

# 俄勒冈州医疗保健预设医疗指示指南

## I. 介绍

本指南旨在帮助您完成俄勒冈州医疗保健预设医疗指示。它回答了很多人对此的疑问。

### 俄勒冈预设医疗指示的目的是什么？

它是一份法律表格，让您：

1. 在您不能自己做出医疗保健决定的情况下，指定一个人来为您做医疗保健决定。
2. 写下您的医疗保健目标和愿望，让他们知道。这是在您将来无法将其表达出来的情况下使用的。

### 俄勒冈预设医疗指示适用于哪些人？

它适用于居住在俄勒冈州满的 18 岁的成人。

### 什么是医疗保健代表，其职责是什么？

在您不能为自己做出医疗保健决定的情况下，您会选择该人来代您做出医疗保健决定。只有在医护人员认定您无法为自己做出医疗保健决定时，他们才会这样做。

遵循您的愿望、价值观和目标是您的医疗保健代表的工作。与他们谈谈您的愿望。您可以从您的预设医疗指示开始谈起。

您可以做的最重要的事情之一就是选择一位医疗保健代表，这是为了确保您的愿望得到尊重。与他们进行沟通以确保他们了解您的愿望。

## II. 填写预设医疗指示

### 俄勒冈州预设医疗指示有哪些部分？

它包含 7 个部分。以下是有关每一项的更多详细信息：

#### 第 1 部分 本人信息。

使用您当前的联系信息填写此部分。

#### 第 2 部分 我的医疗保健代表

您可以在此处指定至少一名医疗保健代表。您最多可以指定三名。他们是：

- 初级医疗保健代表
- 第一位候补人
- 第二位候补人

您选择的医疗保健代表不能是您的医护人员或您接受护理的医疗保健机构的所有者、经营者或雇员。您可以在 [https://www.oregonlegislature.gov/bills\\_laws/ors/ors127.html](https://www.oregonlegislature.gov/bills_laws/ors/ors127.html) 查阅 [ORS 127.505](#)，以获取更新详细信息。

填写每个医疗保健代表的当前联系信息。如果您不能自己进行表达，让您的医护人员能够与其联系是至关重要的。

以下是关于您的医疗保健代表的更多信息：

- 每个人都必须同意接受这一职责。
- 在任何特定时间，只有一个人可以为您发声。如果您的初级医疗保健代表无法提供服务，则该任务将转交给第一位候补人，然后再转交给第二个候补人。
- 确保他们有权查看您的医疗记录。致电您的医护人员办公室，询问如何进行安排。

如果您不指定医疗保健代表，俄勒冈州法律规定在您不能指定的情况下，将为您指定为您做决定的人员。您可以在 [https://www.oregonlegislature.gov/bills\\_laws/ors/ors127.html](https://www.oregonlegislature.gov/bills_laws/ors/ors127.html) 查看 [ORS 127.635 \[2\]](#)，以获得更多的详细信息。

### 第 3 部分 我的医疗保健说明

您可以在此表达您对护理的愿望、价值观和目标。它罗列了一些问题，以帮助您与您的医疗保健代表交流。它还为他们和您的医护人员提供指南。

您的回答可以帮助医护人员建议符合您意愿的护理。即使您没有选择医疗保健代表，情况也会是如此。

第 3 部分包括三个方面的问题：

- 1. 我的医疗保健决定。** 俄勒冈州预设医疗指示包括三种情况，以供您表达您对每种生命支持类型的愿望。它们是：
  - 1) 如您有绝症
  - 2) 如您患有晚期进行性疾病或
  - 3) 如您永久性失去意识

您可以在 [https://www.oregonlegislature.gov/bills\\_laws/ors/ors127.html](https://www.oregonlegislature.gov/bills_laws/ors/ors127.html) 查阅 [ORS 127.505](#) and [ORS 127.635](#)，以获得其定义

在残障状态中生活与患有晚期渐进性疾病不同。您应该选择您喜欢或不喜欢的生命支持性类型。或者，您可以选择让您的医疗保健代表为您做决定。

2. **对我和为我说最重要的事情。**在这里，您可以说出对您的生活来说最重要的事情，以及您最看重的事情。您还可以表达为您护理的重要方式。您可以表达在哪些情况下（如有），您不希望采取措施维持生命。
3. **我的精神信仰。**对许多人来说，生命尽头是一个深刻的精神时刻。在这里，您可以表达您的精神或宗教信仰。您还可以表达这些可能如何影响您的医疗保健选择，以便为您提供符合您的信仰的护理。

