

您的俄勒岡州醫療保健預先指示指南

I. 簡介

本指南旨在幫助您完成俄勒岡州醫療保健預先指示。它回答了很多人對此的疑問。

俄勒岡州預先指示的目的是甚麼？

它是一種法律形式。它讓您：

1. 如果您不能自己作出醫療保健決定，請指定一個人來作出您的醫療保健決定。
2. 寫下您的醫療保健目標和願望，讓他們知道。這是在您將來無法表達它們的情況下。

俄勒岡預先指示適用於誰？

它適用於居住在俄勒岡州的 18 歲及以上的成年人。

甚麼是醫療保健代表？他們的職責是甚麼？

如果您不能為自己作出醫療保健決定，那麼您會選擇該人來作出醫療保健決定。只有在醫療保健提供者認定您無法為自己作出醫療保健決定時，他們才會這樣做。

遵循您的願望、價值觀和目標是您的醫療保健代表的工作。與他們談談您的願望。您可以使用您的預先指示來開始這些談話。

您可以做的最重要的事情之一就是選擇一名醫療保健代表。這是為了確保您的願望得到尊重。與他們交談以確保他們知道您的願望。

II. 填寫預先指示

俄勒岡州預先指示有哪些部分？

它有 7 個部分。以下是有關每一項的更多詳情：

第 1 部分 關於本人

在此部分填寫您目前的聯絡資料。

第 2 部分 我的醫療保健代表

您可以在此處指定至少一名醫療保健代表。您最多可以指定三名。他們是：

- 初級衛生保健代表
- 第一個替代人
- 第二個替代人

您選擇的醫療保健代表不能是您的醫療保健提供者或您接受護理的醫療保健機構的所有者、經營者或僱員。您可以在以下網站查看 [ORS 127.505](#)

https://www.oregonlegislature.gov/bills_laws/ors/ors127.html 了解更多詳情。

填寫每個醫療保健代表的目前聯絡資料。如果您不能為自己說話，讓您的醫療保健提供者能夠與他們聯絡是很重要。

以下是關於您的醫療保健代表的更多資料：

- 每個人都必須同意接受此角色。
- 在任何特定時間，只有一個人可以為您說話。如果您的初級衛生保健代表無法服務，則該任務將轉交給第一個替代人，然後再轉交給第二個替代人。
- 確保他們有權查看您的醫療記錄。致電您的醫療保健提供者的辦公室，詢問如何安排。

如果您不指定醫療保健代表，俄勒岡州法律規定如果您不能指定，誰將為您做決定。您可以在以下網站查看 [ORS 127.635 \[2\]](#)

https://www.oregonlegislature.gov/bills_laws/ors/ors127.html 了解更多詳情。

第 3 部分 我的保健說明

您可以在這裡表達您對護理的願望、價值觀和目標。它有一些問題可以幫助您與您的醫療保健代表交談。它還為他們和您的醫療保健提供者提供指導。

您的回答可以幫助您的醫療保健提供者建議符合您意願的護理。即使您沒有選擇醫療保健代表，情況也是如此。

第 3 部分包括三方面的問題：

- 1. 我的醫療保健決定。** 俄勒岡州預先指示包括三個案例，讓您表達您對每種生活支持類型的願望。其為：
 - 1) 如果您患有絕症
 - 2) 如果您患有晚期漸進性疾病或
 - 3) 如果您永遠失去知覺

您可以在以下網址看到 [ORS 127.505](#) [ORS 和 127.635](#) 的這些定義：

https://www.oregonlegislature.gov/bills_laws/ors/ors127.html

殘障生活與患有晚期漸進性疾病不同。您應該選擇您喜歡或不喜歡的生命支援類型。或者您可以選擇讓您的醫療保健代表為您做決定。

2. **對我和對我來說最重要的事情。**在這裡，您可以說出對您的生活來說最重要的事情，以及您最看重的事情。您還可以表達對您的重要照顧方式。您可以表達在哪些情況下（如果有），您不希望採取措施維持生命。
3. **我的精神信仰。**對許多人來說，生命的盡頭是一個深刻的精神時刻。在這裡，您可以表達您的精神或宗教信仰。您還可以表達這些可能如何影響您的醫療保健選擇，以便為您提供的護理符合您的信念。

