

什麼是醫療照顧事前指示 及維生治療決定醫囑？

角聲癌症關懷

龔振成主任

講座內容

- 加州醫療照護事前指示 California Advance Health Care Directive (AHCD)
- 維生治療決定醫囑 Physician Order for Life-Sustaining Treatment (POLST)

醫療事前計劃的步驟

- 思考自己的醫療照護意願
- 選擇醫療代理人
- 和醫生、親友討論自己的意願
- 完成醫療照護事前指示的文件
- 拷貝事前指示給相關人員

加州醫療照護事前指示

California Advance Health Care Directive

一份法律文件，讓您在昏迷或重病而無法表達自己的意願之前（事前），先把您希望或不希望接受的醫護行為，清楚地交代好（指示）。

California Advance Health Care Directive

This form lets you have a say about how you want to be treated if you get very sick.



● This form has 3 parts. It lets you:



Part 1: Choose a health care agent.

A health care agent is a person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.



Part 2: Make your own health care choices.

This form lets you choose the kind of health care you want.

This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are too sick to tell them yourself.



Part 3: Sign the form.

It must be signed before it can be used.

You can fill out Part 1, Part 2, or both.

Fill out **only** the parts you want.

Always sign the form in Part 3.

Go to the next page

1

加州醫療照護 事前指示

這份指示書讓您可事前表達在病重時希望得到何種的療護。



● 本指示書分為三部份。它可讓您：



第一部份：選擇一位醫療代理人。

在您病重無法做任何醫療決定時，
醫療代理人會為您做決定。



第二部份：自己做醫療決定。

本指示書讓您選擇自己想要的各項醫護服務。

如此一來，若您病得太重而無法表達意見時，
醫護人員及親友們就不用去猜測您的心意。



第三部份：簽署指示書。

這份指示書必須簽字才會生效。

您可填寫第一部份或第二部份，或兩部份均填寫。

您只需填寫您想填寫的部份。

但一定要在第三部份簽名。

請翻到下頁

1

加州醫療照護事前指示能夠

讓您完成下列一項或二項指示：

1. 選擇您的醫療代理人為您做決定
2. 讓您事先選擇自己想（或不想）接受的醫護服務

為何需要醫療照護事前指示？

- 確保當事人行使自我決定的道德和法律權益，並清楚地表達人生價值觀
- 避免醫護人員和家屬去猜測當事人的意願
- 減少家屬和親人為當事人做決定時因意見不同造成的矛盾和衝突，或因為不明白當事人的意願所造成的焦慮及內疚

為何需要醫療照護事前指示？（續）

- 避免過度的治療，或不足夠的治療，或不必要的治療
- 避免不必要的龐大醫藥費開銷
- 完成當事人捐贈器官(organ)及組織(tissue)或拒絕捐贈的意願

其他意願

- 維持生命的治療選擇
- 生命末期服務
- 個人生命品質的定義
- 臨終意願
- 捐贈器官和遺體處理

誰可以做您的代理人

- 年滿18歲
- 可以是您的親人或朋友
- 您信任他/她會為您作重要的決定
- 了解您的意願，並且願意負責任幫
您表達您的意願或做醫療決定

候補醫療代理人

- 可以有候補醫療代理人
- 當第一位醫療代理人不能、不願意、或不方便為您履行您託付的決定時可以替補

您的醫療代理人不能是

- 社區護理中心或公寓單位等所有您正接受該機構服務的負責人或職員
- 照顧您的醫護人員或醫療場所的雇主和職員（除非他是您的同事或有親屬關係）

醫療代理人的功能何時生效？

- 當醫師確定當事人已失去做醫療決定的能力時
- 或當事人選擇醫療代理人開始替他/她做決定的時候

醫療照護事前指示填完後必須：

1. 由當事人簽名並填寫日期
2. 二位合法的見證人（其中一位見證人必須不是當事人的親屬或遺產繼承人）或一位公證人簽名
3. 如果您住在療養院，兩位見證人之一必須是病人權益保護者（Ombudsman）

如何處理填寫好的事前指示？

- 正本存放在家裡容易拿到的地方（不是保險箱）
- 與下列人員討論，並各給他們一份拷貝（拷貝與正本一樣有效）：
 - ❖ 醫療代理人及候補醫療代理人
 - ❖ 主治醫師及/或專科醫師
 - ❖ 醫院的病歷室
 - ❖ 其他親友及律師（自由決定）

