



# 我的聲音 – 我的決定

## 預定臨終照護計劃指南

### PIH Health

12401 Washington Blvd

Whittier, CA 90602

P: 562.698.0811

TDD: 562.696.9267

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

## 預定臨終照護計劃

預定臨終照護計劃 (Advance Care Planning) 不單適合長者，同樣適合每個人。加州慈心關懷聯盟認為，年滿18歲即可開始著手預定臨終照護計劃討論，並且這項討論將持續終生。人的一生難免遭遇健康危機或者嚴重受傷，可能無法表達我們的醫療意願。

預定臨終照護計劃程序幫助我們明確及表達您的醫療意願，包括指定由誰在您無法表達自身意願之時替您行事。在您明確自己的意願後，您可將有關意願記錄在預定臨終醫療指示 (Advance Healthcare Directive) 表中，亦可隨時根據自身情況及意願變化更新該表格。

您亦可選擇維持生命治療醫囑 ( Physician Order for Life-Sustaining Treatment, 簡稱 POLST) 來記錄您的醫療意願。此文件通常由患有不治之症或虛弱患者填寫，經患者醫生簽字。

本指南旨在幫助明確、表達及記錄您的意願。本指南將專門介紹如何填寫預定臨終醫療指示。

*明確意願 + 表達意願 = 意願得到尊重*

### 明確醫療意願

- 您選定誰作為您的醫療代理人為您代言，確保您的意願得到尊重？
- 您希望在什麼地方、以何種方式度過生命的最後時光？
- 您希望您的家人及醫療提供者知道您的哪些信仰、思想、宗教或文化意願？
- 您希望在臨終前使用哪些醫療選項？您是希望「竭盡全力」、「順其自然」還是適度而為？

### 表達意願

- 您可將意願記錄在預定臨終醫療指示表中。
- 您可向您的醫療提供者告知您的意願。
- 您可在健康檔案中加入一份預定臨終醫療指示。

### 尊重意願

- 在您大限到來之時，您的家人及醫療提供者將以預定臨終醫療指示為指南，替您作出決定。
- 大家將瞭解您的意願，尊重您的意願。

### 預定臨終照護計劃有哪些步驟？

- 明確意願。
- 與家人談談您的意願。
- 挑選能夠確保您的意願得到尊重的醫療代理人。
- 填寫預定臨終醫療指示表。
- 確保醫療代理人瞭解您的意願，並執有一份您的預定臨終醫療指示。
- 告知醫療提供者，並向他們提供一份您的預定臨終醫療指示。

**預定臨終醫療指示** – 表達患者醫療意願及指定在患者無法表達自身意願時，代表患者行事之人士的法律文件。本文件填寫者應年滿18歲，可根據患者情況及意願變化予以更新。本文件須經見證或公證。

**人工營養 ( 餵養管 ) 與水分** – 患者臨終前機體不要求營養或水分，往往食慾欠佳或者沒有食慾。但如患者選擇此選項，將透過靜脈 (IV) 或者經鼻胃管或手術放置胃管向患者輸送營養與水分。併發症包括不適及腿部與肺部水腫。

**保護人** – 法院指派或獲授權為患者作出醫療決定之人士。

**心肺復甦術 (cardiopulmonary resuscitation, 簡稱 CPR)** – Cardio = 心臟， Pulmonary = 肺部， Resuscitation = 復甦。當一個人心臟停止跳動或呼吸停止時，將自動啟動 CPR, 除非指示不施予復甦術，即拒絕臨終搶救 (Do Not Resuscitate, 簡稱 DNR)。在CPR過程中，可能需要用力按壓胸腔來維持血液泵送，施以電擊使心臟跳動，靜脈注射藥物來恢復心率與呼吸。CPR 的部分潛在風險包括肋骨斷裂、肺部穿孔、胸骨骨折、瘀傷、灼傷、氣管損傷及 / 或口部損傷。CPR 成功率往往較低，患者的生命質量難以恢復如初。

