



# 預立醫療指示

## 關於預立醫療指示的資訊

您是否曾想過，當您生重病或受重傷時，希望獲得哪些健康照護？如果您無法表達自己的意願時，醫生和家人是否知道您想要的是甚麼？

本手冊編製的目的是協助您思考這些問題。根據華盛頓州法規定，您有權做出關於自己健康照護的決定。您可透過「預立醫療指示」，表達自己想接受哪些健康護理。

## 甚麼是預立醫療指示？

預立醫療指示是一份正式的書面文件，在生重病之前寫下如果自己無法做決定時，希望選擇何種健康照護（即維持生命治療醫囑），或指定某人為您做出選擇（即醫療決定持久授權書）。透過預立醫療指示，您可以針對未來的醫療做出具法律效力的決定。

另一種表達意願的重要方式是與家人和醫生討論，告知您的意願。本手冊提供關於填寫「維持生命治療醫囑」和「醫療護理永久授權書」表格的資訊。

## 預立醫療指示是否合法？

是的。有聯邦和州法律管轄預立醫療指示的使用。所有50個州和哥倫比亞特區都有法律承認使用預立醫療指示。如果您旅行，希望您隨身攜帶您的文件副本，因為其他州會承認這些文件。

## 預立醫療指示會在緊急情況下得到承認嗎？

不會，在大多數緊急情況下，緊急服務人員沒有足夠的時間來諮詢患者的預立醫療指示。一旦患者接受醫生的直接護理，就有時間對預立醫療指示進行評估和/或諮詢醫療保健代理人。

## 甚麼是維持生命治療醫囑 (POLST)？

維持生命治療醫囑 (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, 簡稱 POLST) 是一份表格，記錄醫師的指示，用於概要說明您對維持生命治療的意願。這份表格可達成兩個主要目的：

- 在不同醫療機構之間通用。
- 將個人的意願轉變為實際醫囑。

POLST表格可促成將患者參與的臨終討論轉化為實際治療決定，並為個人和醫師提供保障，確保執行明文規定的意願。沒有任何其他表格可用這種方法來簡化此過程。擁有一份 POLST 副本。

## 如果沒有POLST呢？

是否要寫下指示，應視個人的決定。要讓其他人知道您的意願，最好的方式就是採取書面形式。有些人會覺得有書面的指示比較好。這樣一來，家人和朋友就無須擔負做決定的重責。

## POLST可以修改嗎？

可以，您可以隨時修改或撤銷維持生命治療醫囑。您可以銷毀文件、寫下變更事項，或將變更事項告知醫生、護士和家人。如果您修改指示，請將新副本交給家人、醫生、律師或其他相關人等。您的醫生必須知道變更事項，否則變更事項將不具效力。

## 甚麼是維持生命的治療？

目前有幾種維持生命的治療和醫療程序可以延長生命，延後死亡的時間。我們希望您仔細思考，並與家人、朋友和醫生討論您的選擇。請務必讓其他人知道您的意願，以便在您無法自行做決定時有所依歸。

維持生命的治療不包括止痛的醫療程序或藥物。手術不包括在預立醫療指示中，您應與醫生討論這個問題。放棄維持生命治療的決定並不影響提供舒緩和減輕疼痛的醫療照顧。舒緩和減輕疼痛的支持性醫療照護一定會提供。下列是其中一些維持生命的治療：

### 心肺復甦術 (CPR)

CPR 是在心臟或肺部突然停止運作時使用。這通常需要壓迫胸腔、使用藥物和 (或) 電擊來恢復心跳，以及插管來維持呼吸。CPR 對於某些病人來說可能並不適合 (例如因疾病末期面臨死亡的病人、長期處於植物人狀態的病人、或治療無望的病人)，因為這只會延長死亡的過程。

### 呼吸器

呼吸器是將空氣輸送到肺部的機器，幫助無法自行呼吸的病人呼吸。有時候在手術後或生病時，也會用到呼吸器。呼吸器可幫助病人呼吸，直到病人可自行呼吸為止。呼吸器對於疾病末期的病人來說可能並不適合，因為使用呼吸器可能只會延長死亡的過程。

### 人工營養和水份

人工營養和水份是將食物或液體提供給無法進食或喝水的病人。食物和 (或) 液體可直接或間接進入胃部 (也稱為「胃管餵食法」) 或透過靜脈注射給予。這些方法通常是在暫時失去進食或消化功能時使用。當死亡已經確定或無治療希望時，使用人工營養和水份可能只會延長死亡的過程。

