

预立医疗指示- 俄勒冈

— 您无需填写此表格并签名 —

A 部分：关于此预立医疗指示的重要信息。

这是重要的法律文件。该文件可管控关于您的医疗护理的关键决定。在签名之前，请考虑以下重要事实：

关于 B 部分的事实（指定医疗代表）

您有权指定一个人在您无法就您的医疗做出指示的时候代替您给出医疗指示。此人被称为您的“医疗代表”。您可以使用此表格的 B 部分完成这一指定。您的代表必须在此表格的 E 部分表示接受。

在这一文件中，您可以写下您对您的代表为您做出决定时希望施加的任何限制。您的代表必须遵守您在此文件中表述或以其他方式告知的意愿。如果您的意愿无人知悉，您的代表必须尽力以符合您最佳利益的方式行事。您的代表可随时放弃。

关于 C 部分的事实（给出医疗指示）

您还有权向医疗提供商给出在您无法就护理给出指示时其应该履行的指示。您可以使用此表格的 C 部分完成这一操作。

关于填写此表格的事实

此表格仅在您以意识清醒的状态自愿签署的情况下有效。如果您不想要预立医疗指示，您无需签署此表格。

除非您对此指示的持续时间加以限制，否则此指示不会过期。如果您设定了到期日，而且您在该日期之前无法就您的医疗给出指示，此预立指示将不会过期，直至您可以再次做出这些决定。

您可以随时撤销这一文件。如需撤销这一文件，请将撤销告知您的代表和您的医疗提供商。

除此文件以外，您有权在您有能力的情况下就您自己的医疗做出决定。

如果此文件中有任何您无法理解的内容，请要求律师为您解释。

您可签署 B 部分、C 部分或同时签署两个部分。您可以划去未表达您的愿望的内容，或添加更好地表达您的愿望的内容。证人必须签署 D 部分。

此预立医疗指示属于：（请在此横线上工整写下您的姓名）	出生日期	页 1

预立医疗指示- 俄勒冈

A 部分：关于此预立医疗指示的重要信息（续）。

在此处工整写下您的姓名、出生日期和地址：

(姓名)

(出生日期)

(地址)

除非撤销或暂停，否则此预立医疗指示将在下列期间存续：

将字母的首字母签于：

_____ 我的一生

_____ 其他期限（_____ 年）

预立医疗指示- 俄勒冈

B 部分：医疗代表的指定。

我指定 _____ 作为我的医疗代表。
(医疗代表姓名)

我的代表的地址 _____

和电话号码为 _____

我指定 _____ 作为我的备选医疗代表。
(备选医疗代表姓名)

我的备选代表的地址 _____

和电话号码为 _____。

我授权我的代表（或备选代表）在我无法给出医疗指示时为我做出医疗决定。

注意：您不可以指定您的医生、您的医生的员工或您的医疗设施的业主、运营者或员工作为您的医疗代表，除非该人与您有血缘、婚姻或收养关系，或该人在您入住医疗设施事前就已经被指定为您的医疗代表。

预立医疗指示- 俄勒冈

B 部分：医疗代表的指定（续）。

1. 限制

特殊条件或指令： _____

如下列条件适用，则首字母签名：

_____ 我签署了医疗指令或医生指示。我的代表须执行此类指令或指示。

2. 生命维持

“生命维持”指用于维持生命的任何医疗手段，包括手术、仪器和药物。如果您拒绝生命维持，您依然会得到常规措施从而确保您处于干净舒服的状态。

如下列条件适用，则首字母签名：

_____ 我的代表可为我做出关于生命维持的决定。（如果您未在此空白处首字母签名，则您的代表不可做出关于生命维持的决定。）

3. 饲管

生命维持的一种类型即为通过医疗装置人工提供食物和饮水，这被称为饲管。如下列条件适用，则

首字母签名：

_____ 我的代表可为我做出关于饲管的决定。（如果您未在此空白处首字母签名，则您的代表不可做出关于饲管的决定。）

日期

在此处签名，指定医疗代表

（进行指定的人员签名）

此预立医疗指示属于：（请在此横线上工整写下您的姓名）			出生日期	页4
----------------------------	--	--	------	----

预立医疗指示- 俄勒冈

C 部分• 医疗指令。

注意：在填写这些指令时，请牢记以下事项：

- “按照我的医生建议”一词意味着您希望您的医生在其认为生命维持有帮助作用时尝试生命维持，并在其认为对您的健康状况或症状无帮助作用时停止使用。
- “生命维持”和“饲管”如上文 B 部分中定义。
- 如果您拒绝饲管，您应该了解，这可能导致营养不良、脱水和死亡。
- 无论您做出什么选择，您都会得到照顾，确保您处于舒服和洁净的状态。
- 您可以通过填写下文 1 到 4 项给出具体指令，或者您可以使用第 5 项提供的一般指令。

