

預立醫療指示 - 加利福尼亞

第 1 步：選擇您的醫療代表。

指定您信任的某個人在您無法自己做出決定時做出醫療選擇。考慮您生活中出現的人——您的家人和朋友。選擇某人成為您的醫療代表。詢問該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：

- 年滿 18 歲而且非常瞭解您
- 願意為您做這件事
- 能夠基於您的願望做出非常困難的決定
- 會將您在此檔包中提供的資訊有效傳達給醫療提供商和家庭成員

您的醫療代表可以：

- 決定您將接受護理的地點
- 選擇或解雇醫療提供商
- 對於藥物、測試、治療表示接受/拒絕
- 表明您過世後身體和器官如何處理
- 採取實現您的願望所需的合法行動

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工作的人，除非他或她是您的家庭成員。

指定您的醫療代表。

1) 我希望此人在我無法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	電子郵件	
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	電子郵件	
街道地址	城市	州	郵遞區號

2) 在您同意的句子旁邊寫下 X：

____ 我的醫療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

____ 我的醫療代表可以在我簽署此表格後立即為我做出決定。

這一預立醫療指示屬於：（請在此橫線上工整寫下您的姓名）		出生日期
<small>此預立醫療指示和醫療代表任命符合加利福尼亞州統一醫療決策法案 (California Uniform Health Care Decisions Act) 第 1 和 2 章的應用部分 (加利福尼亞州遺囑認證法典 (California Probate Code) 第 4670 節到第 4701 節)。</small>		

預立醫療指示 - 加利福尼亞

第 2 步：做出您的醫療選擇。

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，無論我病的多麼嚴重

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

我可以在不依賴機器的情況下生活

我不確定

2) 如果我會死，對我來說必須做到的是（選擇一項）：

在家

在醫院或其他護理中心

我不在意自己在哪裡接受護理

宗教或精神信仰

1) 宗教或精神生活對您而言重要嗎？

是 不是

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？

這一預立醫療指示屬於：（請在此橫線上工整寫下您的姓名）

出生日期

預立醫療指示 - 加利福尼亞

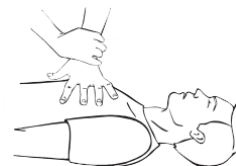
第 2 步：做出您的醫療選擇（續）。

生命維持

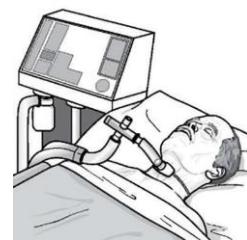
生命維持程式可用於盡力確保您不死亡。其中包括：

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
- 您的靜脈中的藥物



呼吸機或通氣機 — 此機器將空氣充入您的肺部，並讓您通過置入喉嚨的管道進行呼吸。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。

飼管 — 這個細管在您無法吞咽時為您的身體提供食物。這個細管從您的喉嚨一路深入您的胃部。也可通過手術放置這一細管。

輸血 — 這將在您的靜脈中輸入血液。



手術和/或藥物

在您同意程度最高的一項陳述旁邊寫下 **X**。

如果我的病情很嚴重，很快就要死亡：

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，我希望繼續使用生命維持機器，即使我會承受痛苦也要這麼做。

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。如果我感覺痛苦，我希望停止生命維持治療以便讓我能夠舒服地死去。

我不想要生命維持治療。我希望僅關注我的舒適度。我更喜歡自然的死亡。

我希望我的醫療代表做出決定。

我不確定自己希望做什麼。

這一預立醫療指示屬於：（請在此橫線上工整寫下您的姓名）

出生日期

預立醫療指示 - 加利福尼亞

第 2 步：做出您的醫療選擇（續）。

捐贈您的器官

您的醫生可能在您死後詢問器官捐獻和屍檢的事宜。捐獻您的器官可以幫助拯救生命。在您同意程度最高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）。

我不想捐贈我的器官：

我希望我的醫療代表做出決定。

我不確定自己希望做什麼。

屍檢

屍檢可在死亡後執行，目的在於找出某人死亡的原因。這是手術程式。屍檢可能耗費數天時間。在有些情況下，屍檢可能是法律要求執行的程式。在您同意程度最高的一個選項旁邊寫下**x**。