**透析** – 當患者腎臟喪失功能時將提供此選項。如您的腎臟停止運作，透析機將為您淨化血液。透析一般每週三次，可能會持續終生。臨終透析不能治癒疾病或挽回生命。

**醫療代理人** – 醫療代理人是患者挑選的年滿18歲的—名家人或朋友，能夠尊重患者的醫療意願之人士。醫療代理人不能為您的醫療提供者 ( 醫生或醫護人員 )。

**安養院** – 安養院是一種特殊的醫療護理形式，旨在緩解因不治之症而進入生命最後階段之人士在生理、情緒、社交及精神上的不適。安養院亦會安排訓練有素的多領域人員為患者家人 / 照護者提供支持關懷。

**紓緩治療** – 紓緩治療旨在緩解患者的痛苦，提高患者臨終前的生命質量，重在慰解，而非治療，能夠與生命延長護理同時進行，亦可作為主要的護理手段。當患者經診斷患上致命疾病或者病入膏肓 ( 也可以是在病中的任何時候 )，就開始紓緩治療，並且持續到患者身故後的哀悼期。只要患者的病情和治療給患者本人及其家人造成沉重的負擔，就會一直提供這類服務，直至患者轉危為安或者身故。

**呼吸器 ( 呼吸機 )** – 此治療選項將為患者使用一種機器，幫助患者呼吸。將從咽喉插入呼吸管，直抵肺部。呼吸管與機器相連，由機器向肺部泵送空氣，幫助患者呼吸。使用呼吸機後，患者無法說話。併發症包括肺部感染、出血、聲帶損傷及咽喉損傷。

**輸注血液產品** – 透過靜脈輸入血液產品。

## 第一步 – 挑選醫療代理人

醫療代理人是您挑選的年滿18歲的一名家人或朋友，能夠尊重您的醫療意願之人士。醫療代理人不能為您的醫療提供者（醫生或醫護人員）。

挑選醫療代理人應考慮以下因素：

- 您信賴之人士，例如家人或朋友。
- 瞭解您並且能夠尊重及遵從您的意願之人士。
- 臨危不亂、能夠從容應對艱難決定之人士。
- 能夠與您的醫療團隊、家人或其他重要人士溝通之人士。

醫療代理人可以作出的常見決定如下：

- 決定您在哪裡接受護理及由誰提供護理。
- 決定是否向您提供血液及 / 或血液產品。
- 挑選可能會影響您的生命質量的醫療決定。
- 就您的治療選擇與醫療團隊進行溝通。
- 與醫療小組談論出院的選項，以及在您身故後開始的葬禮或入土的安排。
- 確保醫療團隊及家人尊重您的醫療意願。

## 第二步 – 明確醫療意願

您希望在什麼地方度過生命的最後時光？

- 回家與家人和朋友在一起。
- 在社區設施中與家人和朋友在一起（例如療養院、安養院等）。
- 在醫院與家人和朋友在一起。
- 其他 \_\_\_\_\_

您希望以何種方式度過生命的最後時光？

- |                        |               |
|------------------------|---------------|
| ● 料理未完成的事業             | ● 與家人和朋友在一起   |
| ● 擁有尊嚴，受到尊重            | ● 不插管         |
| ● 與我的牧師 / 拉比 / 信仰領袖在一起 | ● 不會孤獨死去      |
| ● 保持乾淨                 | ● 不成為家庭負擔     |
| ● 參加關於我本人護理的所有決定       | ● 有機會與家人和朋友告別 |
| ● 討論我的感受與情緒            | ● 禱告          |
| ● 與我的寵物在一起             | ● 其他 _____    |
| ● 聽音樂                  | _____         |
| ● 安詳沒有痛苦               | _____         |

您希望您的家人及醫療提供者知道您的哪些信仰、思想、宗教或文化意願？

請列明 \_\_\_\_\_

考慮以下臨終選項：

在這部分的開頭，請記住：*我們並不是詢問您常規或者緊急的醫療護理，而是請您考慮臨終（除非依靠機器維持生命，否則難以存活）之際的選擇。*

請您問問自己：

*如果我無法恢復，我是否希望依靠維生機器來維持生命？*

選項一：同意自然死亡 - 如果確定治療沒有效果，並且可能會造成痛苦或不適，以及您在預定臨終醫療指示中選擇此選項，將會停止所有治療，您將會自然死亡。

選項二：選擇延長生命 - 如您的預定臨終醫療指示顯示您選擇了此選項，您的醫療提供者將竭盡全力維持您的生命。但是，醫療小組所能提供的救護終歸是有限的，特別是當他們覺得這樣的救護對您已經毫無意義，或是治療反倒會給您造成痛苦和不適。

