

俄勒岡州預立醫療指示

該預立指示表允許您：

- 分享自己對於醫療保健的價值觀、信念、目標和願望，如果您無法表達出它們的話。
- 指定一名人士為您作出醫療保健決定，如果您自己無法作出該等決定的話。該人士被稱為醫療保健代表人，其必須同意擔任該角色。

請務必與您的醫療保健代表人討論您的預立指示以及您的願望。這將讓他們得以作出反映您願望的決定。建議您完整填寫表格。

《俄勒岡州預立醫療指示表》和《俄勒岡州預立指示指南》可於俄勒岡州衛生局的網站上獲取。

- 在第 1、2、5、6 和 7 部分，您指定一名醫療保健代表人。
- 在第 3 和 4 部分，您提供關於您醫療保健的說明。

預立指示表允許您表達對醫療保健的偏好。這不同於《俄勒岡州修訂法規》

(Oregon Revised Statutes, ORS) 第 127.663 條定義的便攜式維生治療醫囑

(Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST)。您可以在《俄勒岡州預立指示指南》中獲取更多關於 POLST 的資訊。

如果您因病重無法說話或自己無法作出醫療決定時，本表可在俄勒岡州用於選擇一名為您作出醫療保健決定的人士。該人士被稱為醫療保健代表人。如果您沒有指定有效的醫療保健代表人，且自己因為病重而無法說話，我們將根據《俄勒岡州修訂法規》第 127.635 (2) 條規定的優先順序為您指定一名醫療保健代表人。該代表人僅在您遭受《俄勒岡州修訂法規》第 127.635 (1) 條規定的疾病時方能決定拒絕或停止維生治療。

該表還允許您表達自身關於醫療保健決定的價值觀和信念，以及您對醫療保健的偏好。

如果您過去已完成了預立指示，則新的預立指示將取代任何舊的版本。

本表經您簽署方能生效。此外，您必須在兩位證明人或一位公證人的見證下簽署本表。

在醫療保健代表人接受您的指定前，您的指定無法生效。

如果您的預立指示中包含了關於停止器械維生或管飼的說明，則您可以隨時以任何表達您撤銷意願的方式撤銷您的預立指示。

在任何其他情況下，只要您有能力作出醫療決定，您可以隨時以任何方式撤銷您的預立指示。

《預立指示表》

1.個人資訊		
姓名（名字、中間名、姓氏）：		出生日期：
電話號碼：家庭	工作	手機
地址：		電郵地址：

2.我的醫療保健代表人		
我選擇以下人士作為我的醫療保健代表人，在我無法說話的情況下替我作出醫療保健決定。		
姓名（名字、中間名、姓氏）：		關係：
電話號碼：家庭	工作	手機
地址：		電郵地址：

如果我的首選人無法為我作出醫療保健決定或我取消了對第一醫療保健代表人的指定，我將選擇以下人士作為我的候補醫療保健代表人。

第一候補醫療保健代表人		
姓名（名字、中間名、姓氏）：		關係：
電話號碼：家庭	工作	手機
地址：		電郵地址：

第二候補醫療保健代表人		
姓名（名字、中間名、姓氏）：		關係：
電話號碼：家庭	工作	手機
地址：		電郵地址：

3. 我的醫療保健說明

該部分用於表達您對醫療保健的願望、價值觀和目標。您的說明將為您的醫療保健代表人和醫療保健提供商提供指導。

您可以透過以下作出的選擇提供關於您醫療保健的指導。這是即使您沒有選擇醫療保健代表人或無法找到醫療保健代表人都會出現的情況。

A. 我的醫療保健決定

以下是您表達願望的三種情況。它們將幫助您思考您的醫療保健代表人可能面臨的各種維生決定。針對每一項，選擇一個最滿足您願望的選項。

a. 絕症

如果出現以下情況，我想這麼做：

- 我患上了無法治愈或逆轉的疾病

以及

- 我的醫療保健提供商認為無論採取什麼治療，我都將在六個月內離世。

僅選擇一項	
_____	我想嘗試所有可獲得的維生治療，例如利用飼管和靜脈補給液進行人工餵食與補水、腎透析和呼吸機等。
_____	我想利用飼管和靜脈補給液進行人工餵食與補水，以盡力維持我的生命。我不想接受其他治療來維持我的生命，例如腎透析和呼吸機。
_____	我不想接受治療來維持我的生命，例如利用飼管和靜脈補給液進行人工餵食與補水、腎透析或呼吸機等。我想要保持舒適，然後自然死去。
_____	我想讓我的醫療保健代表人在與我的醫療保健提供商溝通並考慮對我而言重要的事項後為我作出決定。我已在以下 B 部分說明了對我而言重要的事項。

b. 逐漸惡化的晚期疾病

如果出現以下情況，我想這麼做：

- 我患上了晚期疾病。

以及

- 我的醫療保健提供商認為該疾病不會好轉，極有可能隨著時間的推移逐漸惡化，並最終導致死亡。

以及

- 我的醫療保健提供商認為我將無法：
 - » 交流
 - » 安全地吞嚥食物和水
 - » 自己照顧自己
 - » 認出家人和其他人

僅選擇一項	
_____	我想嘗試所有可獲得的維生治療，例如利用飼管和靜脈補給液進行人工餵食與補水、腎透析和呼吸機等。
_____	我想利用飼管和靜脈補給液進行人工餵食與補水，以盡力維持我的生命。我不想接受其他治療來維持我的生命，例如腎透析和呼吸機。
_____	我不想接受治療來維持我的生命，例如利用飼管和靜脈補給液進行人工餵食與補水、腎透析或呼吸機等。我想要保持舒適，然後自然死去。
_____	我想讓我的醫療保健代表人在與我的醫療保健提供商溝通並考慮對我而言重要的事項後為我作出決定。我已在以下 B 部分說明了對我而言重要的事項。

