



预立医疗指示

本表易于使用，可让他人知晓您的目标、价值观和偏好

您为什么应该设立预立医疗指示？

提前规划并清楚说明您的医疗保健目标、价值观和偏好非常重要。预立医疗指示是实现这一目的的最佳方式。填妥预立指示能让您和您的亲近之人更加安心。填写指示的过程也有助于您与所爱之人讨论于您而言最重要的事项。

Cedars-Sinai 可提供多种资源以帮助您填妥指示，包括社会工作者、精神关怀专家和免费的预立照护规划课程。有关这些资源和其他资源的信息，请参见本文件的封底。

填妥预立医疗指示后，您应该做什么？

1. 就您的指示进行公证或让两名符合条件的见证人签署文件。
 - 选项 1：在公证人的公证下签署文件。
 - 选项 2：让两名符合条件的见证人签署文件。
2. 将文件副本提供给：
 - 您的医疗保健代理人
 - 您的所爱之人
 - 您的主治医生
 - 您的律师
3. 确保通过以下方式之一将预立医疗指示上传到您的电子病历中：

上传到 My CS-Link™	传真到 Cedars-Sinai	邮寄到 Cedars-Sinai	通过电子邮件将电子副本 发送给 Cedars-Sinai
<p>网站： mycslink.org</p> <p>使用“资源”下列出的“预立医疗指示”页面。</p> <p>请在第一页注明您的姓名和出生日期。</p>	<p>传真号码： 310-248-8078</p> <p>请在第一页注明您的姓名和出生日期。</p>	<p>邮寄地址：</p> <p>Health Information Department 8700 Beverly Blvd. South Tower, Room 2901 Los Angeles, CA 90048</p> <p>请在第一页注明您的姓名和出生日期。</p>	<p>电子邮件地址： groupMNSHID@cshs.org</p> <p>请在第一页注明您的姓名和出生日期。</p>

4. 请将原件保存在安全（但容易获取）的地方。

目录

第 1 部分：

我的医疗保健代理人

第 A 节：选择我的医疗保健代理人	2
第 B 节：我希望医疗保健代理人在什么时候开始代表我？	3

第 2 部分：

我的医疗保健目标、价值观和偏好

第 A 节：生活质量	4
第 B 节：治疗范围	5
第 C 节：进一步说明（选填）	6

第 3 部分（选填）：

其他偏好：

器官捐献	
我死亡后的意愿	7

第 4 部分：

我希望他人多严格遵循我的预立医疗指示？

8

第 5 部分（选填）：

确定我的医生

9

第 6 部分：

签署我的预立医疗指示

11

附页

16-17

其他资源

封底

我的姓名： _____

我的出生日期： _____

第 1 部分： 我的医疗保健代理人

第 A 节：选择我的医疗保健代理人

- 关于如何填写本部分，请参见分步指南第 1 部分第 A 节（第 3-4 页）。
-

如果我在任何时候无法（或者选择不自行）表达我的目标、价值观和偏好，我选择由以下人员代我进行表达：

医疗保健代理人的姓名： _____

与您的关系： _____

电话号码： _____

电子邮件地址（如已知）： _____

以下人员可作为替补代理人（选填）：

第一替补

替补代理人的姓名： _____

与您的关系： _____

电话号码： _____

电子邮件地址（如已知）： _____

第二替补

替补代理人的姓名： _____

与您的关系： _____

电话号码： _____

电子邮件地址（如已知）： _____

第 B 节：我希望医疗保健代理人在什么时候开始代表我？

- 关于如何填写本部分，请参见分步指南第 1 部分第 B 节 (第 5 页)。
-

我希望我的医疗保健代理人从以下时间开始参与我的医疗保健决策：

请在选项 1 或选项 2 下签下姓名首字母来完成上述句子：

选项 1

当我的医生确定我无法表达自己的目标、价值观和偏好时。

(在此处签下姓名首字母)

或

选项 2

从现在开始，即使我仍然具备自我表达能力。

(在此处签下姓名首字母)