以下是当我的医生和另一个具备专业知识的医生确认我处于下文所述医疗状况时我对自己的医疗提出的需求：

1. 垂危

如果我的生命垂危而生命维持只能让我的死亡延迟一段时间：

A. 首字母签名选择一项：

- _____ 我希望接受饲管。
 _____ 我希望仅按照我的医生建议接受饲管。
 _____ 我不想接受饲管。

B. 首字母签名选择一项：

- _____ 我希望得到可能适用的任何其他生命维持。
 _____ 我希望仅按照我的医生建议接受生命维持。
 _____ 我不希望任何生命维持。

2. 永久无意识

如果我失去意识，而且我很可能无法恢复意识：

A. 首字母签名选择一项：

- _____ 我希望接受饲管。
 _____ 我希望仅按照我的医生建议接受饲管。
 _____ 我不想接受饲管。

B. 首字母签名选择一项：

- _____ 我希望得到可能适用的任何其他生命维持。
 _____ 我希望仅按照我的医生建议接受生命维持。
 _____ 我不希望任何生命维持。

预立医疗指示- 俄勒冈

C 部分医疗指令（续）。

3. 晚期进行性疾病

如果我患上了致命的逐渐恶化疾病并已经处于晚期，而且我一直无法通过任何手段进行沟通、安全吞咽食物和水、完成自理并认出我的家人和其他人，而且我的病情极有可能永远无法好转：

A. 首字母签名选择一项：

- 我希望接受饲管。
- 我希望仅按照我的医生建议接受饲管。
- 我不想接受饲管。

B. 首字母签名选择一项：

- 我希望得到可能适用的任何其他生命维持。
- 我希望仅按照我的医生建议接受生命维持。
- 我不希望任何生命维持。

4. 特别痛苦

如果生命维持不能帮助我的病情好转而且会让我承受永久的剧烈疼痛：

A. 首字母签名选择一项：

- 我希望接受饲管。
- 我希望仅按照我的医生建议接受饲管。
- 我不想接受饲管。

B. 首字母签名选择一项：

- 我希望得到可能适用的任何其他生命维持。
- 我希望仅按照我的医生建议接受生命维持。
- 我不希望任何生命维持。

5. 一般指令

如下列条件适用，则首字母签名：

- 我不希望我的生命通过生命维持来延长。我也不希望使用饲管作为生命维持。如果我的医生和另一个具备专业知识的医生确认，我属于上文 1 到 4 项所列的任一病情状态，则我希望我的医生允许我自然死亡。

6. 其他情况或指令（插入对您希望完成的操作的描述。）

此预立医疗指示属于：（请在此横线上工整写下您的姓名）	出生日期	页6
----------------------------	------	----

预立医疗指示- 俄勒冈

C 部分：医疗指令（续）。

7. 其他文件

“医疗委托书”指您可签署的用于指定代表为您做出医疗决定的任何文件。

首字母签名选择一项：

- 我之前签署了医疗委托书。我希望其保持效力，除非我在签署医疗委托书后指定了医疗代表。
- 我有医疗委托书，但我撤回了这一文件。
- 我没有医疗委托书。

(日期)

在此处签名，给出指令

(签名)

预立医疗指示- 俄勒冈

D 部分：证人声明。

我们声明，签署此预立医疗指示的人员：

- (a) 是我们本人认识的人，或曾提供身份证明；
- (b) 在我们在场的情况下签署预立医疗指示或确认该人在预立医疗指示上的签名；
- (c) 据其表现来看其意识清醒，并未遭受胁迫、欺诈或不当影响；
- (d) 并未指定我们任何一人作为医疗代表或备选代表；而且
- (e) 并非我们任何一人作为其主治医生的患者。

证人：

(证人签名/日期)

(证人印刷体姓名)

(证人签名/日期)

(证人印刷体姓名)

注意：证人不可以是签署此预立医疗指示的人员之亲属（有血缘、婚姻或收养关系）。该证人也不可在该人死亡后享有其财产任何部分的所有权。该证人亦不得在此人作为患者或居住者的医疗设施中拥有所有权、进行运营或接受其雇佣。

E 部分：医疗代表的接受。

我接受这一指定，并同意担任医疗代表。我理解，我必须始终依据我代表之人的意愿（按照此预立医疗指示中所述或以其他方式知悉的要求）行事。如果我不知道我所代表之人的意愿，我有责任秉承善意以。我认为符合该人最佳利益的做法行事。我理解，此文件让我可以仅在该人无法自己做出医疗决定的情况下为其做出关于医疗的决定。我理解，指定我作为医疗代表的人可撤销这一指定。如果我知道此文件暂停或被撤销，我在自己知情的情况下告知该人的当时医疗提供商。

(医疗代表签名/日期)

(印刷体姓名)

(备选医疗代表签名/日期)

(印刷体姓名)

预立医疗指示- 俄勒冈

提交您完成的预立医疗指示副本。

一旦您签署了您的预立医疗指示并有证人签名，请保留原件并将 1-8 页的副本寄送给您的：

- 医疗代表
- 家人
- 朋友
- 医疗提供商
- 医院

交还您完成的预立医疗指示的选项：

1. 在您下次看诊时将副本交还给您首选的 Providence St. Joseph Health 医生或医院。
2. 使用注明地址并贴有邮票的信封（如有）交还副本。
3. 通过传真交还至您的 Providence St. Joseph Health 医院：

Providence Hood River Memorial Hospital
 Providence Medford Medical Center
 Providence Milwaukie Hospital
 Providence Newberg Medical Center
 Providence Portland Medical Center
 Providence Seaside Hospital
 Providence St. Vincent Medical Center
 Providence Willamette Falls Medical Center
传真至 503-215-3025

对于未列出的医院，请联系您的医院获取正确的传真号码。

如果您在完成或交还您的预立医疗指示方面有任何问题，请联系我们：

Providence.org/InstituteForHumanCaring
310-543-3498