

预立医疗指示填写

分步指南

预立照护规划旨在让他人知晓您的医疗保健目标、价值观和偏好。

提前规划很重要，现在就是表达您意愿的最佳时机。

完成预立医疗指示可为您的亲人提供安慰和指导，他们在某些时候可能需要代表您表达您的意愿。

本分步指南旨在帮助您思考对您最重要的事项。

本指南包括相关解释和考虑周密的练习，可以帮助您以适合您的方式填写指示。本指南页面右侧的色条对应您的指示中颜色相同的部分。

Cedars-Sinai 可提供多种资源帮助您填写指示，包括社会工作者、精神关怀专家和免费的预立照护规划课程。

有关这些资源和其他资源的信息，请参见本指南的封底。

我们开始吧！

目录

第 1 部分：

我的医疗保健代理人

第 A 节：选择我的医疗保健代理人	3-4
第 B 节：我希望医疗保健代理人在什么时候开始代表我？	5

第 2 部分：

我的医疗保健目标、价值观和偏好

第 A 节：生活质量	6-9
第 B 节：治疗范围	10-11

第 3 部分（选填）：

其他偏好：

器官捐献	
我死亡后的意愿	12

第 4 部分：

我希望他人多严格遵循我的预立医疗指示？

13

第 5 部分（选填）：

确定我的医生

14

第 6 部分：

签署我的预立医疗指示

15

常见问题解答

17-18

其他资源

封底



第 1 部分： 我的医疗保健代理人

第 A 节：选择我的医疗保健代理人

- 本节旨在帮助您完成指示的第 1 部分第 A 节（第 2 页）。
-

本节要求您确定您的医疗保健代理人（也被称为“持久医疗保健授权书”或 DPOA）。

您需要知道以下事项：

医疗保健代理人是什么？

医疗保健代理人是您信任的人，将代您表达您的医疗保健目标、价值观和偏好。一旦做出选择医疗保健代理人的重要决定，您将需要在指示中的本节指定该人。

我的医疗保健代理人会做些什么？

如果您无法（或选择不自行）参与您的医疗保健决策，您的医疗保健代理人将发挥重要作用，包括采取以下行动：

- 与医疗保健提供者讨论您的健康状况
- 讨论您的药物、检查和治疗方案
- 在表明时代表您签署手术知情同意书
- 决定您将在何时何地接受治疗
- 如有必要，审查您的病历和信息
- 如有必要，授权披露您的病历
- 确保您有关器官捐献、尸体解剖和丧葬安排（包括火葬或土葬）的意愿得到遵循（或者在您无法表达自己的意愿时代您表达）

注意：您的医疗保健代理人不负责支付您的医疗费用或处理任何财务或法律事务。

我应该选择谁作为我的医疗保健代理人？

您可以自行决定由谁担任您的医疗保健代理人。许多人会选择自己最亲近的人，此人可以是您的配偶、另一半、兄弟姐妹、成年子女、好友或任何您信任的人。最重要的是，您要指定一名即使在情绪受到影响时也能冷静传达您意愿的代理人。

第 1 部分第 A 节 (续)

您的医疗保健代理人应该：

- 年满 18 岁
- 对您非常了解
- 值得信任，能够尊重您的意愿
- 在艰难时刻也能做出选择
- 能够保持冷静并能清晰地思考
- 能够与医疗保健提供者和您的家庭成员进行有效沟通
- 愿意做您的代理人

您还应该记住以下几点：

- 您的医疗保健代理人只要能够随叫随到，则不必住在您的附近。
- 您的医疗保健代理人不能是密切参与您医疗护理的持证医疗专业人员。

如果我不选择医疗保健代理人会怎样？

如果您希望确保您信任的人在必要时能代表您与您的医疗保健团队进行沟通，最好指定一名医疗保健代理人。

但是，选择医疗保健代理人并非强制要求。如果您没有指定医疗保健代理人，在将来您无法表达自己的医疗保健价值观和偏好时，您的医疗保健团队将与您最亲近的人沟通，以确定对您最重要的事项。但请记住，这并不是明智之举，因为如果您没有指定医疗保健代理人，您生命中的不同人之间可能会产生意见分歧，导致医生难以理解什么对您最重要。

替补医疗保健代理人—我是否需要指定多名代理人？

简单来说，“不需要”。但是，您的指示允许您指定一名主要医疗保健代理人 and 几名替补代理人。如果您选择的主要医疗保健代理人不能或不愿履行其职责，您的替补代理人将按照列出优先顺序代您行事。因此，指定一名替补代理人也很重要。

