



事前護理 規劃

我的價值觀，我的選擇，我的醫療護理

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

醫護事宜預立醫囑讓您可以分享您對日後健康護理的價值觀、選擇和指示。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 (您的健康護理代理人)。
- 提供有關日後健康護理的書面指示。
- 同時指定健康護理代理人並針對日後的健康護理提供書面指示。

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 讓您的醫護事宜預立醫囑在維吉尼亞州具有法律效力。

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。

患有末期疾病的人可以在主治醫生及兩名見證人在場的情況下進行口頭預立醫囑。

這份醫護事宜預立醫囑將會取代您在過去所填寫的任何醫護事宜預立醫囑。如果日後您想取消或更改您的指定代理人，您必須簽署一份書面取消書並在上面註明日期、實際取消或銷毀您的記錄，或者指示他人當著您的面這麼做、或透過口頭方式表達您要取消文件的意願。您的取消將在您告知主治醫生時開始生效。

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：_____



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：_____

第1部分：我的健康護理代理人

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情況下作出困難選擇的人。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。

如果我無法傳達我的意願和健康護理決定，且我的醫生及另外一名專業醫生或臨床心理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健康護理，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決定。*

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、無法或在合理情況下不能代我作健康護理決定，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：_____

*為作出健康護理決定的先前授權不包括下列沒有法庭命令的情況：

1. 非治療性絕育
2. 僅為了精神外科所進行的外科手術
3. 墮胎



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決定時，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，包括管餵和靜脈 (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. 安排並決定捐贈全身、器官、組織和／或眼睛以進行研究和教育用途。

健康護理代理人的額外權力：

如果您希望代理人擁有以下權力，請勾選下方的方框：

- ☐ 即使我與代理人的婚姻或同居關係的解除、失效或終止手續已完成，我仍希望此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決定。) 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，您無法自己發言。

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按照下列方式表達我的選擇，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決定，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決定。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決定。

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。

醫生確診您有腦部損傷，導致您不認得自己或是您的親人。醫生已告知您的代理人 and / 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治療時更快死亡。
 - ☐ 我希望維生治療可以盡可能持續下去。

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）

CPR 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效。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，合理情況下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心肺復甦流程將會導致劇烈疼痛。

* 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., Nallamothu, 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 donatelifevirginia.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

若要使您的醫護事宜預立醫囑在維吉尼亞州具有法律效力，此文件必須由兩名成人見證人簽名：

兩名見證人

1. 任何年滿18歲以上的人士、配偶、其他家人或保健業者。
2. 您在見證人面前簽名或確認您的簽名。
3. 您將在下方簽名。
4. 見證人將在第9頁簽名。

我的簽名

正楷全名：_____

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：_____

見證人聲明：

本人在瞭解維吉尼亞州法律偽證罪之懲罰的情況下證明：

1. 本人認識簽署或核准本醫護事宜預立醫囑的人士，或者本人已透過可信的證明證實該人士的身分。
2. 該人士是在本人在場的情況下簽署或核准本醫護事宜預立醫囑。
3. 該人士看似心智健全且沒有受到暴力、詐欺或不當影響。

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：_____



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。確定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 — 當您感到目前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：

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

kp.org (英文)