在選項二 – 選擇延長生命，您可申請下列附加治療。定義請參見第三頁。

- 人工營養 ( 餵養管 ) 與水分
- 心肺復甦術 (CPR)
- 透析
- 呼吸器
- 輸注血液產品

無論選擇哪一選項，醫療團隊均將與您的醫療代理人面談，討論選項及尋求指引。我們務求確保您的聲音得到傾聽，您的意願得到尊重。

是否有任何其他意願或重要資訊：

請列明 \_\_\_\_\_

### 第三步 – 表達意願

既然您已仔細考慮您的意願，現在您應將該等意願記錄到預先醫療護理指示中。在您開始完成您的預先醫療護理指示時，請記住您做出的上述選擇。

如需協助，請隨時致電：

PIH Health Hospital - Whittier	牧群關愛會 (Pastoral Services)	562.698.0811 Ext. 12500
	社會工作服務中心 (Social Work Services)	562.698.0811 Ext. 12453
PIH Health Hospital - Downey	Patient Planning and Review/Social Services	562.904.5313
PIH Health Physicians	Patient Services Representatives	562.947.8478 Ext. 81299
	Social Services - Ambulatory	562.947.8478 Ext. 82513

預定臨終醫療指示填寫完畢後，務請：

- 告訴您的醫療代理人
- 告訴您的家人
- 告訴您的醫療提供者

其他資源

**Advance Health Care Directive Registry – California**

加州預定臨終醫療指示登記處  
916.653.3984  
sos.ca.gov/ahcdr

**Aging With Dignity and Five Wishes**

尊嚴老去 – 與五個願望  
888.594.7437  
agingwithdignity.org

**American Bar Association**

美國律師協會  
800.285.2221  
americanbar.org/aba.html

**American Hospital Association**

美國醫院協會  
800.424.4301  
Putitinwriting.org

**California Hospital Association**

加州醫院協會  
916.443.7401  
Calhealth.org

**California Medical Association**

加州醫學會  
800.786.4262  
cmanet.org

**Caring Connections**

安寧療護  
800.658.8898  
caringinfo.org

**Coalition for Compassionate Care of California**

加州慈心關懷聯盟  
916.489.2222  
coalitionccc.org and capolst.org

**The Conversation Project**

theconversationproject.org

**Hospice Association of America**

美國臨終關懷協會  
202.546.4759  
nahc.org/HAA

**Prepare for Your Care**

415.735.1106  
prepareforyourcare.org

**U.S. Department of Veterans Affairs**

美國退伍軍人事務部  
losangeles.va.gov/patients/advance.asp

注： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

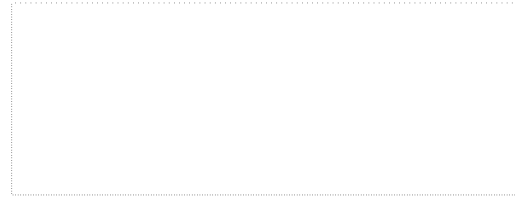
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 預定臨終醫療指示

### 簡介

本文件第一部分要求您指定一人作為您的醫療代理人，以便在您無法自行決定時，或者在您能夠自行決定但希望他人替您作主時，替您作出醫療決定。如果您的頭號人選不願意、不能為您作出決定或者在合理範圍內無法取得聯絡，您亦可指定一名備選醫療代理人。

您不可以指定社區護理設施或現正為您提供護理的安老院的經營者或員工、您的督導醫療提供者、或者現正為您提供護理的醫療機構的員工，作為您的醫療代理人，但如該代理人是您的親屬或同事，則屬例外。

除非您在本文件中另有指明，您的醫療代理人將有權：

1. 同意或拒絕同意任何護理、治療、服務或程序，以維持、診斷或影響某種生理或心理狀況。
2. 選擇或棄用醫療提供者及機構。
3. 批准或不批准診斷性測試、手術及藥物方案。
4. 指示人工營養與水分及所有其他醫療形式的提供、放棄提供或撤回，包括心肺復甦術。
5. 捐獻您的器官、皮膚或組織；授權解剖及指示遺體的處置。

但是您的醫療代理人不能將您送進精神康復設施、同意對您進行抽搐療法、精神外科手術、絕育或墮胎手術。

本文件第二部分要求您就醫療的各個方面作出具體說明，無論您是否指定醫療代理人。表格提供了多個選項，方便您表達關於提供、放棄提供或撤回維生治療及提供止痛以維持的意願。您亦可在您所作出的選擇上添加新的選擇，或寫下任何其他意願。如您放心由您的醫療代理人為您作出臨終決定，則無需填寫本文件第二部分。

