

预先指示问答

什么是预先指示？

预先指示是一份书面文件，表达您对医疗保健的意愿，并说明在您无法表达自己的意愿时，您希望由谁代表您表达您的意愿。预先指示是两份法律文件的组合，这两份文件称为：

- 医疗保健永久授权书
- 医疗保健指示

什么是医疗保健永久授权书？

医疗保健永久授权书允许您指定一位医疗保健代理人。医疗保健代理人是在您无法表达自己的意愿时可为您作出有关您的医疗保健决定的人，包括有关生命支持的决定。

什么是医疗保健指示？

该表格用书面形式表达您对您的医疗保健的意愿，包括在您无法表达自己的意愿时（例如，您处于昏迷状态）作出有关生命支持的决定。有书面指示有助于减少困惑或您的亲人或医疗保健提供者之间的分歧意见。法律要求您的亲人和医生遵守您的医疗保健指示中的指示。

如果我需要有人帮助我准备预先指示，怎么办？

请考虑填写本文件中的“价值观工作表”。集中您的想法并阐明您对您的医疗选择的价值观可能会有帮助。如果您认为该表格有助于解释您对临终意愿的信念，您可以选择将该表格包括在您签署的预先指示中。如果您在准备预先指示时有疑问或需要有人指导，请电洽我们的保健服务支持部，电话号码 206-606-1076，我们的工作人员将很乐意向您提供帮助。

我应当如何选择医疗保健代理人？

确保您的医疗保健代理人了解您的意愿，并同意遵守这些意愿。即使其他人质疑您的意愿，该人士将负责作出您的医疗决定。

您指定担任您的医疗保健代理人的人：

- 必须至少年满18岁且心智健全。
- 可以是可为您作出重大决定的家庭成员或您信任的亲密朋友。
- 不一定是您的配偶、伴侣或与您有血缘关系的家庭成员。
- 无需住在华盛顿州，但需要在出现医疗紧急情况时可作出决定。

您指定担任您的医疗保健代理人的人不得是：

- 您的医生或您的医生的雇员。
- 您目前作为患者入住的医疗保健设施的所有人、经营者、管理人、雇员或义工。

如果我不选择医疗保健代理人，会怎样？

建议选择一位医疗保健代理人。如果您不选择医疗保健代理人，华盛顿州法律将为您指定一位医疗保健代理人。将按照以下顺序从以下列表中为您选择一位代理人：

- 具有健康决策权的监护人（如果法院已任命）；
- 您的配偶或注册同居伴侣（即使你们已分居，但未合法离婚）；
- 您的成年子女；
- 您的父母；
- 您的成年兄弟姐妹；
- 熟悉您的成年（外）孙子/孙女；
- 熟悉您的成年侄女/外甥女和侄子/外甥；
- 熟悉您的成年姑妈/姨妈和叔伯/舅舅；以及
- 在某些情况下，是亲密朋友的成年人*

* 如需符合代理决策者的资格，是患者亲密朋友的成年人必须显示对患者的特别关注和关心、熟悉患者的价值观、可在需要时作出医疗保健决定、并签署一份如作伪证愿受到处罚的声明。

当有多人获得授权时，例如您的子女、父母或兄弟姐妹，所有的人都必须同意。如果您担心他们可能不会达成一致意见，您可能需要填写一份医疗保健永久授权书，具体说明谁应当为您作出决定。

如果我有同性配偶或注册同居伴侣，会怎样？

您的同居伴侣或配偶可能无权作出您的医疗保健决定，甚至当您在华盛顿州以外地区出现紧急医疗情况时也无权与您取得联系。如果您在华盛顿州以外地区旅行并希望他/她为您作出医疗保健决定，请在表中将您的同居伴侣或配偶列为您的医疗保健代理人。

什么是“临时维持生命治疗”？我何时可能需要接受维持生命治疗？

临时维持生命治疗可能包括通气或使用呼吸机。如果有康复可能性很高，您可能希望接受维持生命的治疗。例如，如果您肺部感染，病情可能好转。另一方面，无论病情是否可逆转，有些人都不希望使用机器延长生命。

