

第 1 步：選擇您的健康護理代表。

指定您信任的人士在您無法自己做出決定時做出健康護理選擇。考慮您生活中的身邊人 — 您的家人和朋友。選擇某位人士成為您的健康護理代表。詢問此人是否願意為您做這件事。

選擇符合下列條件的家庭成員或朋友：

- 18 歲或以上而且非常瞭解您
- 願意為您做這件事
- 能夠基於您的意願做出非常困難的決定
- 會將您在此文檔中提供的資訊有效傳達給健康護理提供者和家庭成員

您的健康護理代表可以：

- 決定您將接受護理的地點
- 選擇或解雇健康護理提供者
- 對於藥物、測試、治療表示接受/拒絕
- 表明您離世後如何處理軀體和器官
- 採取實現您的意願所需的合法行動

您的代表**不可以**是您的醫生，或在您接受護理的醫院或診所的工作人員，除非其是您的家庭成員。

指定您的健康護理代表。

1) 我希望此人在我無法自己做出醫療決定時為我做出決定：

| | | | |
|---------|------|------|------|
| 名字 | 姓氏 | 關係 | |
| 家庭電話/手機 | 工作電話 | 電子郵箱 | |
| 街道地址 | 城市 | 州 | 郵遞區號 |

如果第一個人無法做出我的醫療決定，那麼我希望以下人員為我做出醫療決定：

| | | | |
|---------|------|------|------|
| 名字 | 姓氏 | 關係 | |
| 家庭電話/手機 | 工作電話 | 電子郵箱 | |
| 街道地址 | 城市 | 州 | 郵遞區號 |

2) 在您同意的句子旁邊寫下 X：

___ 我的健康護理代表**僅**在我無法自己做出決定的情況下為我做出決定。

或者

___ 我的健康護理代表可以在我簽署此表格後**立即**為我做出決定。

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|------------------------------|------|
| 此預立醫療指示屬於：(請在此橫線上用印刷體書寫您的姓名) | 出生日期 |
|------------------------------|------|

第 2 步：做出您的健康護理選擇。

您的生命價值是什麼？

1) 我的生命 (選擇 A 或 B)：

- A) 始終有價值，無論我病得多麼嚴重
- B) 僅在滿足下列條件時才有價值 (勾選對您而言正確的所有項)：
 - 我可以與家人和朋友交談
 - 我可以從昏迷中醒來
 - 我可以進食、沐浴或自理
 - 我可以不再感覺到疼痛
 - 我可以不再依賴機器的情況下生活
 - 我不確定

2) 如果我即將離世，對我來說至關重要的是 (選擇一項)：

- 在家
- 在醫院或其他護理中心
- 我不在意自己在何處接受護理

宗教或精神信仰

1) 宗教或精神信仰對您而言重要嗎？

- 是 否

2) 您有信奉的宗教或信仰嗎？如果有，是什麼？

3) 您的醫生對於您的宗教或精神信仰應該瞭解哪些資訊？

此預立醫療指示屬於：(請在此橫線上用印刷體書寫您的姓名)

出生日期

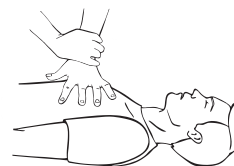
第 2 步：做出您的健康護理選擇 (續)。

生命維持

生命維持程序可用於盡力維持您的生命。其中包括：

CPR 或心肺復蘇 — 這可能涉及：

- 用力按壓您的胸部，確保您的血液流動暢通
- 電擊讓您的心臟開始跳動
- 靜脈藥物



呼吸機或通氣機 — 此機器將空氣泵入您的肺部，並讓您透過置入喉嚨的管子進行呼吸。您使用此機器時無法說話或進食。



透析 — 此機器在您的腎臟衰竭時清潔您的血液。

胃管餵食 — 飼管在您無法吞咽時為您的身體提供食物。飼管從您的喉嚨探入您的胃部。也可透過手術放置。



輸血 — 這將在您的靜脈中輸入血液。

手術和/或藥物

在您最同意的一項陳述旁邊寫下 X。

如果我的病情很嚴重，很快會離世：

___ 嘗試我的醫生認為有幫助的所有生命維持治療。如果治療沒有作用而且幾乎沒有好轉的希望，即使我會遭受痛苦，**我仍希望繼續使用生命維持機器。**

___ 嘗試我的醫生認為有幫助的所有生命維持治療。如果治療沒有作用而且幾乎沒有好轉的希望，**我不希望繼續使用生命維持機器。** 如果我會遭受痛苦，我希望停止生命維持治療，以便讓我能夠安詳離世。

___ **我不想要生命維持治療。** 我希望僅關注我的舒適度。我寧可自然死亡。

___ 我希望我的**健康護理代表**做決定。

___ 我不確定自己希望做什麼。

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

此預立醫療指示屬於：(請在此橫線上用印刷體書寫您的姓名)

