



醫療服務指令 (或者 《生前預囑》)

什麼是《醫療服務指令》？

它是一份文件表格，對您在罹患絕癥或者永久性昏迷而無法自行作出決定時希望或者不希望得到哪些醫療治療作出聲明。它還會讓您寫下您的醫療服務價值觀。

什麼是醫療服務價值觀？

它們是您對醫療服務的意願和選擇，包括您的宗教信仰、道德理念，以及對醫療服務的個人選擇。在您無法自行做出決定的**所有**情況下（不單單指您罹患絕癥或者永久性昏迷），應該根據這些價值觀做出相關醫療決策。

示例：

- 「我擔心出現窒息感。請盡一切可能緩解我的緊張情緒。」
- 「我可以忍受輕度疼痛 – 請在鎮痛時讓我保持頭腦清醒。」
- 「與獲得大量醫療處理相比，生活質量對我來說更重要。」
- 「對我來說最重要的是在醫院裏獲得周到的服務。」
- 「戶外活動能力是我的生命價值所在。如果健康狀況讓我完全無法到戶外活動，那麼生活對我沒有任何意義。」
- 「能夠認出家人並與之告別對我來說非常重要。」
- 「我希望在家中度過我的最後時光。」
- 「在我的宗教中，我們...（描述與醫療服務有關的宗教傳統）。」
- 「我喜歡爵士樂，希望可以聽到它。」

我的《醫療服務指令》是否需要指出誰將為我做出決策？

不是。您需要一份《持久性授權書》指定決策人。授權書會讓您選擇一名可信賴的朋友或親屬幫助作出醫療決策。您可以在 [WashingtonLawHelp.org](https://www.washingtonlawhelp.org) 網站上找到持久性授權書表格。您可以在 [Washington 州在線表格](#) 上填寫《醫療服務指令》的同時填寫《持久性授權書》。請登錄我們的持久性授權書網頁了解更多資訊，並查尋可打印表格。

我還能否自行作出決定？

可以！如果情況允許，您仍然可以自行作出醫療服務決策。您還可以隨時更改或取消您的指令。

我的《醫療服務指令》是否需要公證？

您最好在公證人面前簽署您的《醫療服務指令》。如果無法找到公證人，您可以在兩名「無利害關係」的證人面前簽字。

簽署該指令後我該怎麼做？

您需要將該指令副本提交給您的保健醫生、您的代理人，以及一名可信賴的朋友或親屬。詢問當地醫院，了解其是否為您存檔。

是否有其他種類的指令？

有。目前有一些醫療服務指令，能夠讓您指出在出現心理健康障礙或癡呆時，您希望得到哪類治療護理。您可以在 [WashingtonLawHelp.org](https://www.washingtonlawhelp.org) 網站上找到其他指令。

需要法律幫助時我該怎麼辦？

- 在線申請 - nwjustice.org/apply-online
- 在 **King 縣** 面臨法律問題（驅逐或止贖問題除外）？請於工作日上午 8:00 至下午 6:00，撥打 2-1-1（或免費電話 1-877-211-9274）。工作人員會將您轉介至法律援助機構。
- 在 **King 縣以外地區** 面臨法律問題（驅逐或止贖問題除外）？請於工作日上午 9:15 至下午 12:15 之間撥打 CLEAR 熱線 1-888-201-1014 或在線申請 nwjustice.org/apply-online。
- 面臨被驅逐？請致電 1-855-657-8387。
- 遇到取消贖回權的情形嗎？請致電 1-800-606-4819。
- 在 King 縣以外地區面臨法律問題的**老年人（年滿 60 歲）**也可撥打電話 1-888-387-7111 聯絡 CLEAR*Sr。

失聰、聽力障礙或語言障礙者，可撥打以上任一號碼使用所選中繼服務。

提供口譯員。

本刊物針對您所關心的權利和義務提供了一些普通資訊。但本刊物並非旨在取代特定的法律建議。

© 2024 Northwest Justice Project — 1-888-201-1014。

（僅授權「Alliance for Equal Justice」進行復制和發行，並僅用於非商業個人目的。）

我的姓名：(My name:) _____

我的出生日期：(My date of birth:) _____

《醫療服務指令》： (Health Care Directive of:)

[我的姓名/My Name]

我目前身心健全，且自願執行本醫療服務指令。如果無法自行做出決定，我的親屬、朋友、代理人和醫務人員應充分尊重本指令的每一部分。如果本指令的任何部分無效，則應尊重本指令的其余部分。我撤銷以往簽署的任何醫療服務指令。

I am of sound mind and body, and voluntarily execute this health care directive. If I cannot make decisions for myself, my relatives, friends, agents, and medical providers should fully honor every part of this directive. If any part of this directive is invalid, the rest should be honored. I revoke any health care directives I have signed in the past.

1. **醫療服務價值觀**：應遵循以下意願和選擇作出關於我的所有醫療決策：

Health Care Values: The following wishes and preferences should guide all decisions made about my care:

a. **讓我保有生命價值的事項。**

What makes my life worth living.

一些絕癥或嚴重疾病可能讓我**永遠**無法從事保有生命價值的事情。這種情況下，如果我**再也**不能從事以下活動，那麼除關懷護理、緩解疼痛和姑息治療外，我希望終止所有治療：

Some terminal or serious conditions may stop me from **ever** doing the things that make life worth living for me. In that situation, I want you to stop all treatment except comfort care, pain relief and palliative care if I **cannot ever again**:

以任何有意義的方式認出我的親友和家人

Recognize my close friends and family in any meaningful way

鍛煉

exercise

戶外活動

be outdoors

閱讀

read

看電視/電影

watch tv shows/movies

我的姓名：(My name:) _____

我的出生日期：(My date of birth:) _____

從事以下活動： _____

其他： _____

始終保有生命價值。盡可能維持生命。

b. **我的希望。** 在最後時光裏，我希望：

與我的親密朋友和家人在一起： _____

與以下慰藉物品和/或寵物在一起：

食用/飲用以下物品（如可能）： _____

聽以下音樂： _____

其他： _____

c. **疼痛管理。** 在最後時光裏，我希望採用以下方式
在鎮痛的同時能夠保持頭腦清晰：

我希望盡可能減少疼痛，即使神智不清也
無妨。

do the following: _____

Other: _____

Life is always worth living. Do everything you can to keep me alive.

My hopes. In my last days, I hope to spend my time:

With my close friends and family: _____

With the following comfort items and/or pets: _____

Eating/drinking the following items, if possible: _____

Listening to the following music: _____

Other: _____

Pain Management. In my last days, I hope to balance pain management and mental clarity in this way:

I hope to spend my time in as little pain as possible, even if I'm not mentally clear.

我的姓名：(My name:) _____

我的出生日期：(My date of birth:) _____

提供鎮痛治療時，保持我與家人溝通並保持聯絡的能力。我可以忍受一定程度的疼痛（查看以下量表），以便讓頭腦更清晰。

1 = 幾乎沒有疼痛

2 = 感到疼痛，但對活動沒有幹擾

3 = 有時會導致精力不集中

4 = 精力不能集中，但可以做日常活動

5 = 對一些活動產生幹擾

6 = 無法忽視，且需避免日常活動

7 = 成為注意的焦點，無法從事日常活動

8 = 非常痛，很難作任何事情

9 = 無法忍受，無法做任何事情

10 = 痛不欲生

d. **我的恐懼。**我對一些情況或治療心存芥蒂，並希望進行預防或避免（如有可能）。

Please balance my ability to communicate and remain present with my family against the amount of pain in providing relief. I can tolerate some amount of pain (check on the scale below) in exchange for more mental clarity.

Hardly notice pain

Notice pain does not interfere with activities

Sometimes distracts me

Distracts me, can do usual activities

Interrupts some activities

Hard to ignore, avoid usual activities

Focus of attention, prevents doing daily activities

Awful, hard to do anything

Can't bear the pain, unable to do anything

As bad as it could be, nothing else matters

My fears. There are situations or treatments I am concerned about and want to prevent or avoid if possible.

我的姓名：(My name:) _____

我的出生日期：(My date of birth:) _____

我害怕 (例如：呼吸困難、口渴、窒息感、惡心、頭痛)：_____

_____。

請盡一切可能通過關懷護理緩解這種感覺。

我不希望在疾病晚期使用救生措施。請為我的臨終治療提供成本最低的關懷護理。

其他：_____

e. 我希望待在哪裏？如有可能，我希望在以下地點接受護理：

家裏。

臨終關懷機構。

輔助生活機構。

成人家庭之家。

療養院。

醫院。

我知道，鑒於當時的需求和客觀條件，我可能無法在希望的地點獲得護理。我相信我的醫療決策者，並知道他們會在考慮我的價值觀並諮詢我的親人和醫護人員後為我做出最佳決策。

I have a fear of (examples: shortness of breath, thirst, choking sensation, nausea, headaches): _____

_____.

Please do everything possible to relieve me of that feeling through comfort care.

I don't want to spend our life savings on my final illness. Please provide the least costly comfort care for my end-of-life care.

Other: _____

Where I want to be. I would like to receive care in the following place/s if possible:

My home.

Hospice care.

An assisted living facility.

An adult family home.

A nursing home.

A hospital.

I know that it may not be possible for me to receive care where I want, given my needs and circumstances at the time. I trust my healthcare decision-maker/s and know that they will make the best decisions for me after considering my values, and consulting with my loved ones and care providers.

我的姓名：(My name:) _____

我的出生日期：(My date of birth:) _____

其他： _____

f. 有關我的其他事項：

我希望我的朋友和家人知悉我的病情，並有機會跟我道別。

如果需要，我希望能短時間延長生命，讓朋友和家人有時間遠道趕來道別。

如有可能，我希望在彌留之際能夠看到窗外風景或者看到大自然。

我的宗教或文化傳統要求採取以下做法提供醫療服務和臨終關懷：

其他： _____

Other: _____

Other things to know about me:

I would like my friends and family to be notified of my condition and given an opportunity to visit me to say goodbye.

I would like to be kept alive for a short period of time if needed to allow friends and family time to travel and say goodbye.

If possible, I would like to be able to look out a window or see nature during my last days.

My religious or cultural traditions require the following practices around health care and end of life care:

Other: _____

2. 疾病終末期或永久性昏迷狀態。如果主治醫生診斷我處於疾病終末期，或者兩名醫生認定我處於永久性昏迷狀態，而且醫生認定生命維持治療只會人為延長死亡過程時，我希望：

Terminal Illness or Permanent Unconscious Condition. If my attending physician diagnoses me with a terminal condition or two physicians determine that I am in a permanent unconscious condition, and if my physician/s determine that life-sustaining treatment would only artificially prolong the process of dying, I want:

我的姓名：(My name:) _____

我的出生日期：(My date of birth:) _____

a. **關懷護理和止痛藥物**。如果我看起來正在經歷疼痛或痛苦，我希望接受一些讓我感到舒服的治療和藥物，即使醫療人員認為這樣作可能會在無意中加速死亡。

b. **撤銷人工生命維持措施**。應該拒絕或撤銷以下治療措施：

人工營養

人工補水

人工呼吸（呼吸機）

心肺復蘇（CPR），包括人工通氣、心臟調節藥物、利尿劑、興奮劑，或任何其他心力衰竭治療措施

通過手術延長生命或者維持生命

因喪失腎功能而進行的血液透析或過濾

輸血以補充失血或替換受汙染的血液

通過藥物延長生命，而不是鎮痛

用來延長生命或者人工維持生命的任何其他醫療措施

Comfort Care and Pain Medication. If I appear to be experiencing pain or discomfort, I want treatment and medications to make me comfortable, even if my medical providers believe it might unintentionally hasten my death.

Withdraw Artificial Life Support.

The following treatment should be **withheld** or **withdrawn** from me:

Artificial nutrition

Artificial hydration

Artificial respiration (ventilator)

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), including artificial ventilation, heart regulating drugs, diuretics, stimulants, or any other treatment for heart failure

Surgery to prolong my life or keep me alive

Blood dialysis or filtration for lost kidney function

Blood transfusion to replace lost or contaminated blood

Medication used to prolong life, not for controlling pain

Any other medical treatment used to prolong my life or keep me alive artificially

我的姓名：(My name:) _____

我的出生日期：(My date of birth:) _____

3. **醫療服務機構**。如果住院或入住其他醫療機構時，這些機構因宗教或其他信仰無法尊重本指令：(1) 我同意入院，但並不默認同意接受治療；以及(2) 我希望盡快轉院到能夠尊重本醫療指令的醫院或其他醫療機構。

Health Care Institutions. If I am admitted to a hospital or other medical institution that will not honor this directive due to religious or other beliefs: (1) my consent to admission is not implied consent to treatment, and (2) I want to be transferred as soon as possible to a hospital or other medical institution that will honor my directive.

4. **更改和取消**。我知道，簽署本指令之前，我可以更改指令措辭。我還知道，我可以隨時取消本指令。

Changes and Cancellation. I understand that I can change the wording of this directive before I sign it. I also understand that I can cancel this directive at any time.

日期(Date) _____

我的簽名 (在公證人或證人面前)

(My Signature (in front of notary or witnesses))

公證 (最佳選擇) (Notarization (preferred))

Washington 州(State of Washington)

縣 (County of) _____

以下人員於 (日期) 在我面前簽字或證明 _____

Signed or attested before me on (date)

(姓名) / by (name) _____。

日期 (Date) _____

公證人簽名 (Signature of Notary)

Washington州公證人。

(Notary Public for the State of Washington)

公證職責到期日 (My commission expires)

我的姓名：(My name:) _____

我的出生日期：(My date of birth:) _____

證人聲明 (僅適用於無法找到公證人時)

(Statement of Witnesses (only if you cannot find a notary))

(日期) _____ ，本文件聲明
人在我面前簽署本文件。我相信，該聲明人能
夠做出醫療服務決策、理解本文件內容，並自
願簽署。

- 我與該聲明人無血緣關係或婚姻關係。
- 我目前沒有通過遺囑或法律效力，又或者
針對該聲明人的任何索賠而獲得該聲明人
遺產的任何部分。
- 我並非該聲明人的主治醫生，也不是該醫
生或該聲明人所在醫療機構的雇員。

On (date) _____, the
declarer of this document signed it in my
presence. I believe the declarer is able to
make health care decisions, to understand
this document, and to have signed it
voluntarily.

I am not related by blood or marriage to
the declarer.

I am not now entitled to receive any
portion of the declarer's estate, either by
will or by operation of law, or as a result
of any claim against the declarer.

I am not the declarer's attending
physician or an employee of that
physician or of a health facility in which
the declarer is a patient.

證人 1 (Witness 1)

證人 2 (Witness 2)

▶ _____
簽名 (Signature)

▶ _____
簽名 (Signature)

正楷體姓名 (Print Name)

正楷體姓名 (Print Name)

地址 (Address)

地址 (Address)

《醫療服務指令》聯絡資訊
(請隨附在您的指令中)
(Health Care Directive Contact Information
(Attach this to your Directive))

我的姓名–名字，中間名，姓氏(My name –first, middle, last)	
我的出生日期 (My date of birth)	我的初級保健醫生 (My primary care medical provider)
我的電話號碼 (My phone number)	我的電子郵箱 (My email address)
我的郵寄地址(My mailing address)	

- 我簽署過一份《持久性授權書》，可以讓其他人（我的「代理人」）在我失能時為我作出醫療決策。

(I have a Durable Power of Attorney form that lets someone else (my “agent”) make health care decisions for me if I am not able.)

我的醫療代理人姓名 (My health care agent’s name)	
我的代理人與我的關係（例如朋友、伴侶、配偶、姐妹等）(My agent’s relationship to me (e.g. friend, partner, spouse, sister, etc.))	
我的代理人電話號碼 (My agent’s phone number)	我的代理人電子郵件地址 (My agent’s email address)

我的其他醫療代理人姓名 <i>(My alternate health care agent's name)</i>	
我的其他代理人與我的關係 (例如朋友、伴侶、配偶、姐妹等) <i>(My alternate agent's relationship to me (e.g. friend, partner, spouse, sister, etc.))</i>	
我的其他代理人電話號碼 <i>(My alternate agent's phone number)</i>	我的其他代理人電子郵件地址 <i>(My alternate agent's email address)</i>

術語表(Glossary)

以下是閱讀醫療保健指令時的一些術語，可能對您有所幫助：

- **人工營養：**在無法自己進食或吞咽時所採取的一種餵食方式。將胃管通過鼻子直插入胃部。如果需要長時間留置胃管，則可以通過外科手術將胃管直接插入胃部。如果處於彌留之際，且機體無法正確吸收營養，則人工營養可能有害。
- **人工補水：**在無法自己飲水時所採取的一種補水方式。將塑料靜脈輸液管插入靜脈中以提供水分。如果處於彌留之際，且機體無法正確利用水分時，則人工補水可能有害。
- **心肺復蘇（CPR）：**當心臟完全停搏，沒有心跳和呼吸時所採取的治療措施。CPR 包括反復用力按壓胸部，同時將空氣吹入肺部。必須非常用力地按壓，有時會造成肋骨斷裂或肺塌陷。還可能使用電擊（又稱為除顫）和藥物。該過程中還可能實施氣管插管，即將一根導管經喉插入氣道，幫助人體快速獲得空氣。
- **生命維持治療：**任何機械性或人工性醫療幹預措施；用於確診終末期疾病或永久性昏迷患者時，只會延長死亡過程。生命維持治療不包括僅用來緩解疼痛的必要藥物或醫療幹預措施。

Here are some terms you may find helpful when reading a health care directive:

Artificial nutrition: a way to feed you if you can't feed yourself or swallow. A feeding tube is inserted through your nose and down to your stomach. If you need tube feeding for an extended period, a feeding tube may be surgically inserted directly into your stomach. Artificial nutrition can be harmful if you are dying and your body cannot use the nutrition properly.

Artificial hydration: a way to hydrate you if you can't drink. A plastic IV tube is inserted into the vein to deliver hydration. Artificial hydration can be harmful if you are dying and your body cannot use the hydration properly.

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR): a treatment that is initiated when someone has a complete cardiac arrest, no heartbeat and not breathing. CPR involves repeatedly pushing on the chest with force, while putting air into the lungs. The force has to be quite strong, and sometimes ribs are broken or a lung collapses. Electric shocks, known as defibrillation, and medicines might also be used. A person may also be intubated in this process, which is a tube put down the throat and into the windpipe to help get air into the person quickly.

Life-sustaining treatment: any mechanical or artificial medical intervention that, when applied to a person diagnosed with a terminal condition or a person in a permanent unconscious condition, would only prolong

- **姑息治療**：為患有嚴重疾病的患者所提供的專門醫療服務。其側重於緩解疾病癥狀和壓力。目的是改善患者及其親友和家人的生活質量。

- **永久性昏迷**：一種無法治愈且不可逆轉的狀態；根據合理醫學判斷，其不可逆轉性昏迷或持續性植物狀態不存在合理恢復的可能性。

- **疾病終末期**：因損傷、疾病或病癥導致的一種無法治愈且不可逆轉狀態；根據公認醫療標準，該狀態在一段合理時間內會導致死亡，而生命維持治療只能延長死亡過程。

- **呼吸機**：幫助呼吸的一種機器。將與呼吸機連接的導管經喉嚨插入氣管（氣道）內，這樣該機器可以將空氣強行送入肺部。由於插管造成不適，因此使用呼吸機時通常使用藥物進行鎮靜。如果需要長時間使用呼吸機，醫生可能會實施氣管切開術，即經頸部造口將導管直接插入氣道中。

the process of dying. Life-sustaining treatment does not include medication or medical intervention necessary to alleviate pain only.

Palliative care: Specialized medical care for people living with a serious illness. It is focused on providing relief from the symptoms and stress of the illness. The goal is to improve quality of life for both the patient and their close friends and family.

Permanent unconscious condition: an incurable and irreversible condition; a condition where a person has no reasonable probability of recovery from an irreversible coma or a persistent vegetative state according to reasonable medical judgment.

Terminal condition: an incurable and irreversible condition caused by injury, disease, or illness, that will cause death within a reasonable period of time according to accepted medical standards, and where the application of life-sustaining treatment serves only to prolong the process of dying.

Ventilator: a machine that helps you breathe. A tube connected to the ventilator is put down your throat into your trachea (windpipe) so the machine can force air into your lungs. Because the tube is uncomfortable, medicines are often used to keep you sedated while on a ventilator. If you need to remain on a ventilator for a long time, a doctor may perform a tracheotomy where a tube is inserted directly into your trachea through a hole in your neck.