如果您改變主意時，怎麼辦？

- 除了指定代理人的部分之外，您可以隨時廢止任何或全部的事前指示
- 您可以口頭告訴代理人或醫師、簽署一份廢止書、或撕毀事前指示
- 如果您想改變代理人，您必須告訴醫師或簽署一份廢止書
- 新的事前指示將取代舊的事前指示

維生治療決定醫囑

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

- 這是一份醫生處方，讓生命末期病人在自己的醫療決定上能有更多的自主權。
- 這是一份醫生和病人（或醫療代理人）共同簽署的粉紅色表格，明確告知病人希望接受的生命末期醫療方式。

維生治療決定醫囑

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

A. 立囑人沒有脈搏和呼吸時，是否使用人工心肺復甦術 (CPR)？

B. 立囑人有脈搏和/或呼吸時，使用醫療處理的選擇為何？

C. 人工營養提供的選擇

(病人轉院或出院時，此份表格必須隨同病人一起)



EMSA #111 B
(Effective 1/1/2009)

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

First follow these orders, then contact physician. This is a Physician Order Sheet based on the person's current medical condition and wishes. Any section not completed implies full treatment for that section. Everyone shall be treated with dignity and respect.

Last Name

First /Middle Name

Date of Birth

Date Form Prepared

A

Check
One

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): *Person has no pulse and is not breathing.*

☐ Attempt Resuscitation/CPR ☐ Do Not Attempt Resuscitation/DNR (Allow Natural Death)
(Section B: Full Treatment required)

When not in cardiopulmonary arrest, follow orders in **B** and **C**.

B

Check
One

MEDICAL INTERVENTIONS:

Person has pulse and/or is breathing.

- ☐ **Comfort Measures Only** Use medication by any route, positioning, wound care and other measures to relieve pain and suffering. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. Antibiotics only to promote comfort. **Transfer** if comfort needs cannot be met in current location.
- ☐ **Limited Additional Interventions** Includes care described above. Use medical treatment, antibiotics, and IV fluids as indicated. Do not intubate. May use non-invasive positive airway pressure. Generally avoid intensive care.
- ☐ **Do Not Transfer to hospital for medical interventions.** **Transfer** if comfort needs cannot be met in current location.
- ☐ **Full Treatment** Includes care described above. Use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and defibrillation/cardioversion as indicated. **Transfer** to hospital if indicated. Includes intensive care.

Additional Orders: _____

C

Check
One

ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: *Offer food by mouth if feasible and desired.*

- ☐ No artificial nutrition by tube. ☐ Defined trial period of artificial nutrition by tube.
- ☐ Long-term artificial nutrition by tube.

Additional Orders: _____

D

SIGNATURES AND SUMMARY OF MEDICAL CONDITION:

Discussed with:

☐ Patient ☐ Health Care Decisionmaker ☐ Parent of Minor ☐ Court Appointed Conservator ☐ Other:

Signature of Physician

My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the person's medical condition and preferences.

Print Physician Name

Physician Phone Number

Date

Physician Signature (required)

Physician License #

Signature of Patient, Decisionmaker, Parent of Minor or Conservator

By signing this form, the legally recognized decisionmaker acknowledges that this request regarding resuscitative measures is consistent with the known desires of, and with the best interest of, the individual who is the subject of the form.

Signature (required)

Name (print)

Relationship (write self if patient)

Summary of Medical Condition

Office Use Only

AHCD 與 POLST的差異

AHCD

- 任何時候可預立
- 自己預立簽署，見證人簽署即可
- 選擇醫療代理人
和自行的預立醫療
照護的選擇
- 備而不用

POLST

- 生命末期時才設立
- 必須醫師與病人共同決定、簽署
- 明確告知病人自己希望接受的生命末期醫療方式
- POLST必須跟著病人一起行動

參考資料

- Coalition for Compassionate Care of California (coalitionccc.org)
- 美華慈心關懷聯盟 Chinese American Coalition for Compassionate Care (www.cacccc-usa.org)
- 做好生命末期醫療決定-李媽媽的故事 (Sacramento Healthcare Decisions, 916-851-2828)
- 當癌症治療沒有幫助時 (角聲癌症關懷網站 cancer.cchc.org, 408-986-8584)