第 4 部分 更多資料

您可以在此處添加額外資料以指導您的護理。這包括四個方面的問題：

1. **生命和價值觀。**如果您希望您的醫療保健提供者和代表更多地了解您的生活、價值觀和願望，請使用此選項。您還可以分享為甚麼您有某些願望。
2. **護理地點** 如果您可以選擇接受護理的地點，您可以在這裡表達您的願望。例如，有些人強烈地想在家裡得到照顧。其他人可能想在醫院。
3. **其他** 您可以在此表格中附上文件，以幫助指導您的醫療保健提供者和代表。這些可能是：
 - 您寫的表達你價值觀的文件
 - 關於您現在接受哪些類型的護理的信息。這對於殘疾人或患有慢性疾病的人來說可能很重要
 - 您想分享的任何其他資料
4. **通知他人。**您可以在此處列出您的醫療保健代表和提供者可以與之談論您的健康狀況和護理。這些人不得就您的護理作出任何決定。只有您的醫療保健代表可以。

第 5、6 和 7 部分

第 5 部分是您簽署表格的地方。

在第 6 部分中，*或者*

- 必須有兩名成年證人在表格上簽名 任何證人都不能是您的醫療保健代表或提供者。或
- 公證人必須在表格上簽名。

在第 7 部分中，您的醫療保健代表必須接受該角色。他們可以透過簽署此表格或告訴某人他們接受作為您的醫療保健代表的職責來實現這一點。

如果我沒有填寫所有部分怎麼辦？

如果您填寫表格的所有部分，這將是最有幫助的。不過，您可以選擇僅填寫某些內容。

這是您需要做的，以確保您的俄勒岡州預先指示合法有效：

要使其有效：	那是甚麼部分？
它必須列出您的姓名、出生日期、地址和其他聯絡資料。	第 1 部分
它必須列出每個醫療保健代表的姓名、地址和其他聯絡資料。	第 2 部分
您必須簽名並註明日期。	第 5 部分
該表格必須由兩名見證人簽署或由公證人簽署。	第 6 部分
每個醫療保健代表都必須接受該角色。他們可以透過簽署或告訴某人他們接受作為您的醫療保健代表的角色和職責來做到這一點。	第 7 部分

毋需填寫第 3 部分和第 4 部分也能使您的預先指示有效。但是填寫這些部分可以指導您的醫療保健提供者了解您希望獲得的護理。即使您不選擇醫療保健代表，情況也是如此。

III. 更多資料

如果我有殘疾怎麼辦？

如果您有殘疾，以下是您在填寫表格時可能採取的更多步驟：

- 您可能希望諮詢與殘疾人一起工作的人。這包括但不限於：
 - 同齡人和有生活經驗的人
 - 值得信賴的醫療機構
 - 法律專家
- 如果您住在護理機構，您可以向監察員尋求幫助。
- 您可能還想包括有關現在幫助您作出醫療保健決定的看護人或監護人的資料。
- 分享您日常生活可能需要的幫助或住宿。
- 第 3 部分已預留空間，讓您詳細說明您想要或不想要的護理類型。您可能希望包括您生活中已有的支援護理。

俄勒岡州預先指示和 POLST 之間有甚麼區別？

預先指示和 POLST（便攜式生命維持治療醫囑）是不同的。俄勒岡州預先指示是一種法律形式，用於表達您的意願並指定某人為您作出醫療保健決定。俄勒岡州 POLST 是一份醫療令，說明您的醫療保健計劃以及您將接受的治療。