我担心安适护理和止痛药可能有害。止痛药会导致我更快死亡吗？

当某人快要死去时，仅会在该人仍处于疼痛状态时才会增加止痛药的剂量。在临终时使用止痛药几乎永远不会导致患者更快死亡。但是，如果您以前没有（或仅少量）使用过止痛药，止痛药可能会减缓呼吸或产生镇静作用。因此，始终安全地、并在医疗团队的指导下使用止痛药很重要。濒临死亡者对药物的依赖性不涉及道德或法律问题。对止痛药形成耐受性并非成瘾。

医疗保健机构是否能拒绝遵守我的意愿？

某些医疗保健机构遵循某些宗教指令或道德教义。因此，如果您的预先指示与其机构价值观相冲突，他们可能不会遵守您的预先指示。如果您患有绝症或可能死亡，此类机构通常会尊重您的选择，停止或不开始维持生命的治疗。但是，在涉及怀孕或持久性植物人状态的情况下，他们可能会拒绝遵守您的意愿。在此种情况下，您有权转到另一个设施，接受您选择的医疗保健。将您的医疗保健指示交给护理您的医疗保健机构和医生，确保他们了解您的选择。

我的预先指示在我去世后仍然有效吗？

华盛顿州法律未明确允许医疗保健指示在患者去世后依然有效。您可以在预先指示表中说明您的意图，即文件仍然有效，以执行您有关试验性治疗、器官/组织捐赠、尸检和医学研究或教育的意愿。

如果我选择撤销或取消我的预先指示，会怎样？

您可以通过在表格中填写“REVOKED”（已撤销）并注明日期的方法撤销您的预先指示：请将您的撤销预先指示意图以书面方式通知您的医疗保健代理人、您的家人和您的医生。我们竭力建议您尽快创建最新预先指示，并将副本交给您的医疗保健代理人、家人和您的医生。

但是，如果您只需更新地址或电话号码，您无需撤销或取消预先指示。您可以在最新表格中作出此类改动。应当在更新的栏目填写姓名首字母，并注明日期。请务必定期审查您的预先指示，以确保反映您当前的选择和价值观。每次审查预先指示时，均需填写姓名首字母，并注明日期，不要忘记将更新的表格交给您的医疗保健代理人、家人和您的医生。

我应当在哪里保存我的预先指示？

将原件保存在安全的、便于拿取的地点。记住告诉您的医疗保健代理人和亲人您存放文件的地点。不要将原件交给您的律师或存放在保险箱（例如，银行保险箱）内，以便在出现紧急情况时便于拿取。您可能需要将副本放在皮夹/钱包、汽车或手提箱内。

谁应当持有预先指示副本？

一旦填写表格，将副本交给您的医疗保健代理人、医生、律师、家人、亲密的朋友、神职人员、指定的丧葬代理人以及可能参与您的医疗保健的任何其他人。如果您入住疗养院或医院，请将您的文件副本放入您的医疗记录内。您的预先指示副本与原件同样有效。

我如何将我的意愿告诉重要的人？

请务必与您亲近的人讨论您的预先指示。经常与您的医疗保健代理人、医生、神职人员、家人和朋友讨论您的医疗意愿，特别是在您的病情发生变化时。向其他家庭成员明确说明，您的医疗保健代理人将具有代表您的最终权利。

我的医生会尊重我的意愿吗？

当您您的预先指示交给您的医生时，询问他/她是否会尊重您的意愿。如果不会，寻找一位会尊重您的意愿的医生。

当我入住医疗保健设施或注册参加基于家庭的医疗保健计划时，如果要求我填写其他医疗保健指示表格，该怎么办？

将一份您填写的预先指示副本交给办理住院手续的人，请他们解释为什么他们认为您应该填写他们的表格。

我的预先指示在发生医疗紧急情况时是否有效？

不会，您的预先指示在发生医疗紧急情况时无效。救护人员必须提供心肺复苏术（CPR）和其他维持生命的治疗，除非出示有效的维持生命治疗医生指令（POLST）表格。

如果我到外州旅行，怎么办？

如果旅行，您可能需要随身携带您的预先指示副本，因为其他州可能会遵守您的预先指示。在华盛顿州以外的地点旅行时，华盛顿州注册同居伴侣应该随身携带预先指示。

我的预先指示是否需要证人或进行公证？

从2019年7月28日开始，签署预先指示时必须要有两名证人或进行公证，才具有法律约束力。

证人不能是：

- 与您有血缘或婚姻关系的人。
- 有权通过行使法律或执行任何遗嘱获得您的任何部分遗产的人。
- 是对您的财产提出索赔的人。
- 您的医生或您的医生的雇员。
- 您在签署预先指示时作为患者入住的医疗保健设施的所有人、经营者、管理人、雇员或义工。

