

预立医疗指示- 德克萨斯

第 1 步：选择您的医疗代表。

指定您信任的某个人在您无法自己做出决定时做出医疗选择。考虑您生活中出现的人——您的家人和朋友。选择某人成为您的医疗代表。询问该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：

- 年满 18 岁而且非常了解您
- 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医疗提供商和家庭成员

您的医疗代表可以：

- 决定您将接受护理的地点
- 选择或解雇医疗提供商
- 对于药物、测试、治疗表示接受/拒绝
- 表明您过世后身体和器官如何处理
- 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的人，除非他或她是您的家庭成员。

指定您的医疗代表。

1) 我希望此人在我无法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：

____ 我的医疗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

____ 我的医疗代表可以在我签署此表格后立即为我做出决定。

这一预立医疗指示属于：（请在此横线上工整写下您的姓名）		出生日期
<small>此预立医疗指示和医疗代表任命符合德克萨斯州预立医疗指示法案 (Texas's Advance Directive Act) (德克萨斯州健康与安全法规 (Texas Health and Safety Code) 第 2 篇第 166 章) 的适用部分。</small>		

预立医疗指示- 德克萨斯

第 2 步：做出您的医疗选择。

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，无论我病的多么严重

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) 如果我会死，对我来说必须做到的是（选择一项）：

在家

在医院或其他护理中心

我不在意自己在哪里接受护理

宗教或精神信仰

1) 宗教或精神生活对您而言重要吗？

是 不是

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？

这一预立医疗指示属于：（请在此横线上工整写下您的姓名）

出生日期

预立医疗指示- 德克萨斯

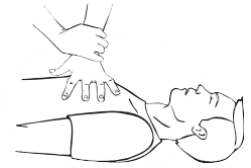
第 2 步：做出您的医疗选择（续）。

生命维持

生命维持程序可用于尽力确保您不死亡。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
- 您的静脉中的药物



呼吸机或通气机 — 此机器将空气充入您的肺部，并让您通过置入喉咙的管道进行呼吸。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 — 这个细管在您无法吞咽时为您的身体提供食物。这个细管从您的喉咙一路深入您的胃部。也可通过手术放置这一细管。



输血 — 这将在您的静脉中输入血液。

手术和/或药物

在您同意程度最高的一项陈述旁边写下 **X**。

如果我的病情很严重，很快就要死亡：

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，即使我会承受痛苦也要这么做。**

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。**如果我感觉痛苦，我希望停止生命维持治疗以便让我能够舒服地死去。

我不想要生命维持治疗。我希望仅关注我的舒适度。我更喜欢自然的死亡。

我希望我的**医疗代表**做出决定。

我不确定自己希望做什么。

这一预立医疗指示属于：（请在此横线上工整写下您的姓名）

出生日期

预立医疗指示- 德克萨斯

第 2 步：做出您的医疗选择（续）。

捐赠您的器官

您的医生可能在您死后询问器官捐献和尸检的事宜。捐献您的器官可以帮助拯救生命。在您同意程度最高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（请指明您希望捐赠哪些器官或组织）。

我不想捐赠我的器官：

我希望我的**医疗代表**做出决定。

我不确定自己希望做什么。

尸检

尸检可在死亡后执行，目的在于找出某人死亡的原因。这是手术程序。尸检可能耗费数天时间。在有些情况下，尸检可能是法律要求执行的程序。在您同意程度最高的一个选项旁边写下**X**。

我想要尸检

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**医疗代表**做出决定。

我不确定自己希望做什么。

这一预立医疗指示属于：（请在此横线上工整写下您的姓名）

出生日期

预立医疗指示- 德克萨斯

第 2 步：做出您的医疗选择（续）。

须考虑的其他事情

在您死后还有哪些愿望对您而言有着重要意义？例如，是否有您的医疗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的人？如果是，谁？

这一预立医疗指示属于：（请在此横线上工整写下您的姓名）

出生日期

预立医疗指示- 德克萨斯

第 3 步：概述您的医疗代表的权力。

您的医疗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

如果您很快会过世，您的医疗代表可以：

- 给精神领袖打电话
- 决定您将是在家里或医院里死去
- 决定是否将实施尸检
- 决定您是否捐赠器官
- 决定您应该在何处下葬或火化

您希望您的医疗代表如何满足您的医疗愿望？

在您同意程度最高的句子旁边写下 **X**：

_____ **充分灵活性** 我的医疗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**：我的医疗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**：我希望我的医疗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**希望您的医疗代表做出的任何决定：

这一预立医疗指示属于：（请在此横线上工整写下您的姓名）

出生日期

预立医疗指示- 德克萨斯

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，请签署此表格
- 有两个证人签署此表格或在公证处完成公证
- 当着您的证人的面签署表格，或让公证人宣布您已经签署了表格。

签上您的姓名并写下日期。

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，您必须有两个证人签署表格或在公证处完成公证。

您的证人必须：

- 年满 18
- 认识您
- 眼见您签署了此表格

至少一个证人不可以：

- 是您任命为医疗代表的那个人
- 是您的医生或其他医疗提供商
- 为您的医疗中心或医疗提供商工作
- 在您生活的地方工作
- 在任何方面都与您无关
- 在您死后不会获取经济上的利益——有资格得到任何资金或财产

如果您没有两个证人，则公证人可在第 9 页上签名。

这一预立医疗指示属于：（请在此横线上工整写下您的姓名）

出生日期

预立医疗指示- 德克萨斯

第 4 步：签署表格（续）。

证人签名

让您的证人完成此页面。

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：

- 我认识这个人，他/她可以证明他/她的身份
- 我年满 18 岁

证人 1 号（下方签名）还必须保证：

- 我不是他/她的医疗代表
- 我不是他/她的医疗提供商
- 我不为他/她的医疗提供商工作
- 我不在他/她生活的地方工作
- 我在任何方面都与他/她无关
- 我在他/她死后不会获取经济上的利益——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

这一预立医疗指示属于：（请在此横线上工整写下您的姓名）

出生日期

预立医疗指示- 德克萨斯

— 仅供官方使用 —

第 4 步：签署表格 – 如有需要，公证人签名。

仅在两个证人未签名的情况下，携带此表格前往公证处。公证人将要求您随身携带照片 ID，例如驾照或护照。

State of Texas

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)

这一预立医疗指示属于：（请在此横线上工整写下您的姓名）

出生日期

预立医疗指示- 德克萨斯

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证人签名和/或公证，保留原件，并将 1-9 页副本发送给您的：

- 医疗代表
- 家人
- 朋友
- 医疗提供商
- 医院

交还您完成的预立医疗指示之选项：

1. 在您下次看诊时将副本交还给您首选的 Providence St. Joseph Health 医生或医院。
2. 通过传真交还至您的 Providence St. Joseph Health 医院。请联系您的医院获取健康信息管理部门的正确传真号码。

如果您在完成或交还您的预立医疗指示方面有任何问题，请联系我们：

Providence.org/InstituteForHumanCaring
310-543-3498

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.

修订日期 2017 年 8 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