第 2 部分： 我的医疗保健目标、价值观和偏好

第 A 节：生活质量

■ 关于如何填写本部分，请参见分步指南第 2 部分第 A 节（第 6-9 页）。

我想好好活下去，因此，在以下情况下，我同意尽可能地延长我的生命：

请选择选项 1、2 或 3 来完成上述句子：

选项 1

所有情况，即使这意味着我的器官（心、肺、肾等）在借助或不借助机器的情况下仅能维持基本功能。

或

选项 2

所有情况，除非我永远无法恢复以下能力（请在以下空格处填写）：

生理和身体能力（例如在不永久性连接生命支持设备的情况下生活、起床、外出等）：

认知能力（例如保持清醒、有意识、能够清晰地思考等）：

互动、社交和社区居住能力（例如通过某种方式与他人交流、在医疗保健机构之外居住等）：

或

选项 3

我不确定

如果您想分享更多详细信息，请在第 6 页或本文件末尾提供的多行空格中填写。

第 B 节：治疗范围

■ 关于如何填写本部分，请参见分步指南第 2 部分第 B 节 (第 10-11 页)。

如果我的医生认为我有合理的机会恢复到第 4 页所述的生活质量，我愿意接受以下救治：

请选择选项 1、2 或 3 来完成上述句子：

选项 1

我的医疗保健团队提供的所有手术、治疗和干预措施。

或

选项 2

我的医疗保健团队提供的所有手术、治疗和干预措施，但以下救治除外：

或

选项 3

我不确定

如果您想分享更多详细信息，请在第 6 页或本文件末尾提供的多行空格中填写。

第 C 节：进一步说明 (选填)

如果您想分享更多想法和信息，您可以在此处填写。
您可以借机提出任何影响您医疗保健目标、价值观和偏好的文化或宗教观点。

如果您想分享更多详细信息，请在本页或本文件末尾提供的多行空格中填写。

第 3 部分 (选填) : 其他偏好

■ 关于如何填写本部分, 请参见分步指南第 3 部分 (第 12 页)。

器官捐献

我希望捐献所有器官和组织。

或

我不希望捐献任何器官或组织。

或

我希望仅捐献以下器官或组织 (请注明) :

我死亡后的意愿

我对葬礼、土葬和/或火葬安排的意愿如下:

如果您想分享更多详细信息, 请在本文件末尾提供的多行空格中填写。

第 4 部分： 我希望他人多严格遵循我的预立医疗指示？

■ 关于如何填写本部分，请参见分步指南第 4 部分（第 13 页）。

我希望本指示中所述的目标、价值观和偏好能够：

请在选项 1 或选项 2 下签下姓名首字母来完成上述句子：

选项 1

根据我目前所知的事实，作为一般指导。

(在此处签下姓名首字母)

或

选项 2

在任何情况下都得到严格遵循。

(在此处签下姓名首字母)

如果您想分享更多想法和信息，您可以在以下空格处填写：

如果您想分享更多详细信息，请在本文件末尾提供的多行空格中填写。

第 5 部分（选填）： 确定我的医生

■ 关于如何填写本部分，请参见分步指南第 5 部分（第 14 页）。

您可以让了解您目标、价值观和偏好的医生参与您的治疗。如果您希望他们参与有关您病情和治疗方案的讨论，请在下面列出他们的姓名和联系信息。

医生姓名： _____

电话号码（如已知）： _____

电子邮件地址（如已知）： _____

医生姓名： _____

电话号码（如已知）： _____

电子邮件地址（如已知）： _____

医生姓名： _____

电话号码（如已知）： _____

电子邮件地址（如已知）： _____

如果您想分享更多详细信息，请在本文件末尾提供的多行空格中填写。

本页特意留白

第 6 部分： 签署我的预立医疗指示

- 关于如何填写本部分，请参见分步指南第 6 部分（第 15 页）。
-

为使本文件合法有效，您必须在一名公证人（第 13 页）或两名见证人（第 14 页）在场的情况下在下方签名：

姓名（正楷）： _____

签名： _____

签名日期： _____

本页特意留白

在公证人的公证下签署我的预立医疗指示

注意：如果您填写以下部分，则无需填写第 14 页。

公证

(California All-Purpose Acknowledgment, Civil Code 1189)

填写此证明的公证人或其他官员仅证实本证明所附文件签署人的身份，并未证实该文件的真实性、准确性或有效性。

加利福尼亚州

_____ 县 }

公证日期：_____ 公证人：_____

日期

在此处插入公证人的姓名和职务

亲自到场

签署人姓名

通过充分的证据向本人证明其为所附文件签署人本人，并承认在其权限范围内签署该文件，且通过其签名由其或其代表的实体签署该文件。

本人根据加利福尼亚州法律证明上述段落真实准确。如若不然，甘受伪证罪处罚。

以本人签名和公章为证。

签名 _____

公证人签名

在上方加盖公证人公章

在见证人的见证下签署我的预立医疗指示

注意：如果您填写以下部分，则无需填写第 13 页。

见证人声明

本人根据加利福尼亚州法律声明：1) 签署或确认本预立医疗指示的个人其身份为本人所知，或通过向本人提供的有力证据经本人证实；2) 该人在本人在场的情况下签署或确认了本预立医疗指示；3) 该人在本人看来心智健全，且未受到胁迫、欺诈或不当影响；4) 本人不是本预立医疗指示指定的代理人；5) 本人不是该人的医疗保健提供者、社区医疗机构运营商的雇员，或老年人居家照护机构运营商的雇员；6) 本人已年满 18 岁。如若不然，甘受伪证罪处罚。

见证人 1

见证人 1 签名

日期

见证人 1 正楷姓名

电话号码

见证人 2

见证人 2 签名

日期

见证人 2 正楷姓名

电话号码

其中一名见证人还必须签署以下声明：

本人根据加利福尼亚州法律进一步声明，本人与本预立医疗指示的签署人没有任何血缘、婚姻或收养关系，且据本人所知，本人无权根据任何现有遗嘱或法律规定在其死亡后获得其任何遗产。如若不然，甘受伪证罪处罚。

见证人 1 或 2 签名

日期

见证人 1 或 2 正楷姓名

日期

特殊见证要求

注意：仅针对养老院或专业护理机构的患者：除了填写第 13 页或第 14 页外，还需要患者维权人或监察员签名。

如果您**不是**养老院或专业护理机构的患者，您可以跳过本部分。

患者维权人或监察员声明

本人根据加利福尼亚州法律声明，本人是加州老龄化局 (Department of Aging) 指定的患者维权人或监察员，且本人根据 Probate Code 第 4675 节的要求作为见证人。如若不然，甘受伪证罪处罚。

患者维权人或监察员签名

日期

患者维权人或监察员正楷姓名

电话号码

附页

其他资源

如需报名参加免费的预立医疗照护规划课程，请致电 800-700-6424。

Cedars-Sinai 支持治疗医学部 310-423-9520

Cedars-Sinai 支持治疗医学部 (Supportive Care Medicine, SCM) 团队帮助时日不多或患有晚期疾病的住院和门诊患者获得最佳生活质量，并为其家人提供支持。SCM 临床医生是处理各种生理和心理症状的专家；他们还接受过专门培训，可以帮助进行预立照护规划和制定预立医疗指示。

Cedars-Sinai 精神关怀部 310-423-5550; cedars-sinai.org/spiritualcare

Cedars-Sinai 精神关怀部的成员为 Cedars-Sinai 患者及其所爱之人提供精神关怀服务。牧师可以探视患者并帮助其解决临终决定和关怀方面的难题。

Cedars-Sinai 医疗伦理中心

310-423-9636; cedars-sinai.org/ethics

该中心向 Cedars-Sinai 住院患者提供临床伦理咨询服务。该中心旨在帮助患者、患者家属、医生和患者医疗团队的其他成员检查和讨论相关的伦理价值观和目标。

Cedars-Sinai 社会工作部

住院：310-423-4446 门诊：310-248-8311

以下是提供预立照护规划相关信息的网站：

- 加利福尼亚州预立医疗指示登记处 (Advance Health Care Directive Registry—California): sos.ca.gov/registries/advance-health-care-directive-registry
- 有尊严地老去 (Aging With Dignity): agingwithdignity.org
- 美国医院协会 (American Hospital Association): putitinwriting.org
- 加州医疗协会 (California Medical Association): cmanet.org
- 爱心关怀 (Caring Connections): caringinfo.org
- 加州慈心关怀联盟 (Coalition for Compassionate Care of California): coalitionccc.org 和 capolst.org (提供英语和其他语言的 POLST 表格)
- 美国临终关怀协会 (Hospice Association of America): hospice.nahc.org
- 加州生命捐献—器官和组织捐献登记处 (Donate Life California—Organ and Tissue Donor Registry): donatelifecalifornia.org
- 美国退伍军人事务部 (U.S. Department of Veterans Affairs): losangeles.va.gov/patients/advance.asp