將填寫完畢的經簽署表格向您的醫生、您可能會使用的任何其他醫療提供者、為您提供護理的任何醫療機構以及您指定的任何醫療代理人各提供一份。您應與您所指定的醫療代理人溝通一下，確保其瞭解您的意願並願意擔此重任。

**您有權撤銷此預定臨終醫療指示或隨時更換本文件。**



姓名 ( 正楷 ) \_\_\_\_\_

出生日期 ( 患者 ) \_\_\_\_\_

第一部分  
醫療授權書

*指定醫療代理人*

本人指定以下人士作為本人的代理人，為本人作出醫療決定：

您選定的醫療代理人姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

電話號碼 \_\_\_\_\_ 手機 \_\_\_\_\_ 住宅 \_\_\_\_\_

辦公 \_\_\_\_\_

可選：如本人撤銷對本人代理人的授權，或如本人的代理人不願意、不能為本人作出醫療決定或在合理範圍內無法取得聯絡，本人指定以下人士為本人的第一備選代理人：

您選定的第一備選醫療代理人姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

電話號碼 \_\_\_\_\_ 手機 \_\_\_\_\_ 住宅 \_\_\_\_\_

辦公 \_\_\_\_\_

可選：如本人撤銷對本人代理人及第一備選代理人的授權，或如兩位代理人均不願意、不能為本人作出醫療決定或在合理範圍內無法取得聯絡，本人指定以下人士為本人的第二備選代理人：

您選定的第二備選醫療代理人姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

電話號碼 \_\_\_\_\_ 手機 \_\_\_\_\_ 住宅 \_\_\_\_\_

辦公 \_\_\_\_\_





**醫療代理人授權**

茲授權本人的醫療代理人替本人作出所有醫療決定，包括提供、放棄提供或撤回人工營養與水分及所有其他醫療形式來挽救本人的生命，除非本人於此處另有指明：

---

( 如有必要另附紙 )

**醫療代理人授權生效時間**

本人的醫療代理人授權於本人的主治醫生認定本人無法自行作出醫療決定後生效。

---

( 此處簡簽 )

或

本人關於允許代理人為本人作出醫療決定之授權，即時生效。

---

( 此處簡簽 )

**代理人義務**

本人的醫療代理人應依照本醫療授權書、本人在本文件第二部分所作說明及本人代理人知悉的本人的其他意願來為本人作出醫療決定。如不知道本人的意願，本人的代理人應依照其認為符合本人最佳利益的方式為本人作出醫療決定。在判斷是否符合本人最佳利益時，本人的代理人應考慮其所瞭解的本人的個人價值觀。

**代理人的身故後授權**

茲授權本人的醫療代理人捐贈器官、授權解剖及指示本人遺體的處置，除非本人於此處或本文件第三部分中另有指明：

---

( 如有必要另附紙 )

**保護人提名**

若法院需為本人指定一名監護人，本人指定由本表格中指定的代理人擔任。若該代理人不願意、無法或不便擔任監護人，本人指定按指定順序由本人指定的備選代理人擔任。



**第二部分**  
**醫療說明**

如您放心由您的醫療代理人為您作出臨終決定，則無需填寫本文件第二部分。在填寫本文件的此部分時，可刪除您希望刪去的任何語句。

**臨終決定**

本人指示本人的醫療提供者及參與本人護理的其他人士依照本人的以下選擇提供、放棄提供或撤回治療：

**同意自然死亡 (簡簽適用項目)：**

- 如本人患有不治之症，終將逝去，本人選擇不延長生命。
- 如本人不能恢復意識，或者恢復有意義的生活質量，本人選擇不延長生命。
- 如治療的潛在風險與負擔遠遠高於預期效果，本人選擇不延長生命

或

**選擇延長生命 (簡簽適用項目)：**

- 本人希望在公認醫療標準的限度內盡量延長本人的生命。  
在您的希望採取的適用治療前附加簡簽：
- 人工營養 ( 餵養管 ) 與水分                       透析
- 心肺復甦術 (CPR)                                       呼吸器
- 輸注血液產品

**其他願望**

如您不同意上述任何備選選項並另有想法，或如您希望對上文所作說明略加補充，可於下面註明。本人指示：

( 如有必要另附紙 )

**止痛**

本人指示在任何時間均提供緩解疼痛或不適的治療，除非本人於以下空格處另有指明：

( 如有必要另附紙 )



第三部分  
身故後器官捐贈 ( 備選 )