2019年7月28日之前完成的预先指示，只要其版本在完成时符合华盛顿州法律，即具有法律效力。

价值观工作表

姓名_____

日期_____

填写帮助您填写本文件人士的姓名（如适用）_____

以下是您在作出决定和准备有关您希望现在和将来接受的医疗保健类型的文件时可能需要考虑的问题。您可能需要写下您的回答，并向您的家庭成员和医疗保健提供者提供副本，或者只是将这些问题用于讨论。以下各项有多重要？

	很重要			不重要	
听其自然。	4	3	2	1	0
保持生活质量。	4	3	2	1	0
坚守我的精神信仰/传统。	4	3	2	1	0
尽量活得长久，不考虑生活质量。	4	3	2	1	0
保持独立。	4	3	2	1	0
尽量保持舒适和无疼痛。	4	3	2	1	0
给我的家人和朋友留下美好的记忆。	4	3	2	1	0
对医疗研究或教学作出贡献。	4	3	2	1	0
能够与家人和朋友保持关系。	4	3	2	1	0
无身体限制。	4	3	2	1	0
保持心智清醒和能力。	4	3	2	1	0
能够给家人、朋友或慈善机构留下钱款。	4	3	2	1	0
在短时间内死亡，而不是无谓地延续生命。	4	3	2	1	0
避免昂贵的医疗护理。	4	3	2	1	0

临终前什么对您很重要（例如，身体舒适、无疼痛、家人在场等）？

您如何看待在面临绝症时使用维持生命的措施？永久性昏迷？不可逆慢性疾病，例如阿尔茨海默症？

您对特定的医疗程序有强烈的感受吗？一些需要考虑的程序包括机械辅助呼吸（呼吸器）、心肺复苏术（CPR）、人工营养和补水、医院重症监护、止痛药、化疗或放射疗法、手术。

您的身心健康有哪些限制会影响您的医疗保健决定？

您是否希望在作出治疗决定时考虑财务问题？

如果您的情况需要，您是否希望被安置在养老院内？

您是否更愿意接受临终关怀服务，作为住院治疗的替代方案，目的是在您生命的最后阶段让您在自己的家中舒适地度过？

总体而言，您是否希望参与或共同作出您的医疗保健和治疗决定？

您是否始终希望了解自己病情的真实情况、治疗方案和治疗成功的变化？

以下人士的医疗保健指示和医疗保健永久授权书：

{在此处用大写字母填写您的姓名}

本文件阐述我对维持生命的医疗和安适疗法的选择。本文件旨在通知和指导我的代理人/监护人和临床医生，如果我无法表达自己的意愿，谁将为我作出医疗保健决定。我知道在签署本指示和医疗保健永久授权书之前，我可以添加、删除或以其他方式更改本指示中的措辞。我可以随时添加或删除本指示和医疗保健永久授权书中的内容，并确认这些改动必须符合华盛顿州法律或联邦宪法的规定，才具有法律效力。我希望本表取代并取消我以前签署的所有医疗保健授权书和医疗保健指示。

1. 我希望何时应用本文件

如果我由于残障或丧失能力而无法自行作出医疗保健决定，我希望应用本文件。我理解这种能力丧失可能是暂时的。我还理解如果我无法作出某些决定，我可能仍然可以作出其他决定。当我可以自行作出医疗保健决定时，我希望这样做。以下填写的每一栏将取消并取代我以前签署的任何医疗保健指示和医疗保健永久授权书。

医疗保健永久授权书**2. 我的医疗保健代理人**

我指定以下人士担任我的代理人：

我的替代代理人（选择填写）：

姓名 _____	姓名 _____
关系 _____	关系 _____
地址 _____	地址 _____
电话 _____	电话 _____

我以前曾填写 {在所有适用的栏目前填写姓名首字母}：

医疗保健指示（即生前遗嘱、预先指示） _____ 是 _____ 否

维持生命治疗医生指令（POLST） _____ 是 _____ 否

3. 我授予我的医疗保健代理人以下权利

我授予我的代理人作出有关我的医疗保健所有决定的全部权利，其中包括但不限于：

- 同意或拒绝/撤销我的医生建议的治疗的同意书，包括维持生命的治疗；
- 要求进行特定的治疗；
- 获取我的医疗记录和信息；
- 雇用和解雇医疗保健提供者；
- 更换我的医疗保险公司；