选好您的医疗保健代理人并完成您的预立医疗指示后，一定要与该人讨论您的选择并向其提供一份指示的副本。

如果您随后改变主意，您可以随时填写新的指示来更改您的选择。

第 B 节：我希望医疗保健代理人在什么时候开始代表我？

- 本节旨在帮助您完成指示的第 1 部分第 B 节 (第 3 页)。
-

本节将表明您希望您的医疗保健代理人何时代您表达意愿。

如果您希望尽可能长久地参与您的医疗保健决策，您可以选择选项 1：“**当我的医生确定我无法表达自己的目标、价值观和偏好时。**”

但是，如果您希望您的医疗保健代理人立即参与您的医疗保健决策，您可以选择选项 2：“**从现在开始，即使我仍然具备自我表达能力。**”

如果您随后改变主意，您可以随时填写新的指示来更改您的选择。



第 2 部分： 我的医疗保健目标、价值观和偏好

第 A 节：生活质量

- 本节旨在帮助您完成指示的第 2 部分第 A 节（第 4 页）。
-

本节允许您与您的医疗团队分享您认为可以接受的生活质量。这些信息将帮助您的医疗团队更好地了解您，以及什么对您最重要。这可能是一个具有挑战性的话题，因为您需要思考：

- 是什么值得让我活下去？
- 关于我的身心健康，我最看重什么？
- 我的生命中不能缺少什么？

以下页面包含一系列练习，可帮助您填写本节。

这些练习可分为三类：**生理和身体能力**、**认知能力**以及**互动、社交和社区居住能力**。根据您的每个短语的评分，您可以在您的指示中本节的对应空格处填写您认为对您最重要的短语。

说明

阅读以下页面中的每个短语，并圈出最能准确反映该生活方面对您的重要性的数字。

请根据以下 1-5 的等级进行评分：

1: 不重要

可有可无

3: 有些重要

对我来说重要，但如果没有我也可以接受

5: 极其重要

不可或缺

第 2 部分第 A 节 (续)

生理和身体能力

在所有日常活动中能够保持完全独立 (例如自己吃饭、洗澡、穿衣)

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

能够自我掌控身体机能 (例如大小便)

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

尽可能保持舒适 (没有疼痛)

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

能够在不永久性连接生命支持设备的情况下生活

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

能够下床

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

能够走路

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

能够在没有他人帮助的情况下四处走动

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

能够外出

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

第 2 部分第 A 节 (续)

认知能力

能够参与我的医疗保健决策

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

保持清醒

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

有意识 (神志清醒)

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

能够清晰地思考

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

第 2 部分第 A 节 (续)

互动、社交和社区居住能力

知道自己没有成为他人的负担

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

与其他人聊天

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

以某种方式与其他人交流

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

让我的家人或朋友（而非陌生人）照顾我

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

能为家庭幸福做出贡献

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

不长期住在医疗保健机构（例如医院或养老院）

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

不孤独地死去

不重要		有些重要		极其重要
1	2	3	4	5

如有其他想法，您可以写在指示中的多行空格处。您还可以将这些答案包含在您的指示中——将这些页面附到您的指示中即可。

第 B 节：治疗范围

在上一节中，您思考了生活质量问题。在本节中，我们将探讨您愿意接受多少医疗手术、治疗或干预措施来达到预期的生活质量。

- 本节旨在帮助您完成指示的第 2 部分第 B 节 (第 5 页)。
-

在大多数情况下，医疗保健系统会自动提供所有必要的手术、治疗和干预措施，以使您的身体保持活力。您可能愿意或不愿接受某些救治措施，因此才有必要表明您的偏好。

本节要求您完成以下句子：

“如果我的医生认为我有合理的机会恢复到第 4 页所述的生活质量，我愿意接受以下救治 (选择最符合您意愿的选项)”

您可以从以下三个选择中选择一项：

选项 1：

我的医疗保健团队提供的所有手术、治疗和干预措施

选择此选项，即表示您告知您的医疗保健提供者，为了实现您的目标，您愿意无限制地接受各种侵入性医疗手术、治疗或干预措施。

请务必了解，如果我们向您提供所有手术、治疗和干预措施，它们可能会导致意外的副作用。您的医疗保健提供者将始终尽可能地减少这些不良影响，但您仍有可能出现并发症或副作用。

选项 2:

我的医疗保健团队提供的所有手术、治疗和干预措施，但以下救治除外：

有些人极其**不**愿意接受某些医疗干预措施。选择此选项，即表示您告知您的医疗保健提供者，您**知道**自己**绝不**希望接受某些干预措施。例如：连接呼吸机，或接受胸部按压或电击。这是非常重要的信息，因为您的医疗保健提供者绝不会提供您无法接受的治疗。

在确定是否愿意接受某些医疗手术、治疗和干预措施时，您需要考虑很多因素。这些因素包括：

- 它们的侵入性如何
- 它们的风险有多大
- 您需要它们的时间有多长
- 它们可能会给您带来多少痛苦
- 它们成功的可能性有多大
- 它们可能对您或您的家人产生的情感、财务或社会影响
- 精神或宗教影响

选项 3:

尽管了解了各种信息，您可能仍然不确定如何回答这个问题。如果是这样的话，您只需选择第三个选项：

我不确定。

如果您选择该选项，它的含义就是字面意思：您还不确定。这样的选择完全没问题。您可以随时改变主意（以及您的预立医疗指示）。请放心，您的治疗团队在向您提供任何手术、治疗或干预措施前，将始终尽最大努力与您和/或您的医疗保健代理人进行确认。

如果您对此有任何疑问，请咨询您的医生并与亲近之人讨论。此外，还有许多有用的资源可以帮助您做出这些重要决定，详见本指南的封底。

第 3 部分（选填）： 其他偏好

- 本节旨在帮助您完成指示的第 3 部分（第 7 页）。
-

器官捐献

死亡后捐献器官和组织可以挽救他人的生命。如果您想成为器官捐献者，请在指示中的本节表明您的偏好。

我们还建议您在驾照上注明此偏好来进行正式登记。

相关机构在您死亡后可能也会就器官捐献事宜询问您的家人，因此请务必让他们知道您的偏好。

如需了解有关器官和组织捐献的更多信息，请访问 donatelifecalifornia.org

我死亡后的意愿

您可能希望就您死亡后的意愿作出说明。

例如，您可能希望与其他家庭成员一起埋葬在某个地方（例如墓地）。或者您可能更希望进行火化，并将骨灰放置或撒在某个特殊的地方。

您可能还有其他具体的愿望，例如您想要什么样的葬礼或追悼会、举行葬礼或追悼会的地点、您想在葬礼或追悼会上播放什么歌曲或宣读什么悼词、您希望将器官或组织捐赠给什么机构，或者您希望发布怎样的讣告信息。您可以在本节表达您的这些意愿。

第 4 部分：

我希望他人多严格遵循我的预立医疗指示？

- 本节旨在帮助您完成指示的第 4 部分（第 8 页）。

回答这个问题将帮助您传达您希望他人多严格遵循您在指示中做出的选择。有两个选项可供您选择，每个选项有不同的含义。

在回答本节的问题之前，请先参考以下解释：

选项 1：根据我目前所知的事实，作为一般指导

此选项表示您希望将您的选择视为“**一般指导**”。这意味着，尽管您已经表达了自己的偏好，但您认识到自己无法预测到所有情况或在每种情况下您愿意接受什么治疗。选择此选项，即表示您的医疗保健代理人和/或医疗保健团队可以做出不同于您的指示的选择。当然，仅当他们认为这些不同的选择更适合您当时的病情和价值观时，他们才会考虑这样做。

选项 2：在任何情况下都得到严格遵循

此选项表示您希望您的选择在任何情况下都能得到“**严格遵循**”。这意味着您在指示中表达的偏好在任何情况下都应按照您的书面意愿得到严格遵循。如果您非常清楚自己在指示中表达的意愿并强烈希望其被严格遵循，决不允许任何人做出有悖于您意愿的决定，那么您可以选择此选项。

如果您想在指示中加入其他想法或信息，可以写在指示第 8 页底部的空格处。

如果您对此有任何其他疑问，请咨询您的医生并与亲近之人讨论。

第 5 部分 (选填) :

确定我的医生

- 本节旨在帮助您完成指示的第 5 部分 (第 9 页)。
-

可能有医生非常了解您的目标、价值观和偏好。

如果是这样，并且如果您希望他们参与您的医疗保健讨论，请在本节中将其列出。

也要记得与您的医生讨论您的目标、价值观和偏好，并向他们提供一份指示的副本。

如果您是 Cedars-Sinai 的患者并将您的指示副本提供给了您的医生，该副本将被上传到名为 My CS-Link™ 的电子健康记录系统中。这样更便于您的治疗团队中的任何成员查看。

第 6 部分： 签署我的预立医疗指示

- 为使您的指示合法有效，您必须在指示的第 6 部分签名，但要有一名公证人或两名见证人在场（第 11-15 页）。
-

第 13 页：在公证人的公证下签署我的预立医疗指示

如果您认为家庭内部可能会出现意见分歧或冲突，公正的公证人可能会有所帮助。

如果您在 Cedars-Sinai 填写您的指示，我们可以帮助您寻找公证人。

如果您在家中填写指示，您可以在多个机构寻找公证人，包括：当地银行、旅行社或房地产代理公司、法院、保险公司或律师事务所。流动公证人也可以上门提供帮助。

第 14 页：在见证人的见证下签署我的预立医疗指示

您的见证人必须：

- 年满 18 岁
- 看着您签署指示

您的见证人不能：

- 是您的医疗保健代理人
- 是您的医疗保健提供者
- 是您的医疗保健提供者的雇员
- 在您居住的地方工作

此外，至少一名见证人不得与您有任何关系，也不得在您死亡后通过继承您的钱财或财产而获得任何经济利益，因为这可能造成潜在的利益冲突，从而使您将来的治疗规划和决策变得复杂。

第 15 页：特殊见证要求

如果您是养老院或专业护理机构的患者，患者维权人或监察员也需要签名。



常见问题解答

如果我没有预立医疗指示该怎么办？

无论您是否有指示，您都将获得医疗护理。预立医疗指示只是让他人有机会知晓您的目标、价值观和偏好，以防止您将来无法表达自己的意愿。

如果我做出选择后改变了主意该怎么办？

除非您改变主意，一份正确填写的预立医疗指示将长期有效，并且您可以随时更改您的选择。如果您改变主意，最好是重新填写一份指示并废除旧的指示，同时将所做更改告知所有相关人员。填妥新的指示后，任何之前的版本将自动废除。您应该至少每年审查一次您的指示，以确保它包含的信息仍然准确并仍能反映您的目标、价值观和偏好。

如果我要做出的医疗保健选择不在此表格上怎么办？

您可以在预立医疗指示的附页（第 16-17 页）上写下您的任何想法或加入任何信息。请务必将任何附页附在您的指示中。

我已填好预立医疗指示，接下来该怎么办？

1. 对您的指示进行公证或让两名符合条件的见证人签署文件。
 - 选项 1：在公证人的公证下签署文件。
 - 选项 2：让两名符合条件的见证人签署文件。
2. 将文件副本提供给：
 - 您的医疗保健代理人
 - 您的所爱之人
 - 您的主治医生
 - 您的律师
3. 确保通过以下方式之一将预立医疗指示上传到您的电子病历中：

上传到 My CS-Link™	传真到 Cedars-Sinai	邮寄到 Cedars-Sinai	通过电子邮件将电子副本发送给 Cedars-Sinai
<p>网站： mycslink.org</p> <p>使用“资源”下列出的“预立医疗指示”页面。 请在第一页注明您的姓名和出生日期。</p>	<p>传真号码： 310-248-8078</p> <p>请在第一页注明您的姓名和出生日期。</p>	<p>邮寄地址： Health Information Department 8700 Beverly Blvd. South Tower, Room 2901 Los Angeles, CA 90048</p> <p>请在第一页注明您的姓名和出生日期。</p>	<p>电子邮件地址： groupMNSHID@cshs.org</p> <p>请在第一页注明您的姓名和出生日期。</p>

4. 请将原件保存在安全（但容易获取）的地方。

我应该将我的预立医疗指示保存在什么地方？

将您的指示副本上传到您的电子病历后，也要将副本提供给您的医疗保健代理人、所爱之人、医生和律师，并将原件保存在安全但易于获取的地方。

POLST 表格是什么？除了预立医疗指示外，我是否需要填写该表格？

POLST 的全称是 Physician Orders for Life-Sustaining Treatment（维持生命治疗令）。这是一份印在亮粉色纸张上的表格，由您和您的医生、执业护士或医师助理共同签署。**POLST** 表格不能取代您的指示；但它们可以起到相互补充的作用。**POLST** 表格中有您的医生、执业护士或医师助理根据您的医疗保健提供者的最佳医疗判断以及您的目标、价值观和偏好，就您将接受的治疗类型给出的医嘱。例如，**POLST** 表格中可说明您是否适合接受 CPR（心肺复苏术）。

所有成年人都应该制定预立医疗指示，但并不是每个人都需要填写 **POLST** 表格。只有身患重病的临终患者才需要填写 **POLST** 表格。关于您是否需要填写 **POLST** 表格，请咨询您的医生。

生前遗嘱和普通遗嘱有什么区别？

与所有预立医疗指示一样，生前遗嘱仅涉及医疗保健。它在您活着的时候即可生效。反之，普通遗嘱关乎您的遗产和财产，仅在您去世后才会生效。

我的预立医疗指示是否在多个州有效？

虽然每个州都有不同的法律规定和预立医疗指示表格，但所有州都应尊重正确填写的预立医疗指示。只要满足以下三个条件，任何预立医疗指示表格都有法律效力：

- 您的签名和签署日期
- 两名合格见证人或一名公证人的签名
- 如果您是养老院或专业护理机构的患者，还需要患者维权人或监察员的签名

如果您对此有任何疑问，最好与相关州的法律代表进行讨论。