I. 身故後  
( 在適用項目旁簡簽 )

- 本人捐贈任何有用器官、組織或部位，或
- 本人不授權捐贈任何器官、組織或部位，或
- 本人僅捐贈以下器官、組織或部位 \_\_\_\_\_
- 

II. 如您願意捐贈器官、組織或部位，須填寫II與III部分。  
本人願意就以下用途進行捐贈：  
( 在適用項目旁簡簽 )

- 移植     療法     研究     教學

III. 本人瞭解組織銀行與非牟利性及牟利性組織處理商和分銷商均有合作。捐贈皮膚或被用於整容或整形手術。捐贈組織或被用於美國境外的移植。  
( 在適用項目旁簡簽 )

- 是     否    本人的捐贈皮膚可用於整容目的
- 是     否    本人的捐贈組織可用於美國之外的應用
- 是     否    本人的捐贈組織可供牟利性組織處理商與分銷商使用

第四部分  
主治醫生指定 ( 可選 )

本人指定以下醫生擔任我的主治醫生：

姓名 ( 正楷 ) \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_  
( 醫生姓名 )

地址 \_\_\_\_\_

可選：如本人指定的上述醫生不願意、不能擔任本人的主治醫生或者在合理範圍內無法取得聯絡，本人指定以下醫生為本人的備選主治醫生：

姓名 ( 正楷 ) \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_  
( 醫生姓名 )

地址 \_\_\_\_\_



**第五部分**

**簽名**

在本文件上簽名並填寫日期

本文件須經您及以下人士簽名後方可生效

- 兩名合資格成年證人，或
- 經公證員公證

日期 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 上午 / 下午

簽名 \_\_\_\_\_ 姓名 ( 正楷 ) \_\_\_\_\_  
( 患者 ) ( 患者 )

地址 \_\_\_\_\_

**證人陳述書**

注意：其中一名證人須為和本預定臨終醫療指示的執行者無關聯之人士，具體請參閱以下證人附加陳述書。

根據加州法例，本人特此聲明如下：(1) 簽署或確認此預定臨終醫療指示之人士為本人所認識，或該人士以可信之證據向本人證明其身份；(2) 簽署或確認此預定臨終醫療指示之人士親自來到本人面前；(3) 該人士精神健全，沒有遭受脅迫、欺詐或不當影響；(4) 本人並非此預定臨終醫療指示指定的代理人；及(5) 本人不是該人士的醫療提供者、該人士社區醫療提供者的員工、社區護理設施的經營者、社區護理設施經營者的員工、長者安老院的經營者或長者安老院經營者的員工。如有虛假，則以在宣誓下作假證論處。

**第一證人**

日期 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 上午 / 下午

簽名 \_\_\_\_\_ 姓名 ( 正楷 ) \_\_\_\_\_  
( 第一證人 ) ( 第一證人 )

地址 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

**第二證人**

日期 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 上午 / 下午

簽名 \_\_\_\_\_ 姓名 ( 正楷 ) \_\_\_\_\_  
( 第二證人 ) ( 第二證人 )

地址 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_



證人附加陳述書

上述證人至少須有一人於以下聲明中簽字。

根據加州法例，本人進一步聲明，本人與本預定臨終醫療指示的執行者不存在血緣、姻親或收養關聯；盡本人所知，根據現有遺囑或藉法律的實施，在該人士身故後本人無權獲得其任何遺產。如有虛假，則以在宣誓下作假證論處。

日期 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 上午 / 下午

簽名 \_\_\_\_\_ 姓名 ( 正楷 ) \_\_\_\_\_  
( 證人 ) ( 證人 )

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

(Civil Code § 1189)

NOTARY PUBLIC

State of California )

County of \_\_\_\_\_ )

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_  
Date Name and Title of the Officer

personally appeared \_\_\_\_\_  
Name(s) of Signer(s)

who 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 the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

Witness my hand and official seal.

Signature \_\_\_\_\_  
(Notary Public)

PLACE NOTARY SEAL ABOVE



第六部分

**SPECIAL WITNESS REQUIREMENT**

特殊證人要求

*If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement:*

*如您為住在專業護理機構的患者，患者的代言人或申訴專員須簽署以下聲明：*

**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 \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ AM/PM

Signature \_\_\_\_\_ Print Name \_\_\_\_\_  
(patient advocate or ombudsman) (patient advocate or ombudsman)

Address \_\_\_\_\_