儘管如此，還是很容易將兩者混淆。此表顯示了差異。

	預先指令	POLST （代表便攜式生命維持治療醫囑）
它是給誰的？	所有 18 歲和以上人士。	患有嚴重疾病或年老體弱且可能不需要所有治療的人。
甚麼樣的文件？	這是一份法律文件。	這是醫囑。
誰簽字？	您填寫並簽名。一名公證人或兩名證人在上面簽字。此外，您的醫療保健代表會在上面簽字。	您的醫療保健提供者會根據您的意見填寫它。然後簽字。
我需要律師嗎？	不用。	不用。
誰保留表格？	您將原件保存在親人可以找到的地方。您將副本提供給您的醫療保健代表和提供者。	您的醫療保健提供者的辦公室會保留它並將其輸入俄勒岡州 POLST 電子登記處。他們會給您一份。您可以把它貼在家裡容易找到的地方，比如放在冰箱上。
如果我改變主意，我可以更改表格嗎？	是。您可以撕掉舊的。然後寫一個新的，親人可以找到它。您將副本提供給您的醫療保健代表和提供者。	是。您可以要求預約您的醫療保健提供者來作出更改。
如果出現醫療緊急情況而我無法為自己說話怎麼辦？	您的醫療保健代表會為您說話並尊重您的意願。	救護車工作人員、醫院工作人員和醫療保健提供者在電子數據庫中查找醫囑並進行跟踪。

改編自 © The Next Door, Inc. 2019

人們可以擁有預先指示和 POLST 嗎？

是。隨著人們病情加重或虛弱，他們往往兩者兼而有之。俄勒岡州預先指示是一種表達您意願的表格。POLST 是一種將您的願望變為行動的醫囑。

您可以與您的醫療保健提供者討論您想要和不想要的治療。如果它適合您，他們可以為您填寫並簽署 POLST。

即使您有 POLST，您仍然需要預先指示。因此，請保持最新狀態。回顧一下。確保它反映了您在 POLST 中的選擇。

有關 POLST 的更多資料，請瀏覽 Oregonpolst.org。您也可以將問題發送至 polst@ohsu.edu。

我應該多久查看一次我的預先指示？

您的觀點可能會隨著時間而改變。如果您的目標和願望發生變化，請完成一個新的目標和願望。

當出現任何「六個 D」時，查看並考慮更新您的預先指示：

- 十年 當你開始你生命中的每一個新的十年。
- 死亡 當親人或醫療保健代表去世時。
- 不同意 當您的醫療保健代表不同意您的意願時。
- 離婚 離婚的時候。

- 如果您的前配偶或前同居伴侶是您的代表，您的預先指示將不再有效。
- 您需要完成新的預先指示。即使您希望您的前配偶或前伴侶繼續擔任您的代表，情況也是如此。
- **診斷** 當您被診斷出患有嚴重疾病時。
- **診斷** 當您的健康狀況惡化或無法獨立生活時。

如果我完成了新的預先指示，我該怎麼辦？

如果您填寫新表格，請告知這些人。另外，給他們一個新的副本。

- 您的醫療保健代表
- 您的醫療提供者
- 擁有您的預先指示副本的任何其他人

完成預先指示後我應該做甚麼？

1. 與您的醫療保健代表討論您的目標和您對未來醫療保健的願望。確保他們覺得能夠為您完成這項重要的工作。給他們一份您的預先指示的副本。
2. 如果您患有重病或受傷，請與您的家人和親密朋友交談，他們可能會參與其中。確保他們知道：
 - 您的醫療保健代表是誰
 - 您的願望是甚麼
3. 向您的醫療保健提供者提供一份副本。確保他們知道您的願望。
4. 將您的預先指示的副本放在容易找到的地方，例如冰箱。
5. 填寫本指南底部的卡片。把它放在您的錢包裡。

如果我需要幫助填寫預先指示怎麼辦？

如果您在填寫預先指示方面需要幫助，您可以聯絡：

- 您的醫療提供者
- 一名律師
- 監察員或其他患者倡導者。

完成下面的卡片。把它摺疊起來放在您的錢包裡。

我有一個預先指示 我的資料	我的醫療保健代表：
_____	姓名：_____
我的名字：_____	地址：_____
日期：_____	城市 / 州 / 郵政編碼：_____
我的地址：_____	電話：_____
城市、州、郵政編碼：_____	電郵：_____
電話：_____	
出生日期：_____	
電郵：_____	* 在另一面列出的替代醫療保健代表。

無障礙文件索取：對於殘疾人士或說其他語言的非英語人士，OHA 可以提供其他格式的資料，例如：翻譯、大字體或盲文版本。請致電 1-971-673-2411、711 聽障專線 (TTY) 或電郵至 COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us 與健康資訊中心聯絡。

本用戶指南由預先指示採用委員會根據預先指示規約制定。