出生日期

第 2 步：做出您的健康護理選擇 (續)。

捐贈您的器官

您的醫生可能在您離世後詢問器官捐贈和檢屍事宜。捐贈您的器官可以幫助拯救生命。在您最同意的一個選項旁邊寫下 X。

___ 我想捐贈我的器官：

___ 所有可用的任何器官。

___ 僅部分器官 (請指明您希望捐贈哪些器官或組織)。

___ 我不想捐贈我的任何器官。

___ 我希望我的健康護理代表做決定。

___ 我不確定自己希望做什麼。

屍檢

屍檢是在死亡後執行，目的在於找出死因。這是手術程序。屍檢可能耗費數日。在某些情況下，屍檢可能是法律要求執行的。在您最同意的一個選項旁邊寫下 X。

___ 我想屍檢。

___ 我不想屍檢。

___ 我希望僅在我的死亡原因存疑的情況下進行屍檢。

___ 我希望我的健康護理代表做決定。

___ 我不確定自己希望做什麼。

此預立醫療指示屬於：(請在此橫線上用印刷體書寫您的姓名)

出生日期

預立醫療指示 — 加利福尼亞

Advance Directive - CALIFORNIA CHINESE (TRADITIONAL)



第 2 步：做出您的健康護理選擇 (續)。

須考慮的其他事情

在您離世後還有哪些意願對您來說是重要的？例如，關於如何處理您的軀體，您的健康護理團隊是否需知悉任何文化、宗教或精神信仰方面的注意事項？

是否有您希望聯繫來完成您的葬禮或喪葬意願之人？如果回答是，是何人？

此預立醫療指示屬於：(請在此橫線上用印刷體書寫您的姓名) **出生日期**

第 3 步：概述您的健康護理代表的權力。

您的健康護理代表可以幫助做出以下決定：

生命維持治療 — 幫助您延長生命的醫療護理：

- CPR 或心肺復蘇
- 呼吸機或通氣機
- 透析
- 飼管
- 輸血
- 手術
- 藥物

臨終關懷

如果您很快會離世，您的健康護理代表可以：

- 致電精神領導者
- 決定您在家還是在醫院離世
- 決定是否將實施屍檢
- 決定是否捐贈您的器官
- 決定您應該在何處下葬或火化

您希望您的健康護理代表如何遵循您的醫療意願？在您最同意的句子旁邊寫下 X：

- ___ **充分靈活性：** 我的健康護理代表可在與我的醫生討論後，認為當時對我而言最有益的情況下更改我的**任何**醫療決定。
- ___ **部分靈活性：** 我的健康護理代表可在與我的醫生討論後，認為當時對我而言最有益的情況下更改我的**部分**醫療決定。
- ___ **最低靈活性：** 我希望我的健康護理代表盡可能完全遵循我的醫療意願。即使醫生另有建議，也請尊重我的決定。

如有必要，另附頁回答下文的問題。

以下是我希望完全獲得尊重的意願：

寫下您**不**希望您的健康護理代表做出的任何決定：

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|------------------------------|------|
| 此預立醫療指示屬於：(請在此橫線上用印刷體書寫您的姓名) | 出生日期 |
|------------------------------|------|

第 4 步：簽署表格。

您的簽名

在使用此表格之前，您必須：

- 如果您年滿 18 歲，請簽署此表格
- 讓兩位見證人簽署表格**或**讓公證人公證表格

簽上您的姓名並寫明日期。

| | | | |
|-------|----|---|------|
| 簽名 | 日期 | | |
| 印刷體姓名 | | | |
| 街道地址 | 城市 | 州 | 郵遞區號 |

見證人

在使用此表格之前，您必須讓兩位見證人簽署表格**或者**讓公證人公證表格。

您的見證人必須：

- 年滿 18 歲
- 認識您
- 確認您簽署了此表格

您的見證人不可以：

- 是您指定作為健康護理代表之人
- 是您的醫生或其他健康護理提供者
- 為您的醫療中心或健康護理提供者工作
- 在您生活的地方工作

此外，**至少一位**證人必須：

- 在任何方面與您無親戚關聯
- 在您離世後不會獲取經濟上的福利 — 有資格得到任何資金或財產
- 如果您在專門護理機構居住，須做為監察專員或患者權利宣導者（參閱第 9 頁）