第 1 页/共 5 页

本签名文件的影印件和传真件为合法和有效文件

团队

姓名

患者号码

出生日期

在此处放置 EPIC 标签

[男]

[女]

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine

SHIM024

- 为我填写维持生命治疗医生指令（POLST）表格；以及
- 将我从任何医疗保健设施转至另一个设施、私人住宅或其他地方；以及
- 请求接受临终关怀或安适护理。

本信息披露授权还适用于受《1996 年健康保险流通性与责任法案》（HIPAA）及其后续修订条款制约的信息。

4. 如何作出我的医疗保健决定

我希望任何作出我的医疗保健决定的人遵守我在本文件中作出的选择。如果有未说明我的意愿的事项，我希望根据以下各项按照我的最佳利益作出决定：

- 我的价值观，
- 本文件的内容，以及
- 我的医疗保健提供者提供的医疗信息。

医疗保健指示

我作出本医疗保健指示，以便提供有关我的治疗的选择和指示的明确和令人信服的证明。

5. 我不希望接受维持生命治疗的情形

如果我处于以下状况，我希望允许我死去： {在所有适用的项目前填写姓名首字母}

- _____ (a) 如果我由于任何病症（包括昏迷）无法思维或交流、并且此种病症可能是永久性的。
- _____ (b) 由于我的身体状况（可能是永久性的），完全依赖他人的照护。
- _____ (c) 如果我出现无法控制的疼痛，或者只能通过重度镇静以致我无法交流才能消除的疼痛。
- _____ (d) 如果我患有老年痴呆症，例如阿尔茨海默症。
- _____ (e) 我不希望接受维持生命治疗的其他情形（选择填写）：

如果没有足够的页面填写，请填写：“See attached page”（请查看附页）。任何附页均应在证人面前签名或进行公证。如果您患有可能危及生命的慢性病症，请与您的医生讨论具体的指示。

团队

姓名

患者号码

出生日期

在此处放置 EPIC 标签

[男]

[女]

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



6. 临时使用维持生命的治疗方法

我理解，当我的医生认为我的生活质量可能提高或病情可能改善时，可能选择临时维持生命的治疗方法。如果出现此种情形，则： *{在一个栏目前填写姓名首字母}*

_____ 只要我的医生认为应当尝试，我希望接受维持生命的治疗。
_____ 我希望接受不超过_____周的维持生命治疗。此后，如果我的病情没有好转，我希望允许我死去。
_____ 我仍然不希望接受维持生命的治疗。

7. 我不希望接受维持生命的治疗

如果我出现以上第5节中我填写姓名首字母的疾病，或者出现我的代理人认为我无法接受的生活质量，我不希望开始这些维持生命的治疗。如果已经在使用，我希望停止（我在第6节中授权的临时使用除外）： *{在您不希望接受维持生命治疗的所有情形前填写姓名首字母}*

_____ 如果我不能进食足够的维持生命的食物和水，除通过口腔喂食的普通食物和水以外的营养和水合作用。
_____ 如果心跳或呼吸停止，尝试重新起搏心脏或恢复呼吸的心肺复苏（CPR）措施。
_____ 如果我的肾脏无法正常运作，清除血液中危及生命物质的血液透析或过滤。
_____ 输入血液、血浆、血液制品或其他液体，以代替流失的患病血液。

此外，如果我填写了维持生命治疗医生指令（POLST），请根据该指令了解我的其他选择。

8. 我有关安适疗法和止痛药的意愿

如果我似乎出现疼痛、呼吸困难或其他不适，我希望通过强有力的治疗方法减轻疼痛和症状。即使我的医生或其他医疗提供者认为这样做可能会使我失去知觉，我也希望保持舒适： *{在一个栏目前填写姓名首字母}*

_____ 是 _____ 否

9. 如果医疗保健机构拒绝遵守我的意愿

如果我是医疗保健机构的患者，其政策或宗教信仰与本预先指示有冲突，我被接纳住院并不表示我同意接受与本预先指示相冲突的程序或疗程。此外，如果我作为患者入住的医疗保健机构不遵守我在预先指示中陈述的意愿，我希望及时转至同意遵守本预先指示中所列指示的医院、疗养院或其他机构。