我想要屍檢

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。

我希望我的醫療代表做出決定。

我不確定自己希望做什麼。

這一預立醫療指示屬於：（請在此橫線上工整寫下您的姓名）

出生日期

預立醫療指示 - 加利福尼亞

第 3 步：概述您的醫療代表的權力。

您的醫療代表可以幫助做出關於下列方面的決定：

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

如果您很快會過世，您的醫療代表可以：

- 給精神領袖打電話
- 幫助決定您將在家裡或醫院裡死去
- 幫助決定是否將實施屍檢
- 幫助決定您是否捐贈器官
- 幫助決定您應該在何處下葬或火化

您希望您的醫療代表如何滿足您的醫療願望？

在您同意程度最高的句子旁邊寫下 **X**：

充分靈活性 我的醫療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：我的醫療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：我希望我的醫療代表盡可能完全滿足我的醫療願望。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。

這些是一些我真的希望得到尊重的願望：

寫下您**不希望**您的醫療代表做出的任何決定：

這一預立醫療指示屬於：（請在此橫線上工整寫下您的姓名）

出生日期

預立醫療指示 - 加利福尼亞

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，請簽署此表格
- 有兩個證人簽署此表格或在公證處完成公證

簽上您的姓名並寫下日期。

簽名

日期

印刷體姓名

街道地址

城市

州

郵遞區號

證人

在使用此表格之前，您必須有兩個證人簽署表格或在公證處完成公證。

您的證人必須：

- 年滿 18
- 認識您
- 確認您簽署了此表格

您的證人不可以：

- 是您任命為醫療代表的那個人
- 是您的醫生或其他醫療提供商
- 為您的醫療中心或醫療提供商工作
- 在您生活的地方工作

此外，至少一個證人必須：

- 在任何方面都與您無關
- 在您死後不會獲取經濟上的利益——有資格得到任何資金或財產
- 如果您在技術熟練的護理設施居住，則為監察專員或患者權利宣導者（參閱第 9 頁）

如果您沒有兩個證人，則公證人可在第 9 頁上簽名。

這一預立醫療指示屬於：（請在此橫線上工整寫下您的姓名）

出生日期

預立醫療指示 - 加利福尼亞

第 4 步：簽署表格（續）。

證人簽名

讓您的證人完成此頁面。

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：

- 我認識這個人，他/她可以證明他/她的身份
- 我年滿 18 歲
- 我不是他/她的醫療代表
- 我不是他/她的醫療提供商
- 我不為他/她的醫療提供商工作
- 我不在他/她生活的地方工作

證人 1 號（下方簽名）還必須保證：

- 我在任何方面都與他/她無關
- 我在他/她死後不會獲取經濟上的利益——有資格得到任何資金或財產

證人 1 號

簽名 _____ 日期 _____

印刷體姓名 _____

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

證人 2 號

簽名 _____ 日期 _____

印刷體姓名 _____

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

這一預立醫療指示屬於：（請在此橫線上工整寫下您的姓名）

出生日期

預立醫療指示 - 加利福尼亞

— 僅供官方使用 —

第 4 步：簽署表格 – 如有需要，公證人簽名。

僅當沒有兩個證人簽名的情況下，攜帶此表格前往公證處。
公證人將要求您隨身攜帶照片 ID，例如駕照或護照。

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.

State of California

County of _____

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技術熟練的護理設施居住者

僅當您在護理中心居住時將此表格交給您的護理中心總監。加利福尼亞州法律要求護理中心居住者將護理中心監察專員作為預立醫療指示的證人。

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，我是州老年化部門指定的患者權利宣導者或監察專員，我按照遺囑法典第 4675 節的要求擔任證人。”

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

這一預立醫療指示屬於：（請在此橫線上工整寫下您的姓名）

出生日期

預立醫療指示 - 加利福尼亞

第 5 步：提交您完成的預立醫療指示副本。

一旦您在您的預立醫療指示上簽名並得到證人簽名和/或公證，保留原件，並將 1-9 頁副本發送給您的：

- 醫療代表
- 家人
- 朋友
- 醫療提供商
- 醫院

交還您完成的預立醫療指示之選項：

1. 在您下次看診時將**副本**交還給您首選的 Providence St. Joseph Health 醫生或醫院。
2. 使用注明位址並貼有郵票的信封（如有）交還**副本**。
3. 通過傳真或電子郵件交還至您的 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

或者

發送電子郵件至
SJMROI@stjoe.org
 (主題：Advance Directive)

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

對於未列出的醫院，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問題，請聯繫我們：

Providence.org/InstituteForHumanCaring
310-543-3498

此檔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.

修訂日期 2017 年 8 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