您的偏好：
  - 如果您的心臟沒有跳動且沒有呼吸，則接受 CPR
  - 使用人工提供的液體和營養

### POLST 表格為自願性質，旨在：

- 協助您和合格的保健業者討論並擬定符合您意願的計劃
- 協助醫生、護理師、醫療機構和急救人員實現您對維持生命處理的願望
- 由緊急醫療服務人員直接進行適當的治療

### 關於 POLST 表格的常見問題：

- 需要在 POLST 表格上簽名嗎？可以。醫生（MD 或 DO）、護理師或認證醫生助理（PA-C）必須簽署此亮綠色表格，才能使其成為其他保健專業人員能夠理解並遵守的命令。

- 如果我有已簽名的 POLST 表格，我還需要預立醫囑嗎？是的，我們建議您也擬妥預立醫囑（雖然並非必備）。如果您想了解更多關於預立醫囑的資訊，請向您的保健業者諮詢。
- 如果我所愛的人無法再表達他或她的護理願望怎麼辦？如果您是親人的指定醫護事宜代理人，您就可以代表此人發言。合格的保健提供者可以根據您對親人意願的理解填寫 POLST 表格。
- 會在什麼情況下使用 POLST 表格？填寫完整的 POLST 表格是一份醫囑，如果您在不同護理設施之間遷移，無論您是在家、在醫院還是在長期護理機構，它都會隨身攜帶在您身上。
- POLST 表格存放在哪裡？如果您住在家裡，應把原來的亮綠色 POLST 表格存放在進入您家中的人容易看到的地方（例如，在冰箱前面、臥室門上、床頭櫃上），或在您的藥櫃中。如果您住在長期護理設施，您的 POLST 表格可以與其他醫囑一起保存在您的病歷中。
- 我該如何取得 POLST 表格的副本？向您的醫生或其他保健業者索取 POLST 表格。



## 第五部份：分享您的預立醫囑表格

醫護事宜指令（生前遺囑）和醫療護理延期生效授權委託書表格在填寫完整並經適當簽名或公證後，均屬法律文件。

自行留存原始檔案。為可能被要求代表您做出決定的家庭成員或其他人製作副本，包括您的醫護事宜代理人 and 您的私人律師。

此外，務必將這些表格放入您的 Kaiser Permanente 醫療記錄中。若要這麼做，您可以：

將每份表格的 (1) 份副本郵寄至：

Kaiser Permanente Advance Directives  
Registry Mailstop ACN-AC3  
P.O.Box 204  
Spokane, WA 99210-0204

或

發送電子郵件至：[kpadvancedirectives@kp.org](mailto:kpadvancedirectives@kp.org) 或傳真至：509-434-3185

或

將副本提供給您的保健團隊。

只要將表格納入您的醫療紀錄，Kaiser Permanente 的醫生就可以隨時取得紀錄。若想確認表格已納入您的醫療紀錄，請撥打 1-877-850-9445 與 Kaiser Permanente 的預先醫囑登記處聯絡。

### 做出未包含在表格中的選擇

如果您想對不包含在表格內的醫護事宜做出選擇：

- 在一張紙上寫下您的選擇
- 將這些文件與您的其他預立醫囑表格一起存放
- 與關心您的人分享您的選擇

### 編輯或更新您的表格

如果您想更改您的預立醫囑，請先告訴關心您的人。然後，在更改表格內容後，將其副本分發給您的醫護事宜代理人、家人和親人以及 Kaiser Permanente，就像您第一次做的那樣。要求銷毀舊表格。註：對 POLST 的任何更改都必須有合格保健業者的簽名。

## 第六部份：準備預立醫囑時可能有用的資源

### Kaiser Permanente Washington 的「Life Care Planning」計劃

1-866-458-5276

電子郵件：[kpwa.lifecareplanning@kp.org](mailto:kpwa.lifecareplanning@kp.org)