如果您沒有兩位見證人，則公證人可在第 9 頁上簽名。

| | |
|--|------|
| 此預立醫療指示屬於：（請在此橫線上用印刷體書寫您的姓名） | 出生日期 |
| <small>此預立醫療指示和健康護理代表指稱符合加利福尼亞州統一醫療決策法案 (California Uniform Health Care Decisions Act) 第 1 章和第 2 章 (加利福尼亞州遺囑認證法典 (California Probate Code) 第 4670 節到第 4701 節) 的應用部分。</small> | |

第 4 步：簽署表格 (續)。

見證人的簽名

讓您的見證人填寫此頁面。

簽名即表示我保證 _____ 確認他/她簽署了此表格。
預立醫療指示所有者姓名

我認為他/她思維清楚，而且並非被迫簽署此表格。

我也保證：

- 我認識此人，他/她可以證明自己的身份
- 我年滿 18 歲
- 我不是他/她的健康護理代表
- 我不是他/她的健康護理提供者
- 我不為他/她的健康護理提供者工作
- 我不在他/她生活的地方工作

見證人 1 號 (下方簽名) 還必須保證：

- 我在任何方面都與他/她無親戚關聯
- 在他/她離世後我不會獲取經濟上的福利 — 有資格得到任何資金或財產

見證人 1 號

簽名 _____ 日期 _____

印刷體姓名 _____

街道地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

見證人 2 號

簽名 _____ 日期 _____

印刷體姓名 _____

街道地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

此預立醫療指示屬於：(請在此橫線上用印刷體書寫您的姓名)

出生日期

— 僅供官方使用 —

第 4 步：簽署表格 — 公證人簽名，如有需要。

僅在無兩位見證人簽名的情況下，將此表格交給公證人。公證人將要求您隨身攜帶帶照片的身份證明，例如駕照或護照。

State of California

County of _____

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

On _____ before me, _____
Date Name and title of officer

personally appeared _____,
Name(s) of signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____
Signature of notary

(Notary Seal)

僅針對加利福尼亞州專門護理機構居住者

僅當您在療養院居住時將此表格交給您的療養院院長。加利福尼亞州法律要求療養院居住者將療養院監察專員作為預立醫療指示的見證人。

患者權利宣導者或監察專員陳述

「我依據加利福尼亞州法律規定在承擔偽證懲罰的情況下聲明，我是州立老齡局指定的患者權利宣導者或監察專員，我按照遺囑法典第 4675 節的要求擔任見證人。」

簽名 _____ 日期 _____

印刷體姓名 _____

街道地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

此預立醫療指示屬於：(請在此橫線上用印刷體書寫您的姓名)

出生日期

第 5 步：提交您完成的預立醫療指示副本。

一旦您在預立醫療指示上簽名，並得到見證和/或公證，保留原件，並將 1-9 頁副本發送給您的：

- 健康護理代表
- 家人
- 朋友
- 醫療提供者
- 醫院

交還您完成的預立醫療指示之選項：

1. 在您下次就診時將**副本**交還給您首選的 Providence St. Joseph Health 醫生或醫院。
2. 使用寫明回郵位址且貼有郵票的信封 (如有) 交還**副本**。
3. 透過傳真或電子郵件 (如有) 交還至您的 Providence St. Joseph Health 醫院：

Mission Hospital, Laguna Beach
Mission Hospital, Mission Viejo
St. Joseph Hospital Orange
St. Jude Medical Center
St. Mary Medical Center
Petaluma Valley Hospital
Queen of the Valley Medical Center
Redwood Memorial Hospital
Santa Rosa Memorial Hospital
St. Joseph Hospital, Eureka
傳真至 714-771-8965

Providence Holy Cross Medical Center
Providence Saint Joseph Medical Center (Burbank)
Providence Saint John's Health Center
Providence Little Company of Mary Medical Center
Torrance
Providence Little Company of Mary Medical Center San
Pedro
傳真至 310-303-5469

Providence Tarzana Medical Center
傳真至 818-708-5368

或者

發送電子郵件至 SJMROI@stjoe.org
(主題：預立醫療指示的副本)

如需未列出的醫院，請聯繫您的醫院獲取正確的傳真號碼。

如果您在完成或交還您的預立醫療指示方面有任何疑問，請聯繫我們：

Providence.org/InstituteForHumanCaring
424-212-5444

此文件的部分內容依據知識共用署名-非商業性使用-相同方式共用許可證得到許可。如需查看此許可證的副本，請訪問 <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> 或寄信至 Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA。

修訂於 2018 年 11 月

特別鳴謝：

- 三藩市加州大學老年醫學科 Rebecca Sudore 醫學博士
- 加州洛杉磯 Cedars-Sinai