10. 我有关其他事项的意愿

我希望本指示在我去世后尸检、器官捐赠、使用我的遗体进行研究以及我的代理人为我的遗体作出安排（如果我在下方授权）时仍然有效。 *{在所有适用的项目前填写姓名首字母}*

是 否

a. 我同意接受试验性医疗。

b. 我希望捐赠器官/组织。

团队

姓名

患者号码

出生日期

在此处放置 EPIC 标签

[男]

[女]

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



c. 我同意接受尸检。

d. 我同意将我的全部或部分遗体用作医学教育或研究。

我已经指定以下个人担任我的葬礼安排代理人： {在一个栏目前填写姓名首字母}

如果您不使用本节，请划掉。

_____ 我的医疗保健代理人（在本文件第2节
列出）也被授权负责葬礼安排

_____ 我已经为葬礼安排指定一位替代代理人

我的葬礼安排替代代理人：

姓名 _____

关系 _____

地址 _____

电话 _____

我希望按照以下方法处置我的遗体：

如果您已经在财产遗嘱中留下指示或已经与殡仪馆或人民纪念协会作出安排，则无需填写本部分。如果您不使用本节，请划掉。

11. 如果法院为我指定一位监护人

如果我已经指定一位医疗保健代理人，我希望我的代理人担任我的监护人。如果他/她不能担任我的监护人，我希望我的替代代理人担任我的监护人。如果法院决定指定其他人担任我的监护人，我请求法院要求监护人就原本需要征得我同意的所有医疗保健决定向我的代理人（或替代代理人）咨询。

12. 如何撤销或取消本文件

本医疗保健指示和医疗保健永久授权书可通过书面声明撤销，也可以通过表达撤销意图的任何其他方式撤销。但是，如果我对为我作出的某一特定决定表示不同意见，该不同意见并不构成对本文件的撤销。

13. 总结和签名 {如果使用证人，必须在两位证人面前签名；或者如果进行公证，请公证}

我理解本文件的含义。如果我无法自行作出医疗保健决定，我指示任何为我作出医疗保健决定的人按照我在此处的说明执行。这包括暂停和/或撤销维持生命的医疗，这可能导致我比接受医学上可能采取的所有措施更早死亡。我自愿填写本文件，我相信我具有心智和情感能力这样做。即使我丧失能力，我希望本文件生效。

注释：您必须填写第14节（证人声明）或第15节（公证），本文件才具有法律约束力。

签名

日期

第4页/共5页

本签名文件的影印件和传真件为合法和有效文件

团队

姓名

患者号码

出生日期

在此处放置 EPIC 标签

[男]

[女]

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



14. 证人声明 {在下面一行用大写字母填写您的姓名 — 不是证人的姓名}

_____ 是我熟悉的人，我相信他/她有能力作出医疗保健决定。我确认我至少年满18岁、与他/她没有血缘、婚姻或领养关系，并且不是他/她在本文中指定的医疗保健代理人。据我所知，我不是他/她的遗嘱或他/她的遗嘱的任何补充部分的受益人，我没有对他/她的遗产提出索赔要求。我没有直接参与他/她的医疗保健，我不是他/她的医生或制作本文件的人可能入住的医疗保健机构的雇员。

证人1**证人2**_____
签名_____
日期_____
签名_____
日期_____
用大写字母填写姓名_____
电话_____
用大写字母填写姓名_____
电话_____
地址_____
地址**15. 公证**

华盛顿州 _____ 县 _____

我确认我知道或有令人满意的证据证明 _____
签署了本文件，并确认这是他/她对本文件中提到的用途和目的的自由和自愿行为。

日期：20____年____月____日

华盛顿州公证员

居住地址： _____

我的任命失效日期： _____

注释：一些州确实要求对预先指示进行公证。西雅图癌症护理联盟（Fred Hutch）
在位于诊所三楼的患者与家庭资源中心提供免费预先指示公证服务，经常可以提供当天公证服务，任何时候
均可通过预约提供公证服务（电 话：206-606-2081）。

团队

姓名

患者号码

出生日期

在此处放置 EPIC 标签

[男]

[女]

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine