



預立醫療指示工具包

什麼對您而言是最重要的

預立醫療指示會讓人心安。



為什麼每個成年人都應該有預立醫療指示

我們年滿 18 歲後，就可以投票、參軍並就醫療做出我們想要的選擇。但我們所有人在任何年齡都可能面臨重病或受傷的情況。

當家庭成員和至親面臨關於您的護理的重要決定時，預立醫療指示可以減輕他們的壓力。

恭喜您就完成預立醫療指示邁出了第一步。此檔讓您可以任命某人在您無法自己發言的時候為您表達意見。此人可以確保您的願望得到滿足。

Providence St. Joseph Health 認為年滿 18 歲的每個人都應該設立預立醫療指示。它為您的醫生和家人提供了關鍵資訊：

- 您希望得到哪種類型的醫療
- 如果您無法自己做出決定，誰可以為您做決定

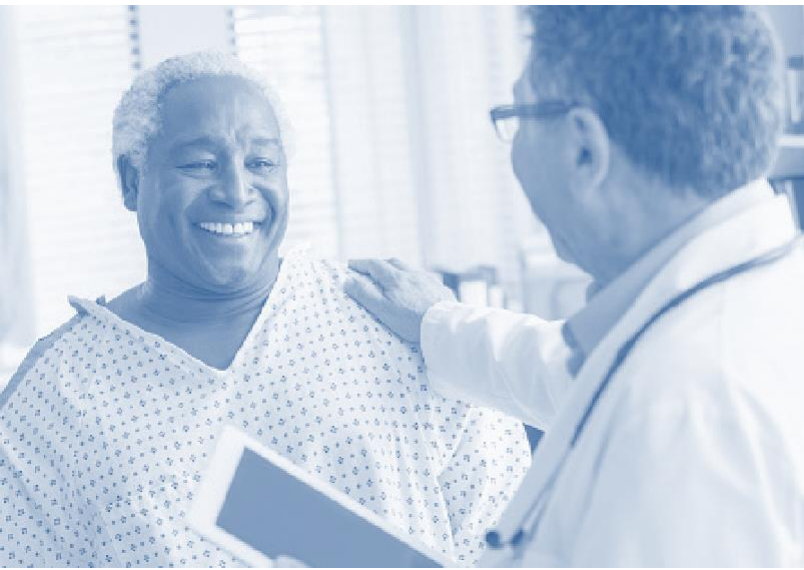
心安

預立醫療指示可以簡單也可以詳細。這一檔包讓您可以做出決定。

您可以簡單指定某人代表您做出決定。或者您可以在檔包中放入關於治療的說明，例如心肺復蘇 (CPR)、機械通氣（呼吸機）或插入飼管。

如果您之後對於預立醫療指示中的決定改變了想法，**您可以隨時修訂檔。**

如果您想要確保您的價值觀、偏好和優先事項得到尊重，則預立醫療指令可以有所說明。



最大程度地發揮您的預立醫療指示的作用

與您的至親討論

您必須與您的家庭成員和親密朋友討論。他們可以在決策流程中提供說明，但請記住，您才最瞭解對您而言什麼最重要。告訴他們。現在與他們分享您的想法和選擇—在未預見的情況發生之前。

與您的醫生討論

與您的醫生討論，確保他或她理解您對未來任何護理的偏好和目標。通常情況下從基本情況開始討論是最簡單的。在您的後續看診中，討論就您的健康和醫療而言重要的內容。

必須討論您可接受的任何醫療和護理的目標。尤其重要的是，您的健康狀況是否發生了變化或者您是否正在接受某種病症的治療。您的醫生和其他醫療提供商可以確保您的意願得到知悉和滿足，但他們只能在您提供了這類資訊之後才能做到這一點。

記錄您的願望

一旦您選擇了某人擔任您的醫療代表，並決定了未來護理的偏好或護理目標，使用此檔包中的表格記錄您的決定。

交還您完成的預立醫療指示

您和您的證人簽署了所述內容後，製作數份副本。有些州允許公證代替證人。請確保您的願望在我們的醫療記錄系統中得到記錄。

- 使用寫明位址且貼有郵票的信封（如可用）郵寄您填妥的表格之副本。
- 向您的主治醫生和您的醫療代表提供副本。
- 如果您曾住院，確保您或您的醫療代表向您的醫療團隊提供副本。

僅向其他人寄送您的預立醫療指示的影本或掃描版本。將原件保留在安全且可易於接觸的位置。

繼續對話

您和您的醫生可就您的醫療護理進行數次對話。隨著時間流逝，您的願望和目標可能發生改變。繼續對話可確保每個人都理解您當前的偏好。

在任何時候，您都可以改變關於誰擔任您的醫療代表以及您的醫療偏好的想法。如需更新您的資訊，請填寫新的預立醫療指示。告訴您的醫療代表、您的家人和您的醫生您已對表格進行了修訂。像您之前做的一樣，製作您的更新後表格副本，分發給您的醫療代表、您的醫生和醫院醫療記錄存檔。

任何時候都是對您的目標和願望進行反思的最好時機。

常見問題

如果我不選擇醫療代表會怎麼樣？

如果您病得太重而無法自己做出決定，您的醫生將求助家庭成員、朋友或法官為您做出決定。如果您沒有醫療代表，這些人可能為您做出您並不想要的決定。

我的醫療代表將為我的醫療帳單負責嗎？

不。

我需要律師嗎？

不。法律並不要求律師完成預立醫療指示。兩個證人和/或公證即足夠。

發生下列情況時更新您的預立醫療指示.....

當您的人生發生改變時，就應該回顧您的醫療選擇。您可能發現自己想要根據新情況調整自己的選擇。當人生中的某些里程碑時刻到來時，您需要回顧您的醫療願望。我們將這些里程碑時刻稱為五個 D：

1. **十年**：每當您開始人生中的新一個十年或您經歷了重大的人生改變例如您的孩子滿 18 歲時
2. **死亡**：您經歷了至親的死亡時
3. **離婚**：您經歷了離婚或其他重大家庭變故時
4. **診斷**：您被診斷患有重病時
5. **惡化**：您面臨健康狀況的嚴重惡化尤其在您無法自己生活時

如果我改變了想法會發生什麼情況？

您可以隨時改變您的選擇。改變的最佳做法就是完成新的預立醫療指示，包括簽名和證人和/或公證。告知需要瞭解您的新預立醫療指示的所有人。

如果我不想完成做出我的醫療選擇（或生前遺囑）的這一步驟，會發生什麼情況？

這樣也可以。您選擇您的醫療代表（或代理人）後，與他們討論您的願望。

預立醫療指示將確保您的願望得到滿足。



填寫表格

預立醫療指示

預立醫療指示的完成可通過五個簡單步驟實現*：

第 1 步：選擇您的醫療代表。

第 2 步：做出您的醫療選擇。

第 3 步：概述您的醫療代表的權力。

第 4 步：簽署表格。

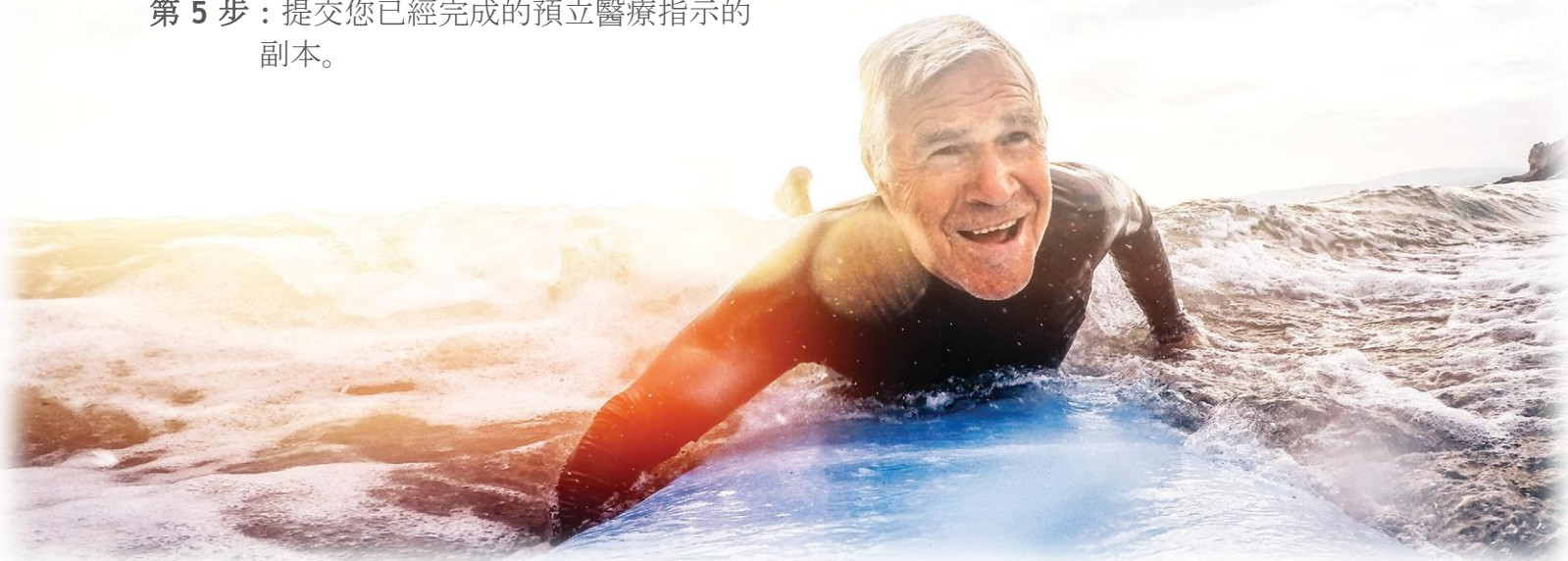
第 5 步：提交您已經完成的預立醫療指示的副本。

如果您在完成表格時遇到任何問題，請與您的醫生討論。他或她可以解釋這些選項對您和您的家人而言意味著什麼。

您會在這裡找到更多有用資訊和可下載/可填寫的 PDF 格式檔：

Provhealth.org/AD

*俄勒岡州表格略有不同。



非歧視和可訪問性權利通知

我們遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而加以歧視。我們不會因為種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而排擠某些群體或予以區別對待。我們：

1. 向殘疾人提供免費援助和服務從而令其可以與我們進行有效溝通，例如：(a) 合格手語翻譯；以及 (b) 其他格式的書面資訊（大字體、音訊、可訪問的電子格式、其他格式）。
2. 向主要語言不是英語的人提供免費語言服務，例如：(a) 合格翻譯；以及 (b) 用其他語言書寫的資訊。

如果您需要上述任何服務，請聯繫下方合適的民權協調員。如果您需要電信中繼服務，請撥打 1-800-833-6384 或 7-1-1。

如果您認為我們未能提供這些服務或基於種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而以另一種方式予以歧視，您可以聯繫下方列出的您所在州的民權協調員對我們提出申訴：

| 州/服務 | 民權協調員 |
|---------------|---|
| 阿拉斯加 | 民權協調員， 3200 Providence Dr., Anchorage, AK 99508, 電話：1-844-469-1775； 翻譯熱線：1-888-311-9127；電子郵箱：Nondiscrimination.AK@providence.org |
| 加利福尼亞 | 民權協調員， 501 S. Buena Vista Street, Burbank, CA 91505；電話：1-844-469-1775； 翻譯熱線：1-888-311-9127；電子郵箱：Nondiscrimination.CA@providence.org |
| | Hoag 民權協調員， One Hoag Drive, Newport Beach, CA 92663；電話：1-949-764-4427； 翻譯熱線：1-888-311-9127；電子郵箱：Kimberlee.Rosa@hoag.org |
| 蒙大拿 | 民權協調員， 1801 Lind Ave.SW, Renton, WA 98057；電話：1-844-469-1775； 翻譯熱線：1-888-311-9127；電子郵箱：Nondiscrimination.MT@providence.org |
| 華盛頓 | 民權協調員， 101 W. 8th Ave., Spokane, WA 99204；電話：1-844-469-1775； 翻譯熱線：1-888-311-9127；電子郵箱：Nondiscrimination.WA@providence.org |
| 俄勒岡 | 民權協調員， 5933 Win Sivers Dr., Suite 109, Portland, OR 97220；電話：1-844-469-1775； 翻譯熱線：1-888-311-9127；電子郵箱：Nondiscrimination.OR@providence.org |
| 德克薩斯/新墨西哥 | 民權協調員， 3506 21st Street, Suite 301, Lubbock, TX, 79410；電話：1-806-725-0085； 翻譯熱線：1-800-264-1552；電子郵箱：Natalie.Ramello@covhs.org |
| 高級服務 (所有州) | 民權協調員， 2811 S. 102nd Street, Suite 220, Tukwila, WA 98168, 電話：1-844-469-1775； 翻譯熱線：1-888-311-9127；電子郵箱：Nondiscrimination.pscs@providence.org |

您可以親自或通過郵件、傳真或電子郵件提出申訴。如果您在提出申訴時需要幫助，上述注明的民權協調員之一可以為您提供幫助。

您也可以通過 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 可用的民權投訴辦事處門戶以電子形式向美國健康和公眾服務部的民權辦事處提出民權投訴，或通過郵件或電話向下列位址提出民權投訴：

美國健康和公眾服務部，
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

可獲取投訴表的地址為：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-311-9127 (TTY: 711).

注意：如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電888-311-9127 (TTY: 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn dành cho bạn. Gọi số 888-311-9127 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 888-311-9127 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 888-311-9127 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 888-311-9127 (телетайп: 711).

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններ: Ձանգահարեք 888-311-9127 (հեռախոսք (TTY) 711).

يرجى الانتباه: إذا كنتم تتكلمون اللغة العربية، فأعلموا أن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة مجاناً لكم. اتصلوا برقم الهاتف 888-311-9127 (أو بخط المبرقة الكاتبة TTY لضعاف السمع والنطق على الرقم 711).

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره 888-311-9127 (TTY: 711) تماس بگیرید.

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。888-311-9127(TTY:711)まで、お電話にてご連絡ください。

पिआठ पिछि: जे उमी पंजाबी बोलि रे, उं उमा यद्विच मराठिउ मेटा उराडे लछी मुदउ उप्रलछि रे। 888-311-9127 (TTY: 711) 'उे काल वरे।

សូមចាំអរម្ភណៈ ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ទោះសេវាជំនួយផ្នែកភាសានឹងមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 888-311-9127 (TTY: 711)។

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 888-311-9127 (TTY: 711) पर कॉल करें।

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, koj tuaj yeem siv cov kev pab txhais lus pub dawb. Hu rau 888-311-9127 (TTY: 711).

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการความช่วยเหลือทางภาษาได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 888-311-9127 (TTY: 711)

錢包卡

請填寫空白處，完成打卡，將它放入您的錢包。

如果發生緊急情況，它會提醒您的醫療團隊，即您已經任命某人擔任您的醫療代表，而且您已經填寫了預立醫療指示。這將有助於在您無法表達自己意見的情況下確保您的願望得到滿足。

如果發生緊急情況：

如果我無法自己進行溝通，我有醫療代表可以為我發言。

全名 (FULL NAME)

電話 備用 (PHONE)

電話 (ALT. PHONE)

與我的關係 (RELATIONSHIP TO ME)

如需更多資訊，請訪問

Providence.org/InstituteForHumanCaring

請於下列地址下載所附的工具包

Provhealth.org/AD



Providence Institute for Human Caring
Providence.org/InstituteForHumanCaring