## 第 4 部分 更多信息

您可以在此处添加额外信息以指导您的护理。这包括四个方面的问题：

1. **生命和价值观。**如您希望您的医护人员和代表更多地了解您的生活、价值观和愿望，请使用此选项。您还可以分享为什么您有某些愿望。
2. **护理地点。**如您可以选择接受护理的地点，您可以在这里表达您的愿望。例如，有些人强烈希望在家里得到照顾。其他人可能想在医院。
3. **其他。**您可以在此表格中附上文件，以帮助指导您的医护人员和代表。这可以是：
  - 您写下的表达您价值观的文件
  - 关于您现在正在接受哪些类型的护理的信息。这对于残疾人员或患有慢性疾病的人来说可能很重要
  - 您想分享的任何其他信息
4. **通知他人。**您可以在此处列出您的医疗保健代表和医护人员可以与之谈论您的健康状况和护理的人员。这些人不得就您的护理做出任何决定，只有您的医疗保健代表可以这么做。

## 第 5、6、和 7 部分。

第 5 部分是您签署表格的地方。

在第 6 部分，或

- 必须有两名成年见证人在表格上签字。任何证人都不能是您的医疗保健代表或医护人员。或
- 公证人必须在表格上签字。

在第 7 部分中，您的医疗保健代表必须接受该职责。他们可以通过签署此表格或告诉某人他们接受作为您的医疗保健代表的职责来实施这一点。

## 如果我没有填写所有部分怎么办？

如您填写表格的所有部分，这将是有帮助的。不过，您可以选择仅填写某些内容。

这是您需要做的，以确保您的俄勒冈州预设医疗指示是合法有效的：

确保使其有效：	那是什么部分？
它必须列出您的姓名、出生日期、地址和其他联系信息。	第 1 部分
它必须列出每个医疗保健代表的姓名、地址和其他联系信息。	第 2 部分
您必须对其进行签字，并标注日期。	第 5 部分
该表格必须由两名见证人签署或由公证人签字。	第 6 部分
每个医疗保健代表都必须接受该职责。他们可以通过签署或告诉某人他们接受作为您的医疗保健代表的角色和职责来实施这一点。	第 7 部分

您不必填写第 3 部分和第 4 部分，您的预设医疗指示就可以生效。但是填写这些部分可以指导您的医护人员了解您希望获得的护理。即使您不选择医疗保健代表，情况也会是如此。

## III. 更多信息

### 如我有残疾怎么办？

如果您有残疾，以下是您在填写表格时可能采取的更多步骤：

- 您可能希望咨询与残疾人一起工作的人。这包括，但不限于：
  - 同龄人和有生活经验的人
  - 值得信赖的医疗机构
  - 法律专家
- 如果您居住在护理机构，您可以向监察员寻求帮助。
- 您可能还想包括有关现在帮助您做出医疗保健决定的照护人或监护人的信息。
- 分享您日常生活可能需要的帮助或协助。
- 第 3 部分包含供您详细说明您想要或不想要的护理类型的空间。您可能希望已包括在您生活中的支持性护理。

### 俄勒冈州预设医疗指示和 POLST 之间有什么区别？

预设医疗指示和 POLST（代表生命维持治疗的便携式医嘱）是不同的。俄勒冈州预设医疗指示是一份法律表格，用于表达您的意愿，并指定某人为您做出医疗保健决定。俄勒冈州 POLST 是一份医嘱，说明您的医疗保健计划以及您将接受的治疗。

尽管如此，还是很容易将两者混淆。此表展示了差异。

	预设医疗指示	POLST（代表生命维持治疗的便携式医嘱）
它是给谁的？	年满 18 岁的所有人士。	患有严重疾病或年老体弱且可能不需要所有治疗的人员。
它是什么样的文件？	这是一份法律文件。	这是一份医嘱。
谁签署它？	您填写并签名。一位公证人或两位见证人在上面签字。此外，您的医疗保健代表在上面签字。	您的医护人员会根据您的意见进行填写。然后签署。
我需要律师吗？	否。	否。
谁保留该表格？	您将原件保存在亲人可以找到的地方。您给您的医疗保健代表和医护人员一份副本。	您的医护人员的办公室会保留它，并将其输入俄勒冈州 POLST 电子登记处。他们会给您一份副本。您可以把它贴在家里容易找到的地方，比如冰箱上。
如果我改变主意，我可以更改表格吗？	是。您可以撕掉旧的那份。然后写一份新的，放在亲人可以找到的地方。您给您的医疗保健代表和医护人员一份副本。	是。您可以要求与您的医护人员预约以进行更改。
如果出现医疗紧急情况而我无法自行表达怎么办？	您的医疗保健代表会为您说话并尊重您的意愿。	救护车工作人员、医院工作人员和医护人员在电子数据库中查找并遵循医嘱。

改编自 © The Next Door, Inc. 2019

## 人们可以拥有预设医疗指示和 POLST 吗？

是。随着人们病情加重或虚弱，他们往往两者兼而有之。俄勒冈州预设医疗指示是一种表达您意愿的表格。POLST 是一个医嘱，它把您的愿望变成行动。

您可以与您的医护人员讨论您希望获得和不希望获得的治疗。如果它适合您，他们可以为您填写并签署 POLST。

即使您有 POLST，您仍然需要预设医疗指示。因此，请保持它的最新状态。查看它，确保它反映了您在 POLST 中的选择。

有关 POLST 的更多详细信息，请转至 [Oregonpolst.org](http://Oregonpolst.org)。您还可以将问题发送至 [polst@ohsu.edu](mailto:polst@ohsu.edu)。

## 我应该多久查看一次我的预设医疗指示？

您的看法可能会随着时间而有所改变。如果您的目标和愿望发生变化，请填写一个新的。

当出现任何“六个 D”时，查看并考虑更新您的预设医疗指示：

- D 十年            当您开始您生命中的每一个新的十年时。
- D 死亡            当亲人或医疗保健代表死亡时。
- D 异议            当您的医疗保健代表不同意您的意愿时。
- D 离异            当您离婚时。
  - 如果您的前配偶或前家庭伴侣是您的代表，您的预设医疗指示将不再有效。
  - 您需要完成新的预设医疗指示。即使您希望您的前配偶或前伴侣继续担任您的代表，情况也会是如此。
- D 诊断            当您被诊断出患有严重疾病时。
- D 下降            当您的健康状况恶化或无法独立生活时。

### **如果我完成了新的预设医疗指示，我该怎么办？**

如果您填写新表格，请告知这些人员。此外，给他们一份新的副本。

- 您的医疗保健代表
- 您的医护人员
- 拥有您的预设医疗指示副本的任何其他人

### **完成预设医疗指示后我应该做什么？**

1. 与您的医疗保健代表讨论您的目标，以及您对未来医疗保健的愿望。确保他们觉得能够为您完成这项重要的任务。给他们一份您预设医疗指示的副本。
2. 如果您患有重病或受伤，请与您的家人和可能参与其中的密友进行交流。确保他们了解：
  - 您的医疗保健代表是谁
  - 您的愿望是什么
3. 给您的医护人员提供一份副本。确保他们知道您的愿望。
4. 将您的一份预设医疗指示放在容易找到的地方，例如冰箱上。
5. 请填写本指南底部的卡片，把它放在您的钱包里。

### **如果在填写预设医疗指示时我需要帮助怎么办？**

如果您在填写预设医疗指示方面需要帮助，您可以联系：

- 您的医护人员
- 律师

- 监察员或其他患者支持者。

填写下面的卡片，将其折叠并放在您的钱包中保存。

<b>我有一个预设医疗指示 我的信息</b>	<b>我的医疗保健代表：</b> 姓名： <hr/> 地址： <hr/> 城市 / 州 / 邮编： <hr/> 电话： <hr/> 电子邮件： <hr/>
我的姓名： <hr/> 日期： <hr/> 我的地址： <hr/> 城市，州，邮编： <hr/> 电话： <hr/> 出生日期： <hr/> 电子邮件： <hr/>	* 将候补医疗保健代表列在背面。

**文件可访问性：**对于残障人士或说英语以外的其他语言的人，OHA 可以提供其他格式的信息，例如翻译、大号字体或盲文。请致电 1-971-673-2411、711 TTY，或发送电子邮件至 [COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us)，与健康信息中心联系。

本用户指南由预设医疗指示采用委员会根据《预设医疗指示法令》制定。