## 器官與組織捐贈

如果您希望捐贈器官和（或）組織，可以在醫療指示中註明。您可以向地方的聯邦指定器官捐贈組織 LifeCenter Northwest Organ Donation Network 登記，請上網 [www.lcnw.org](http://www.lcnw.org) 或致電 1-877-275-5269 登記。當您申請或更換駕照時，也可以向機動車輛管理局 (Department of Motor Vehicles) 登記為捐贈者。駕照會印有捐贈者的標誌。登記之後，表示您選擇在死亡時捐出指定的器官和組織，以供移植或研究來幫助其他人。如果您登記為捐贈者，進行捐贈事宜時就不需要另外取得同意。

無論是否為捐贈者，請務必與家人討論您的決定。如果沒有指示或登記記錄，您的家人可能會被要求代替您做決定。為確保您的意願受到尊重，請務必將您的決定清楚告知家人，以便家人在您死亡時能夠支持您的決定。

## 如果我沒辦法做醫療決定，誰可以做決定？

依華盛頓州法律規定，如果您無法自行做決定，將由下列人士依順序替您做決定：

1. 監護人 (如有指定)
2. 醫療決定持久授權書上的指定人士
3. 配偶/登記同居伴侶

4. 成年子女
5. 父母
6. 成年兄弟和（或）姊妹

被選為代替您做決定的人士必須依州法，按照指示中的意願行事。

## 甚麼是醫療決定持久授權書？

醫療決定持久授權書是一份文件，讓您指定某人在您無法自行做醫療決定時，代替您做出決定。您可以指示想要或不要任何治療，例如手術、給予人工營養和水份 (例如液體或藥物)。您可以選擇是否要由律師協助擬訂醫療決定持久授權書。您的代表應瞭解並尊重您的意願。

## 如何準備醫療決定持久授權書？

1. 詳閱下一頁上的醫療決定持久授權書表格。考慮是否要修改表格。仔細想想您要在其中加入哪些特殊的指示，以限制或指示您的代表。將這些指示寫下或列印出來，然後附在表格上。
2. 選擇要成為您的代表的人士。取得該人士的同意，成為醫療授權書的指定人。請直接告知該人士您想要其為您做哪些決定。



3. 在表格上簽名並加註日期。簽署及写上日期，并与两名符合條件的証人簽名或得到公証。
4. 影印醫療決定持久授權書，自己、您的代表、家人和律師 (如有) 各保管一份影本。將醫療決定持久授權書正本交給醫生。醫療決定持久授權書必須與醫生保管的病歷放在一起，以確定醫生能夠依您的意願行事。

## 預立醫療指示可以修改嗎？

可以，您可以隨時修改或撤銷醫療指示或醫療決定持久授權書。您可以銷毀文件、寫下變更事項，或將變更事項告知醫生、護士和家人。如果您修改指示，請將新影本交給家人、醫生、律師或其他相關人等。您的醫生必須知道變更事項，否則變更事項將不具效力。

## 了解更多信息

这些表格由华盛顿州医学会提供为公共服务。我们鼓励您与您的医生讨论醫療指示。律師可以回答你的醫療指示的使用和效果提出的任何法律问题。



### International District Medical & Dental Clinic

720 8th Ave S  
Seattle, WA 98104  
206.788.3700

### Holly Park Medical & Dental Clinic

3815 S Othello St  
Seattle, WA 98118  
206.788.3500

### Shoreline Medical & Dental Clinic

16549 Aurora Ave N  
Shoreline, WA 98133  
206.533.2600

### Bellevue Medical & Dental Clinic

1050 140th Ave NE  
Bellevue, WA 98005  
425.373.3000

### ICHS Primary Care Clinic at ACRS

3639 Martin Luther King Jr Way S  
Seattle, WA 98144  
206.788.3700

### ICHS Legacy House

803 S Lane St  
Seattle, WA 98104  
206.292.5184

ICHS 不因種族，膚色，性別，婚姻狀況，性取向，政治意識形態，年齡，信仰，宗教，祖先，性別認同，基因信息，服務動物的使用，國籍，退伍軍人身份，公民身份，或任何感官，精神或身體殘疾，殘疾退伍軍人和越南退伍軍人的存在根據聯邦，州和地

方法律法規。如果您對自己的權利有疑問或擔憂，請致電 1-855-515-0143 與 ICHS 投訴熱線聯繫。

請注意：免費提供語言協助服務，請致電 1-206-788-3700 (TTY 711)。

HIPAA 允許在必要時向其他醫療護理提供者披露 POLST



Portable Orders for Life-Sustaining Treatment  
A Participating Program of National POLST

姓氏/名字/中間名/首字母

出生日期

/ /

性別 (選填)

代詞 (選填)

這是一份醫囑。必須由醫療專業人員填寫。填寫 Physician's Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST, 生命維持治療醫囑) 始終是自願行為。

重要提示：請查看第2頁獲取完整說明。

疾病/個人目標：

機構資訊/電話 (如適用)

**A**

使用心肺復甦術 (CPR)：在個人沒有脈搏也沒有呼吸的情況下。

請勾選一項

- 是 - 嘗試復甦 / CPR (選擇B部分的全面治療)  
 否 - 不嘗試復甦 (DNAR) / 允許自然死亡

如果不是

心肺驟停, 請前往B部分

**B**

醫療干預水準：在個人有脈搏和/或呼吸的情況下。

請勾選一項

這些治療中的任何一項都可符合上文的 DNAR / 允許自然死亡。

- 全面治療 - 主要目標是透過所有有效的醫學手段延長生命。如有需要, 使用插管, 先進的氣道干預、人工呼吸和心臟復律。包括下文描述的護理。  
如有需要, 可轉移至醫院。包括重症監護。
- 選擇性治療 - 主要目標是在治療疾病的同時盡可能避免採取侵入性措施。如有需要, 使用醫療、靜脈輸液和藥物, 以心臟監護儀。不要插管可以使用侵入性更小的氣道支援 (例如續氣道正壓、雙水準氣道正壓通氣、高流量氧療)。包括下文描述的護理。  
如有需要, 可轉移至醫院。如有可能, 避免重症監護。
- 以舒適為中心的治療 - 主要目標是最大限度地提高舒適度。如有需要, 透過任何途徑利用藥物來緩解疼痛和痛苦。根據需要, 使用氧氣、口腔抽吸和手動治療氣道阻塞, 以確保舒適。  
個人不願轉移至醫院。緊急醫療服務 (EMS)：考慮聯繫醫療控制部門, 以確定是否需要交通工具以達到足夠的舒適度。

其他醫囑 (例如血液製品、透析)：\_\_\_\_\_

**C**

簽名：合法的醫療決策者 (請查看第2頁) 可以代表無法作出選擇的成年人簽名。自己作出選擇的個人可以請可信任的成年人代表其簽名, 或者臨床醫生可以作為口頭同意的證人簽名。18歲以下的人員必須由監護人或父母代為簽名。允許多名父母/決策者簽名, 但不是必須的。虛擬、遠端和口頭同意和指令在第2頁均有說明。

與之討論者：

- 個人  未成年人父母, 具有醫  
 療護理授權的監護人 依據 DPOA-HC  
 提供服務的法定醫療護理機構  
 其他醫療決策者 (根據 RCW 第 7.70.065 節)

簽名 - MD/DO/ARNP/PA-C (必填)

日期 (必填)

以正楷書寫 - MD/DO/ARNP/PA-C 姓名 (必填)

電話

簽名 - 個人或法定醫療決策者 (必填)

關係

日期 (必填)

以正楷書寫 - 個人或法定醫療決策者姓名 (必填)

電話

個人擁有： 醫療護理永久授權書

醫療護理指令 (生前醫囑)

建議提供配合 POLST 的所有預定護理規劃文件。

當轉院或出院時, 請發送個人的表格原件

# HIPAA 允許在必要時向其他醫療護理提供者披露 POLST

姓氏/名字/中間名/首字母	出生日期 / /
---------------	-------------

## 其他聯繫方式 (如有)

法定醫療決策者 (根據 DPOA-HC 或 RCW 第 7.70.065 節)	關係	電話
其他聯絡人	關係	電話
填寫表格的醫療護理專業人員	角色/資歷	電話

## 偏好：醫療輔助營養 (即人工營養)

如未討論，請勾選此處

**本部分為非必填項。此部分無論是否填寫，都不會影響表格第 1 頁上的指令。**

對於醫療輔助營養的偏好和其他醫療護理決定，也可以在預定指令中指明，建議所有成年人使用該指令。POLST 並不替代預定指令。當個人不再能夠自己作出決定時，請就其護理計畫 (包括醫療輔助營養) 與法定醫療決策者協商。我們要基於先前已知的願望、個人的最大利益、此處或其他地方標明的偏好以及當前疾病作出決定。在醫療紀錄中記錄具體的決定和/或指令。

如果可行且符合個人的已知偏好，我們將提供口服的食物和液體。

偏好為避免醫療輔助營養。

偏好為如有需要，討論醫療輔助營養選項。

討論短期與長期的醫療輔助營養 (長期需要手術置管)。

\* 經證明，醫療輔助營養不影響中晚期癱瘓症患者的壽命，且對於治療併發症有好處。人們可能有文件或已知願望表明不再繼續經口進食；經口進食的指令可根據這些已知的願望而定。

與之討論者：\_\_\_\_\_ 個人 \_\_\_\_\_ 醫療護理專業人員 \_\_\_\_\_ 法定醫療決策者

## 醫療護理專業人員指示

注：有能力的個人可始終同意或拒絕醫療護理或干預，無關乎任何文件 (包括本文件) 所載的資訊。

任何不完整的 POLST 部分表明針對該部分進行全面治療。此 POLST 在所有護理環境中均有效。它主要適用於醫院外護理，但根據具體政策在醫療護理機構內也有效。

POLST 是一套醫囑。最近的 POLST 可替代之前所有的醫囑。

### 填寫 POLST

- 填寫 POLST 屬個人的自願行為；應酌情而非必須提供。
- 本表格中記錄的治療選擇應是個人或其醫療護理代理人 and 醫療護理專業人員根據個人偏好和疾病共同決定的結果。
- POLST 必須由 MD/DO/ARNP/PA-C 和個人或其法定醫療決策者依據監護權、Durable Power of Attorney for Health Care (DPOA-HC, 醫療護理永久授權書) 或根據 Revised Code of Washington (RCW, 華盛頓法典修訂版) 第 7.70.065 節的其他關係作出決定並簽署方可生效。允許多名決策者簽名，但不是必須的。
- 根據醫療護理機構的政策，可以接受虛擬、遠端和口頭指令和同意。例如，造訪 [www.wsma.org/POLST](http://www.wsma.org/POLST) 查看常見問題。
- POLST 可用於指明有關患重病的 18 歲以下兒童醫療護理的指令。監護人/父母與醫療護理專業人員一同簽署表格。造訪 [www.wsma.org/POLST](http://www.wsma.org/POLST) 查看常見問題。

注：此表格不適用於指定某人為醫療護理代理人。需要單獨的 DPOA-HC 來指定醫療護理代理人。

### 尊重 POLST

每個人都應該得到尊嚴和尊重。

### A 和 B 部分：

- 對於已選擇「不嘗試復甦」的個人，不應使用除顫器。
- 當在當前環境下無法達到舒適狀態時，應將個人轉移到能夠提供舒適狀態的環境 (例如腕部骨折治療)。這可能包括靜脈給藥以保證舒適狀態。
- 脫水處理是可能延長生命的措施。想要靜脈輸液的個人應指明「選擇性」或「全面治療」。

### 審查 POLST

此 POLST 應在以下情況進行審查：

- 個人從一個護理環境或護理水準轉移到另一個。
- 個人健康狀況有重大變化。
- 個人的治療偏好發生變化。

要使此表格無效，在頁面上畫一條線，並以大寫字母書寫「無效」。通知所有護理機構、臨床機構和任何擁有當前 POLST 副本的人。任何變更都需要新的 POLST。

## 審查此 POLST 表：使用此部分更新和確認指令和首選項。

這符合進入護理和其他機構時確定代碼狀態和基本醫療指導的要求。

審查日期	審查者	審查地點	審查結果 <input type="checkbox"/> 無變更 <input type="checkbox"/> 表格無效 已 <input type="checkbox"/> 完成新表格
------	-----	------	--

當轉院或出院時，請發送個人的表格原件

已簽署 POLST 表格的副本、數碼圖片和傳真均合法且有效。可複印存檔。

想要獲取更多關於 POLST 的資訊，請造訪 [www.wsma.org/POLST](http://www.wsma.org/POLST)

# 預立醫療指示：DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

## ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

您可透過本預立醫療指示（即Durable Power of Attorney for Health Care，DPOA-HC，醫療永久授權委託書）指定醫療護理代理人，並讓醫療護理代理人做好準備。

本表格符合華盛頓州法律的要求。

This advance directive, a durable power of attorney for health care, allows you to name and prepare your health care agent. This form meets the requirements of Washington state law.

### 個人資訊：

#### My Information:

全名：	代名詞（可選）：
FULL NAME:	PRONOUNS (OPTIONAL):
出生日期： / /	(即他/她/他們)
DATE OF BIRTH: (年/月/日)	(i.e., he/she/they)
(mm/dd/yyyy)	

### 指定醫療護理代理人 NAMING A HEALTH CARE AGENT

#### 本人指定下列人員為本人的醫療護理代理人：

##### The person I designate as my health care agent is:

全名：	代名詞（可選）：	
FULL NAME:	PRONOUNS (optional):	
與本人關係：	優先聯絡電話：( )	備用聯絡電話：( )
RELATIONSHIP:	BEST PHONE:	ALTERNATE PHONE:
地址、城市、州、郵遞區號：		
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		

#### 本人指定下列人員為本人的備選代理人：

##### The people I designate as my alternate agents are:

若上述人員無法或不願代本人做出醫療決定，那麼本人指定下述人員為本人的第一和第二備選醫療護理代理人。

If the person listed above is unable or unwilling to make my health care decisions, then I designate the people listed below as my first and second alternate health care agents.

#### 第一備選醫療護理代理人

##### First Alternate

全名：	代名詞（可選）：	
FULL NAME:	PRONOUNS (optional):	
與本人關係：	優先聯絡電話：( )	備用聯絡電話：( )
RELATIONSHIP:	BEST PHONE:	ALTERNATE PHONE:
地址、城市、州、郵遞區號：		
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		

#### 第二備選醫療護理代理人

##### Second Alternate

全名：	代名詞（可選）：	
FULL NAME:	PRONOUNS (OPTIONAL):	
與本人關係：	優先聯絡電話：( )	備用聯絡電話：( )
RELATIONSHIP:	BEST PHONE:	ALTERNATE PHONE:
地址、城市、州、郵遞區號：		
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		



## 指定醫療護理代理人 NAMING A HEALTH CARE AGENT

### 下列情況適用：

#### Situations that may apply:

在下方適用於您的聲明旁簽上姓名首字母。您可將不適用於您的聲明用線劃掉。如需瞭解更多資訊：請造訪 [www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org)，參見 *Advance Care Planning (ACP, 預立醫療自主計劃)* 概述，或諮詢您的醫療服務提供者。  
Initial next to the statements below that apply to you. You may draw a line through statements that do not apply to you. For more information: see the ACP Overview, visit [www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org), or talk with your health care provider.

- \_\_\_\_\_ 若本人指定本人的配偶或註冊的同居伴侶作為本人的醫療護理代理人，即使我們雙方之後解除了婚姻關係、宣告婚姻關係無效或合法分居，本人仍希望他們繼續作為本人的醫療護理代理人。  
If I name my spouse or registered domestic partner as my health care agent and we later file for a dissolution, annulment, or legal separation; I want them to continue as my health care agent.
- \_\_\_\_\_ 本人不指定醫療護理代理人。本人在本表格中分享的目標和價值觀，僅可視為本人的個人價值觀聲明，而非預立醫療指示。  
I am not naming a health care agent. By sharing my goals and values in this form, it will be considered a personal values statement and not an advance directive.

## 讓醫療護理代理人做好準備 PREPARING A HEALTH CARE AGENT

### 對於本人而言，最重要的是什麼？

#### What matters most to me?

本節將幫助您思考對您最重要的事項。這些資訊將指導對您非常重要的人（比如您的醫療護理代理人 and 親人）在您無法自行做出醫療決定的情況下，代您做出醫療決定。

您可考慮分享：

This section helps you think about what matters most to you. This information can guide the people who matter to you — like your health care agent and loved ones — to make health care decisions for you if you cannot make them yourself.

Consider sharing:

- 從身心上來說，您喜歡做什麼？  
What do you love to do, mentally and physically?
- 對您而言，清楚自己是誰及與誰在一起有多重要？  
How important is it for you to know who you are and who you are with?
- 對您而言，與家人和朋友溝通有多重要？  
How important is communicating with family and friends to you?
- 您認為，「健康生活」或「美好的一天」是什麼情形？  
What does "living well" or "a good day" look like to you?
- 您一生最重視的是什麼？  
What do you value most in your life?

下列事項對於本人最為重要：(請盡可能具體。請根據需要增加頁面。)

The following is what matters most to me: (Be specific. Add pages if needed.)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

姓名：

NAME:

出生日期：

DATE OF BIRTH:

/ /

(年/月/日)

(mm/dd/yyyy)







## 讓醫療護理代理人做好準備

## PREPARING A HEALTH CARE AGENT

本人透過回答下列問題，分享醫療方面的意願。若本人無法自行做出醫療決定，本人希望本人的醫療護理代理人參考這些資訊，指導他們代本人做出醫療決定。本人瞭解，這些資訊可針對本人的治療提供一定指導，但不可能在任何情況下都完全按照本人的意願執行。

In answering the following questions, I am sharing my health care preferences. If I cannot make health care decisions for myself, I want my health care agent to use this information to guide their decisions. I understand that this information can guide my care, but it might not be possible to follow my wishes exactly in every situation.

## Cardiopulmonary Resuscitation (CPR, 心肺復蘇)：我的意願是什麼？

## CPR: What are my wishes?

在患者心跳和呼吸停止時，華盛頓州的標準治療方法是為患者實施心肺復蘇 (CPR)。本節可指導您的醫療護理代理人 and 醫療服務提供者在您住院期間發生心跳和呼吸停止時，是否實施 CPR (又稱為「急救代碼狀態」)。

Standard care in Washington state is to provide cardiopulmonary resuscitation (CPR) to people if their heart and breathing stop. This section can guide your health care agent and health care providers on whether to perform CPR if you are hospitalized and your heart and breathing stop (also known as "code status").

## 若本人住院期間心跳和呼吸停止：

## If I am hospitalized and my heart and breathing stop:

- 本人希望接受 CPR。  
I want CPR attempted.
- 除非能夠改變本人的健康狀況，否則本人在下列情況下不希望接受 CPR：  
I want CPR attempted, unless there has been a change in my health, and I have:
- 生存機率微乎其微，無法過上符合本人在本表格中所表達以及/或與醫療護理代理人所商定之目標和價值觀的生活；或  
Little chance of living a life that aligns with the goals and values I have stated in this form and/or discussed with my health care agent; or
  - 疾病或傷情無法治癒，可能很快身故；或  
A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or
  - 即使心跳恢復，生存機率也微乎其微。  
Little chance of survival even if my heart is started again.
- 本人不希望接受 CPR。本人希望自然離世。(請諮詢您的醫療服務提供者，瞭解關於「Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST, 關於生命維持治療的可攜式醫囑)」表格。)  
I do not want CPR attempted. I want to be allowed to die naturally. (Talk to your health care provider about a POLST form.)

## 生命支援治療：我的意願是什麼？

## Life Support: What are my wishes?

您於下方的回答將為您的醫療護理代理人提供指導。回答此問題並不意味著將本表格視為預立醫療指示 (即依據華盛頓州法律，在特殊情況下不再實施或停止採取生命維持治療的指示)。如需瞭解更多資訊，請造訪 [www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org)，或諮詢您的醫療服務提供者。

Your response below is intended to guide your health care agent. Answering this question does not make this form a health care directive, which is a directive to withdraw or withhold life-sustaining treatment in specific situations under Washington state law. For more information, visit [www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org) or talk with your health care provider.

## 若本人病情或傷情嚴重，導致本人可能不久便會身故或陷入昏迷狀態而無法康復，則本人希望本人的醫療護理代理人：

## If I am so sick or injured that I am likely to die soon or am in a coma and unlikely to recover, I want my health care agent to:

- 採用所有生命支援治療來維持我的生命，即使恢復希望渺茫。本人希望繼續依賴生命支援治療。  
Use all life-support treatments to keep me alive even if there is little chance of recovery. I want to stay on life support.
- 嘗試醫療服務提供者認為可能有助於本人康復的所有生命支援治療。若治療未能奏效，且生存希望渺茫，無法過上符合本人目標和價值觀的生活，則本人不希望繼續依賴生命支援治療。到那時，請讓本人自然離世。  
Try all life-support treatments that my health care providers think might help me recover. If the treatments do not work and there is little chance of living a life that aligns with my goals and values, I do not want to stay on life support. At that point, allow me to die naturally.
- 請讓本人自然離世。本人不希望接受生命支援治療。若已開始實施生命支援治療，本人希望立即停止。  
Allow me to die naturally. I do not want to be on life support. If life-support treatments have been started, I want them to be stopped.
- 本人希望本人的醫療護理代理人代本人做出決定。  
I want my health care agent to decide for me.

姓名：\_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_

出生日期： / / \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH: (年/月/日)  
(mm/dd/yyyy)



## 授權醫療護理代理人 AUTHORIZING A HEALTH CARE AGENT

**本人賦予醫療護理代理人的一般權限和權力聲明：**本人授權，本人的醫療護理代理人可在本人無法自行做出醫療決定時，代本人表達同意接受治療的意願。本人授權，本人的醫療護理代理人可執行本人關於生命支援治療的意願，如採用 CPR、呼吸機、餵食管、輸血及腎透析。其中包括同意開始、繼續或停止治療。

**Statement of General Authority and Powers of My Health Care Agent:** I authorize my health care agent to give consent for medical treatments when I cannot make my own decisions. I authorize my health care agent to carry out my wishes regarding life-support treatments such as a CPR, breathing machines, feeding tubes, blood transfusions, and kidney dialysis. This includes consent to start, continue, or stop medical treatment.

**本人作如下保證：**本人理解本醫療永久授權委託書 (DPOA-HC) 的重要性和意義。本表格體現了本人醫療護理代理人的選擇及本人的目標、價值觀及意願。本人已自願填寫本表格。本人經過了深思熟慮。本人瞭解，本人可隨時改變主意。本人瞭解，本人可隨時撤銷和替換本表格。本人可撤銷先前的任何醫療永久授權委託書。若醫生或執業心理醫生認定本人沒有能力自行做出醫療決定，則本人希望本醫療永久授權委託書 (DPOA-HC) 生效。只要本人無法自行做出醫療決定，本預立醫療指示便持續有效。

**I attest to the following:** I understand the importance and meaning of this durable power of attorney for health care (DPOA-HC). This form reflects my health care agent choices and my goals, values, and preferences. I have filled out this form willingly. I am thinking clearly. I understand that I can change my mind at any time. I understand I can revoke and replace this form at any time. I revoke any prior durable power of attorney for health care. I want this DPOA-HC to become effective if a physician or licensed psychologist determines I do not have the capacity to make my own health care decisions. This directive will continue as long as my incapacity lasts.

本人的簽名：

日期：

MY SIGNATURE:

DATE:

地址、城市、州、郵遞區號：

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

### 對於證人或公證員的要求

#### Witnesses or Notary Requirement

您的簽名必須由兩名證人作證或由公證員確認。

You must have your signature either witnessed by two people or acknowledged by a notary public.

#### 備選方案 1 - 兩名證人

##### OPTION 1 - TWO WITNESSES

**證人保證：**本人聲明，本人符合作為一名證人的規定。

**Witness Attestation:** I declare I meet the rules for being a witness.

證人 1 簽名：

日期：

WITNESS #1 SIGNATURE:

DATE:

正楷姓名：

NAME PRINTED:

證人 2 簽名：

日期：

WITNESS #2 SIGNATURE:

DATE:

正楷姓名：

NAME PRINTED:

#### 備選方案 2 - 公證員

##### OPTION 2 - NOTARY

STATE OF WASHINGTON )

華盛頓州 )

COUNTY OF )

縣 )

This record was acknowledged before me on this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_,

本人於 \_\_\_\_\_ 日確認本記錄真實有效

by (name of individual): \_\_\_\_\_

公證員 (個人姓名) :

Signature:

Title:

Exp:

簽名：

職務：

有效期至：

#### 關於證人的規定：

##### Rules for Witnesses:

- 必須年滿 18 歲且具有行為能力。  
Must be at least 18 years of age and competent.
- 與您或您的醫療護理代理人不得存在血親關係、婚姻關係或在州部門註冊的同居伴侶關係。  
Cannot be related to you or your health care agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.
- 不能是您的家庭醫療服務提供者或您常住的成人之家或長期護理機構的護理服務提供者。  
Cannot be your home care provider or a care provider at an adult family home or long-term care facility where you live.
- 不能是您指定的醫療護理代理人。  
Cannot be your designated health care agent.

姓名：

NAME:

出生日期：

DATE OF BIRTH:

/ /

(年/月/日)

(mm/dd/yyyy)