

第 1 步：选择您的健康护理代表。

指定您信任的某个人在您无法自己做出决定时做出健康护理选择。考虑您生活中出现的人 — 您的家人和朋友。选择某人成为您的健康护理代表。询问此人是否愿意为您做这件事。

选择符合下列条件的家庭成员或朋友：

- 18 岁或以上而且非常了解您
- 愿意为您做这件事
- 能够基于您的愿望做出非常困难的决定
- 会将您在此文件包中提供的信息有效传达给健康护理提供者和家庭成员

您的健康护理代表可以：

- 决定您将接受护理的地点
- 选择或解雇健康护理提供者
- 对于药物、测试、治疗表示接受/拒绝
- 表明您离世后躯体和器官如何处理
- 采取实现您的愿望所需的合法行动

您的代表**不可以**是您的医生或在您接受护理的医院或诊所工作之人，除非他或她是您的家庭成员。

指定您的健康护理代表。

1) 我希望此人在我无法自己做出医疗决定时为我做出决定：

名字	姓氏	关系	
家庭电话/手机	工作电话	电子邮箱	
街道地址	城市	州	邮政编码

如果第一个人无法做出我的医疗决定，那么我希望以下人员为我做出医疗决定：

名字	姓氏	关系	
家庭电话/手机	工作电话	电子邮箱	
街道地址	城市	州	邮政编码

2) 在您同意的句子旁边写下 X：

___ 我的健康护理代表**仅**在我无法自己做出决定的情况下为我做出决定。

或者

___ 我的健康护理代表可以在我签署此表格后**立即**为我做出决定。

此预立医疗指示属于：(请在此横线上用印刷体书写您的姓名)		出生日期

此预立医疗指示和健康护理代表任命符合阿拉斯加州健康护理决策法案 (Alaska Health Care Decisions Act) (阿拉斯加修订法典 (Revised Code of Alaska) 第 13 卷第 52 章)。

第 2 步：做出您的健康护理选择。

您的生命价值是什么？

1) 我的生命 (选择 A 或 B) :

- A) 始终有价值，无论我病得多么严重
- B) 仅在满足下列条件时才有价值 (勾选对您而言正确的所有项) :
 - 我可以与家人和朋友交谈
 - 我可以从昏迷中醒来
 - 我可以进食、沐浴或自理
 - 我可以不再感觉到疼痛
 - 我可以在不依赖机器的情况下生活
 - 我不确定

2) 如果我即将离世，对我来说至关重要的一项是 (选择一项) :

- 在家
- 在医院或其他护理中心
- 我不在意自己在何处接受护理

宗教或精神信仰

1) 宗教或精神生活对您而言重要吗？

- 是 否

2) 您有信奉的宗教或信仰吗？如果有，是什么？

3) 您的医生对于您的宗教或精神信仰应该了解哪些信息？

此预立医疗指示属于：(请在此横线上用印刷体书写您的姓名)

出生日期

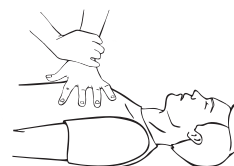
第 2 步：做出您的健康护理选择（续）。

生命维持

生命维持程序可用于尽力维持您的生命。其中包括：

CPR 或心肺复苏 — 这可能涉及：

- 用力按压您的胸部，确保您的血液流动畅通
- 电击让您的心脏开始跳动
- 静脉药物



呼吸机或通气机 — 此机器将空气泵入您的肺部，并让您通过置入喉咙的管子进行呼吸。您使用此机器时无法说话或进食。



透析 — 此机器在您的肾脏衰竭时清洁您的血液。

饲管 — 饲管在您无法吞咽时为您的身体提供食物。饲管从您的喉咙探入您的胃部。也可通过手术放置。

输血 — 这将在您的静脉中输入血液。



手术和/或药物

在您最同意的一项陈述旁边写下 X。

如果我的病情很严重，很快会离世：

- 尝试我的医生认为有帮助的所有生命维持治疗。如果治疗没有作用而且几乎没有好转的希望，**我希望继续使用生命维持机器**，即使我会遭受痛苦也要这么做。
- 尝试我的医生认为有帮助的所有生命维持治疗。如果治疗没有作用而且几乎没有好转的希望，**我不希望继续使用生命维持机器**。如果我会遭受痛苦，我希望停止生命维持治疗以便让我能够安详离世。
- **我不想要生命维持治疗**。我希望仅关注我的舒适度。我宁愿自然死亡。
- 我希望我的**健康护理代表**做出决定。
- 我不确定自己希望做什么。

--	--

此预立医疗指示属于：(请在此横线上用印刷体书写您的姓名)	出生日期
------------------------------	------

第 2 步：做出您的健康护理选择（续）。

捐赠您的器官

您的医生可能在您离世后询问器官捐赠和尸检事宜。捐赠您的器官可以帮助拯救生命。在您最同意的一个选项旁边写下 X。

___ 我想捐赠我的器官：

___ 所有可用的任何器官。

___ 仅部分器官（请注明您希望捐赠哪些器官或组织）。

___ 我不想捐赠我的任何器官。

___ 我希望我的健康护理代表做出决定。

___ 我不确定自己希望做什么。

尸检

尸检是在死亡后执行，目的在于找出某人死亡的原因。这是手术程序。尸检可能耗费数日。在有些情况下，尸检可能是法律要求执行的。在您最同意的一个选项旁边写下 X。

___ 我想尸检。

___ 我不想尸检。

___ 我希望仅在我的死亡原因存疑的情况下进行尸检。

___ 我希望我的健康护理代表做出决定。

___ 我不确定自己希望做什么。

--

此预立医疗指示属于：(请在此横线上用印刷体书写您的姓名)	出生日期
------------------------------	------

第 2 步：做出您的健康护理选择（续）。

须考虑的其他事情

在您离世后还有哪些对您来说重要的愿望？例如，是否有您的健康护理团队应该知道的关于如何处理您的躯体的任何文化、宗教或精神方面的注意事项？

是否有您希望联系从而完成您的葬礼或丧葬愿望之人？如果回答是，是何人？

此预立医疗指示属于：(请在此横线上用印刷体书写您的姓名)	出生日期

第 3 步：概述您的健康护理代表的权力。

您的健康护理代表可以帮助做出关于下列方面的决定：

生命维持治疗 — 帮助您延长生命的医疗护理：

- CPR 或心肺复苏
- 呼吸机或通气机
- 透析
- 饲管
- 输血
- 手术
- 药物

临终关怀

如果您很快会离世，您的健康护理代表可以：

- 致电精神领袖
- 帮助决定您在家还是在医院离世
- 帮助决定是否将实施尸检
- 帮助决定是否捐赠您的器官
- 帮助决定您应该在何处下葬或火化

您希望您的健康护理代表如何满足您的医疗愿望？

在您最同意的句子旁边写下 X：

- 充分灵活性：** 我的健康护理代表可在与我的医生讨论后认为当时对我而言最有益的情况下更改我的**任何**医疗决定。
- 部分灵活性：** 我的健康护理代表可在与我的医生讨论后认为当时对我而言最有益的情况下更改我的**部分**医疗决定。
- 最低灵活性：** 我希望我的健康护理代表尽可能完全满足我的医疗愿望。即使医生另有建议，也请尊重我的决定。

如有必要，另附页回答下文的问题。

这些是一些我真的希望得到尊重的愿望：

写下您**不**希望您的健康护理代表做出的任何决定：

--

此预立医疗指示属于：(请在此横线上用印刷体书写您的姓名)	出生日期
------------------------------	------

第 4 步：签署表格。

您的签名

在使用此表格之前, 您必须:

- 如果您年满 18 岁, 请签署此表格
- 让两位证人签署表格或让公证人公证表格

签上您的姓名并写明日期。

签名 日期

印刷体姓名

街道地址 城市 州 邮政编码

证人

在使用此表格之前, 您必须让两位证人签署表格或让公证人公证表格。

您的证人必须:

- 年满 18 岁
- 认识您
- 确认您签署了此表格

此外, 至少一位证人必须:

- 在任何方面与您无关
- 在您离世后不会获取经济上的福利 — 有资格得到任何资金或财产

您的证人不可以:

- 是您指定作为健康护理代表之人
- 是您的医生或其他健康护理提供者
- 为您的医疗中心或健康护理提供者工作
- 在您生活的地方工作

如果您没有两位证人, 则公证人可在第 9 页上签名。

此预立医疗指示属于: (请在此横线上用印刷体书写您的姓名) 出生日期

第 4 步：签署表格 (续)。

证人的签名

让您的证人填写此页面。

签名即表示我保证 _____ 确认他/她签署了此表格。
预立医疗指示所有者姓名

我认为他/她思维清楚, 而且并非被迫签署此表格。

我也保证:

- 我认识此人, 他/她可以证明自己的身份
- 我年满 18 岁
- 我不是他/她的健康护理代表
- 我不是他/她的健康护理提供者
- 我不为他/她的健康护理提供者工作
- 我不在他/她生活的地方工作

证人 1 号 (下方签名) 还必须保证:

- 我在任何方面都与他/她无关
- 在他/她离世后我不会获取经济上的福利 — 有资格得到任何资金或财产

证人 1 号

签名 日期

印刷体姓名

街道地址 城市 州 邮政编码

证人 2 号

签名 日期

印刷体姓名

街道地址 城市 州 邮政编码

此预立医疗指示属于: (请在此横线上用印刷体书写您的姓名)	出生日期
此预立医疗指示和健康护理代表任命符合阿拉斯加州健康护理决策法案 (Alaska Health Care Decisions Act) (阿拉斯加修订法典 (Revised Code of Alaska) 第 13 卷第 52 章)。	

— 仅供官方使用 —

第 4 步：签署表格 — 公证人签名, 如有需要。

仅在无两位证人签名的情况下, 将此表格交给公证人。公证人将要求您随身携带带照片的身份证明, 例如驾照或护照。

State of Alaska

County of _____

The foregoing instrument was acknowledged before me this _____
Date

by _____
Name of person who acknowledged

(Signature of Notary Public)

Title: _____

My appointment expires: _____

(Notary Seal)

--

此预立医疗指示属于: (请在此横线上用印刷体书写您的姓名)	出生日期
-------------------------------	------

第 5 步：提交您完成的预立医疗指示副本。

一旦您在您的预立医疗指示上签名并得到见证和/或公证，保留原件，并将 1-9 页副本发送给您的：

- 健康护理代表
- 家人
- 朋友
- 医疗提供者
- 医院

交还您完成的预立医疗指示之选项：

1. 在您下次就诊时将**副本**交还给您首选的 Providence St. Joseph Health 医生或医院。
2. 使用写明回邮地址且贴有邮票的信封 (如可用) 交还**副本**。
3. 通过传真交还至您的 Providence St. Joseph Health 医院：

Providence Alaska Medical Center
传真至 907-212-3658

Providence Kodiak Island Medical Center
传真至 907-486-9513

如需未列出的医院，请联系您的医院获取正确的传真号码。

如果您在完成或交还您的预立医疗指示方面有任何疑问，请联系我们：

Providence.org/InstituteForHumanCaring
424-212-5444

此文件的部分内容依据知识共享署名-非商业性使用-相同方式共享许可证得到许可。如需查看此许可证的副本，请访问 <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> 或寄信至 Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA。

修订于 2018 年 11 月

特别鸣谢：

- 旧金山加州大学老年医学科 Rebecca Sudore 医学博士
- 加州洛杉矶 Cedars-Sinai