在各種 Kaiser Permanente 設施提供 2 小時的免費預立醫囑研討會。

### Kaiser Permanente Washington 資源專線

1-800-992-2279

電子郵件：[KPWA.resource-L@kp.org](mailto:KPWA.resource-L@kp.org)

提供醫療護理延期生效授權委託書和醫護事宜醫囑（生前遺囑）表格。

僅限金郡 (KING COUNTY)：提供老年人權益協助 (Senior Rights Assistance volunteer) 志工的聯絡資訊，他們可以與您討論如何填寫預立醫囑表格。

### Kaiser Permanente Washington 預立醫囑登記處

1-877-850-9445

可以幫助您掃描預立醫囑並歸檔到您的醫療紀錄中。

### Kaiser Permanente Washington 居家保健服務、舒緩護理和安寧服務

1-800-332-5735

當您需要復健護理或末期疾病舒適護理服務時，提供居家護理服務。

### 華盛頓州醫學會 (Washington State Medical Association)

206-441-9762 (西雅圖地區)

1-800-552-0612

提供醫療護理延期生效授權委託書和醫護事宜醫囑（生前遺囑）表格。

### 西北生活中心 (LifeCenter Northwest)

1-877-275-5269

[www.lcnw.org](http://www.lcnw.org)

提供有關捐贈器官和組織的資訊。

### 華盛頓州律師協會律師轉介 (Washington State Bar Association Lawyer Referral)

1-800-945-9722

可以提供您所在地區最近的律師轉介服務號碼。

### 華盛頓州社會與健康服務部 (Washington State Department of Social and Health Services)

[www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/legal-planning](http://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/legal-planning)

提供有關預立醫囑的資訊和資源。

## 價值觀工作表

以下是您在針對自己的醫護事宜意願做出決定和準備文件時，需要考慮的問題。您可能想寫下您的答案並將副本提供給您的家人和保健業者，或者只是將這些問題用於思考和討論。

以下項目對您來說有多重要？

|                   | 很重要 |   | → |   | 不重要 |
|-------------------|-----|---|---|---|-----|
| 順其自然              | 4   | 3 | 2 | 1 | 0   |
| 維持我的生活品質          | 4   | 3 | 2 | 1 | 0   |
| 忠於我的精神信仰和傳統       | 4   | 3 | 2 | 1 | 0   |
| 無論生活品質如何，都盡可能地活下去 | 4   | 3 | 2 | 1 | 0   |
| 獨立                | 4   | 3 | 2 | 1 | 0   |
| 盡可能舒適和無痛          | 4   | 3 | 2 | 1 | 0   |
| 給家人和朋友留下美好的回憶     | 4   | 3 | 2 | 1 | 0   |
| 為醫學研究或教學做出貢獻      | 4   | 3 | 2 | 1 | 0   |
| 能夠與家人和朋友融洽相處      | 4   | 3 | 2 | 1 | 0   |
| 不受身體限制            | 4   | 3 | 2 | 1 | 0   |
| 神智清晰健全            | 4   | 3 | 2 | 1 | 0   |
| 能夠把錢留給家人、朋友、慈善機構  | 4   | 3 | 2 | 1 | 0   |
| 在短時間內死去而不是苟延殘喘    | 4   | 3 | 2 | 1 | 0   |
| 避免昂貴的醫護服務         | 4   | 3 | 2 | 1 | 0   |

當您臨終時，什麼對您來說是重要的（例如，身體舒適、沒有疼痛、家人在場等）？

---

---

---

面對末期疾病，您對於使用維生措施有什麼感覺？永久昏迷？不可逆轉的慢性疾病或殘疾（例如，老年失智症）？

---

---

您是否總是想知道有關自身病情的事實，即使這些事實可能會讓您感到不舒服？

---

---

您對某些醫學治療有強烈的感受嗎？您可能想要決定的一些治療方法包括：機械呼吸（呼吸器）、CPR（心肺復甦術）、人工營養及水份補充（通過靜脈、鼻管或胃管提供營養和液體）、抗生素、洗腎、醫院重症監護、止痛藥、化療或放射治療和手術。

---

---

您對這些治療的感受會根據您的健康狀況和預後而改變嗎？您是否只想在確定死亡時避免某些治療，或者在您可能會喪失行為能力時避免使用某些治療？如果某些治療僅用於延長死亡過程，您是否想要避免接受這些治療，但如果它們可以減輕疼痛，您是否願意接受？

---

---

您的身心健康受到哪些限制會影響您做出的醫護事宜決定？

---

---

您是否希望在做出治療決定時將財務考慮在內？

---

---

您想被安置在養老院嗎？

---

---

您想要接受目的是讓您臨終時在家中感到舒適的安寧護理，而非住院治療？

---

---

您想參與做出有關自身醫護事宜和治療的決定嗎？

---

---

您想在去世時成為器官捐贈者嗎？

---

---

## 醫療護理延期生效授權委託書

這份預立醫囑（即醫療護理延期生效授權委託書）可供您指定在自己無法做出醫護事宜決定時為您做出醫護事宜決定的人。此人即是醫護事宜代理人。此表格符合華盛頓州法律的規定。

### 我的資訊：

全名： \_\_\_\_\_ 醫療紀錄號碼： \_\_\_\_\_  
出生日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(年/月/日)

### 我的醫護事宜代理人

#### 我指定的醫護事宜代理人是：

全名： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
地址、城市、州、郵遞區號： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

如果上列人士不能或不願意擔任，或者無法用合理的方式取得聯繫，那麼我將這些權力授予下列下一個合格的醫護事宜代理人：

#### 第一替補人選

全名： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
地址、城市、州、郵遞區號： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

#### 第二替補人選

全名： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
地址、城市、州、郵遞區號： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

### 授權醫護事宜代理人

**本人醫護事宜代理人的一般授權和權力聲明：**本人無法自己做出決定時，本人的醫護事宜代理人具有特別授權，可同意接受醫護治療。本人授權本人的醫護事宜代理人得執行本人關於維持生命處理的意願，例如餵食管、心肺復甦術、呼吸機和洗腎。這包括同意開始、繼續或停止醫學治療。本文件賦予您指定的醫護事宜代理人為您做出醫護事宜決定的權力，且僅當您失去為自己做出明智醫護事宜決定的能力時才有效。只要您有能力為自己做出明智的醫護事宜決定，就可保留做出所有醫療和其他醫療護理決定的權利。您的醫療意願可以附在此表格上。如果您願意，您可以在本文件中對醫護事宜代理人做出醫護事宜決定的權力加註具體限制。

**本人證明以下幾點：**本人瞭解這份醫療護理延期生效授權委託書 (DPOA-HC) 的重要性和意義。此表格反映了本人的醫護事宜代理人選擇。本人出於自願填寫此表格。本人神智清楚。本人明白本人可以隨時改變心意。本人了解本人可以隨時更換此表格，此舉會撤銷任何先前的 DPOA-HC。如果本人選擇的醫生或指定人員確定本人沒有能力自己做出醫護事宜決定，本人希望此 DPOA-HC 生效。只要本人持續失能，這個份醫囑就一直有效。

全名： \_\_\_\_\_ 醫療紀錄號碼： \_\_\_\_\_

出生日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

兩名證人或公證人必須看著本人簽署此表格，表格才具備法律效力。

我的簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

### 證人或公證人要求

若無見證人簽名或公證，此表格便不具有法律效力。

#### 選項1：兩名見證人

證人要求：

- 必須至少年滿 18 歲且具備法定資格。
- 不能與您或您的保健業者有親屬關係（血緣關係、婚姻關係或州註冊同居伴侶關係）。
- 不能是您的居家護理業者或您居住的成人家庭之家或長期護理設施的護理業者。

見證人宣誓：本人聲明，本人符合擔任證人的規定。

見證人 #1 簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

正楷簽名： \_\_\_\_\_

見證人 #2 簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

正楷簽名： \_\_\_\_\_

#### 選項2：公證人

華盛頓州 \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ )

郡 \_\_\_\_\_ )

這份記錄於下列日期在本人面前得到確認 \_\_\_\_\_ :

見證人(姓名)： \_\_\_\_\_

簽名： \_\_\_\_\_ 標題： \_\_\_\_\_ 到期日： \_\_\_\_\_

Kaiser Foundation Health Plan of Washington  
這種法定形式是許多公開版本中的其中一種。它並非法律建議。  
如有問題或需要幫助，請諮詢您的法律顧問。(08-2021)

## 預立醫囑（生前遺囑）

全名：

醫療紀錄號碼：

出生日期：

/ /

預立醫囑於下列日期完成

\_\_\_\_\_ ； \_\_\_\_\_， \_\_\_\_\_

（年）

本人\_\_\_\_\_ 心智健全，出於自願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：

(A) 如果在任何時候本人的主治醫生證明本人患有無法治癒和不可逆轉的疾病，且採用維持生命處理只會人為延長本人的死亡過程，本人要求停止或撤銷這種處理方式，讓本人自然死亡。本人理解「末期疾病」是指由傷害、病症或疾病所引起之無法治癒和不可逆轉的狀況，在合理的醫學判斷下，根據公認的醫療標準，在合理的時間內會導致死亡。

(B) 如果本人處於不可逆轉的昏迷或持續植物人狀態，或經兩名醫生證明處於其他永久失去意識的狀態，並且這些醫生認為本人沒有合理的康復可能性，本人要求停止或撤銷維持生命處理方式。

(C) 如果本人被診斷出處於末期或永久失去意識狀態，[選擇一項]

我想要以人工方式補充營養和水份。

我不想要以人工方式補充營養和水份。

我理解在某些情況下，以人工方式補充營養和水份是一種維持生命處理的形式。本人要求所有照顧我的保健業者遵守此醫囑。

(D) 在本人無法就使用此類維持生命處理做出醫囑的情況下，本人希望本人的家人、醫生和其他保健業者遵守此醫囑，這是本人拒絕接受此類醫療或手術治療的最終基本權利表示，並由任何獲指定的人士依據醫療護理延期生效授權委託書或其他文件落實本人的意願表示。本人接受拒絕的後果。

(E) 如果本人被診斷出懷孕，且本人的醫生知道該診斷，則此醫囑在本人懷孕期間將沒有效力或影響。

(F) 本人理解此醫囑的全部重要性，且本人是在情緒穩定、神智清楚的情況下擬定此醫囑。本人也明白本人可以隨時修改或撤銷此醫囑。

(G) 本人對自己的護理事宜加註以下指示：

---

---

---

我的簽名和公證人或兩位見證人簽名（下一頁必備）

全名：

醫療紀錄號碼：

出生日期：

/ /

兩名證人或公證人必須看著本人簽署此表格，表格才具備法律效力。

我的簽名：

## 證人或公證人要求

若無見證人簽名或公證，此表格便不具有法律效力。

### 選項1：兩名見證人

證人要求：

- 必須至少年滿 18 歲且具備法定資格。
- 不能與您或您的保健業者有親屬關係（血緣關係、婚姻關係或州註冊同居伴侶關係）。
- 不能是您的居家護理業者或您居住的成人家庭之家或長期護理設施的護理業者。
- 不能是在醫囑執行時聲明人去世後對聲明人遺產的任何部分提出主張的任何人。

見證人宣誓：本人聲明，本人符合擔任證人的規定。

見證人 #1 簽名：

日期：

正楷簽名：

見證人 #2 簽名：

日期：

正楷簽名：

### 選項2：公證人

華盛頓州

)

)

郡

)

這份記錄於下列日期在本人面前得到確認

:

見證人(姓名)：

簽名：

標題：

到期日：

Kaiser Foundation Health Plan of Washington

這種法定形式是許多公開版本中的其中一種。它並非法律建議。

如有問題或需要幫助，請諮詢您的法律顧問。(08-2021)





# 註記

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