c. 永久失去意識

如果出現以下情況，我想這麼做：

- 我失去了意識。
- 以及
- 我的醫療保健提供商認為我恢復意識的希望渺茫。

僅選擇一項	
_____	我想嘗試所有可獲得的維生治療，例如利用飼管和靜脈補給液進行人工餵食與補水、腎透析和呼吸機等。
_____	我想利用飼管和靜脈補給液進行人工餵食與補水，以盡力維持我的生命。我不想接受其他治療來維持我的生命，例如腎透析和呼吸機。
_____	我不想接受治療來維持我的生命，例如利用飼管和靜脈補給液進行人工餵食與補水、腎透析或呼吸機等。我想要保持舒適，然後自然死去。
_____	我想讓我的醫療保健代表人在與我的醫療保健提供商溝通並考慮對我而言重要的事項後為我作出決定。我已在以下 B 部分說明了對我而言重要的事項。

您可以在以下空白處填寫或附上幾頁紙詳細說明您想接受或不想接受什麼樣的護理。

B. 對我而言重要的事項

該部分僅適用於您身患絕症、逐漸惡化的晚期疾病或永久失去意識的情況。如果您想使用該部分，您可以說明對您而言確為重要的事項。這將為您的醫療保健代表人提供幫助。

這是您應該瞭解的關於我生命的重要事項：

這是關於我的生命我最看重的事項：

這是關於我的生命的重要事項：

如果我無法獲得支援做以下事項，我不想接受維生手術：

選擇全部適用項

_____ 表達我的需求

_____ 擺脫長期的嚴重疼痛與折磨

_____ 知道自己是誰以及與誰在一起

_____ 擺脫維生器械生活

_____ 參與對我有意義的活動，例如：

如果您想要提供更多資訊以幫助您的醫療保健代表人瞭解對您而言重要的事項，請寫在此處。（例如：如果這會導致，我不想接受醫療保健）

C. 我的精神信仰

您是否有您的醫療保健代表人及那些照顧您的人需要瞭解的精神或宗教信仰？
例如儀式、聖禮、拒絕輸血等。

您可以在以下空白處填寫或附上幾頁紙詳細說明您的精神或宗教信仰。

4.更多資訊

如果您想讓您的醫療保健代表人及醫療保健提供商瞭解更多關於您的資訊，
請使用該部分。

A. 生活和價值觀

您可以在下面分享關於您的生活和價值觀的資訊。這將有助於您的醫療保健代表人和
醫療保健提供商作出關於您醫療保健的決定。可能包括家族史、醫療保健經歷、
文化背景、職業、社會保障體系等。

您可以在以下空白處填寫或附上幾頁紙詳細說明關於您的生活、信仰和價值觀的資訊。

B. 接受醫療保健的地點

如果有關於在哪裡接受醫療保健的選擇，您更偏好哪裡？您是否想在哪些地方接受醫
療保健或不想在哪些地方接受醫療保健？（例如，醫院、護養院、精神病院、
成人寄養家庭、贍養院、您的家。）

您可以在以下空白處填寫或附上幾頁紙詳細說明您想或不想在哪裡接受醫療保健。

C. 其它

您可以隨本表附上您認為對您的醫療保健代表人和醫療保健提供商有幫助的其他文件。隨附的內容將成為預立指示的一部分。

您可以在以下空白處列出您隨附的文件。

D. 通知其他人

您可以允許您的醫療保健代表人在州和聯邦隱私法允許的範圍內授權您的醫療保健提供商與下列人士討論您的健康狀況和醫療保健。只有您的醫療保健代表人可以作出關於您醫療保健的決定。

姓名（名字、中間名、姓氏）：		關係：
電話號碼：家庭	工作	手機
地址：		電郵地址：

5 本人簽名

本人簽名

日期

6 證明人

簽字時填寫以下 A 或 B

A. 公證人

所在州 _____

所在县 _____

已由 _____ 在本人見證下簽字或宣誓 _____
日期

俄勒岡州公證人

B. 證明人聲明

填寫本表的人與我相識，或已提供了身份證明，已在我的見證下簽署了該文件並確認了簽字，沒有出於脅迫而這樣做，且明白本表的目的和效力。此外，我並非填表人的醫療保健代表人或候補醫療保健代表人，也不是其主診醫療保健提供商。

證明人姓名（工整書寫） _____

簽名: _____

日期 _____

證明人姓名（工整書寫） _____

簽名: _____

日期 _____

7. 醫療保健代表人的接受

我接受這一指定，同意擔任醫療保健代表人。

醫療保健代表人：

工整書寫姓名

簽名或其他接受驗證

日期

第一候補醫療保健代表人：

工整書寫姓名

簽名或其他接受驗證

日期

第二候補醫療保健代表人：

工整書寫姓名

簽名或其他接受驗證

日期

無障礙閱讀文件：對於有殘障的人士或者非英語母語人士，OHA 可使用其他格式提供資訊，例如翻譯文本、大字體或盲文。請聯絡健康資訊中心，電話：1-971-673-2411，711 TTY 或電子郵件：COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us。