

预立 医疗指示

规划未来医疗护理



MLTCOP

MICHIGAN LONG TERM CARE
OMBUDSMAN PROGRAM



本手册在很大程度上沿用了布拉德利·盖勒（**Bradley Geller**）在为“州长期护理督察员计划”工作时编写的《预立医疗指示》。本手册的各种版本已在多个州网站上免费提供。本版本除了基于盖勒先生的创作外，还增加了治疗范围医嘱（**POST**）部分，这是一种全新的预立医疗指示。

Michigan Long Term Care Ombudsman Program（密歇根州长期护理督察员计划）认可盖勒先生是本出版物的最初作者并对他致以衷心的感谢。

目录

前言	3
A. 简介.....	4
B. 医疗护理持久委托书	5
C. 治疗范围医嘱	16
D. 生前遗嘱	18
E. 拒绝心肺复苏术医嘱.....	21
F. 一般信息	23
表格	
医疗护理持久委托书	28
患者权益维护人同意书	36
生前遗嘱	38
拒绝心肺复苏术医嘱	40
器官捐献声明	46

前言

我们都珍视为自己做决定的权利。无论我们称之为自治、自由还是独立，做决定都是我们尊严概念的核心。

选择我们的医疗护理就是我们行使自主性的一个重要领域。鲜有人会否认有能力的成年人有权同意或拒绝特定的医疗或服务。

不幸的是，由于疾病或受伤，我们可能无法始终参与治疗决定。在这样的情况下，这种无能为力可能是暂时的或永久的。

没有人喜欢考虑无法做出决定的这种可能性。我们很容易去推迟考虑发生的事情以及在这种情况下希望得到的治疗。

尽管直面这些问题非常困难，但通过这样做，有助于确保我们的意愿在未来得到兑现。现在表达出我们的意愿也有助于我们的亲人对他们可能必须要代表我们所做出的选择充满信心。

确定了意愿后，规划过程就相对简单、便宜或免费了。本手册包含了有助于您了解预立医疗指示的信息。如果您决定继续，您可以选择填写手册末尾的填空表格。

预立医疗指示的相关问答

A. 简介

什么是预立医疗指示？

预立医疗指示是一份书面文件，您可以在其中指定将来想要什么类型的医疗护理，或者如果您失去了做决定的能力，希望由谁来为您做决定。

为什么需要预立医疗指示？

多年前，大多数人在家中离世。如今，在医院或疗养院离世的可能性则会更大。

技术的发展为治疗提供了更多选择，公共健康的改善增加了预期寿命。当我们无法再表达意愿时，可能必须就我们的护理做出决定。

预立医疗指示有哪些好处？

我们每个人都有自己的价值观、愿望和目标。预立医疗指示可以确保您对医疗和心理健康治疗的意愿在无法表达时得到兑现。预立医疗指示还可以避免遗嘱认证法庭指定监护人的需要，并帮助指导您的亲人了解您希望他们为您做出哪些选择。

我必须立下预立医疗指示吗？

不是，做出预立医疗指示的决定纯属自愿。任何家庭成员、医院或保险公司都不能强迫您写下任何书面文件，如果您要写一份文件，任何人也不得指定您要写的文件内容。

医院或疗养院或临终关怀组织不能因为您有或没有预立医疗指示而拒绝为您提供服务。

是否存在不同类型的预立医疗指示？

是的，预立医疗指示共有三个类型，分别是医疗护理持久委托书、生前遗嘱和拒绝心肺复苏术医嘱。另外在您的所在地可能还有治疗范围医嘱。

此外还有器官捐赠声明，这将在您离世后生效。

我可以立下超过一种类型的预立医疗指示吗？

是的，您可以立下多个预立医疗指示，或者不立也可以。如果您立下多个预立医疗指示，确保其一致性是非常明智的，因为这样护理人员 and 为您做决定的人就会清楚您的意愿。

B. 医疗护理持久委托书

什么是医疗护理持久委托书？

医疗护理持久委托书，又被称为医疗护理代理或患者权益维护人指定书，是一份您可以在其中指定一个人在您无法自己做决定时为您做出医疗和相关个人护理决定的文件。

此外，您还可以授权患者权益维护人就您可能需要的心理健康护理做出决定。

最后您还可以授权患者权益维护人在您去世后捐献特定器官或整个身体。

医疗护理持久委托书是否具有法律效力？

是的。

谁有资格签署医疗护理持久委托书？

您必须年满十八周岁，并且必须了解您是在自己无法做出决定时授权给他人为您做出这些决定。

医疗护理持久委托书是否需要表格？

不需要，您可以使用本手册中的示例表格，很多组织都会免费提供不同的表格。

确保您在填写文档时用正楷清晰填写。

我必须使用填空表格吗？

不是。您可以自己编写文件或让律师为您起草文件。如果您愿意的话，也可以使用本手册中的表格。

怎么称呼我授予决定权的人？

这个人将被称为您的患者权益维护人。

患者权益维护人何时可以代表我做出决定？

仅当您无法亲自参与医疗决定时，您的患者权益维护人才能为您做出决定。

如果您选择授权您的患者权益维护人来做出有关心理健康治疗的决定，那么患者权益维护人只能在您不能对心理健康治疗给予知情同意的情况下行使该权力。

我怎么会变得无法参与医疗或心理健康决定？

例如，如果您在发生中风或车祸后失去知觉，您可能会暂时丧失做出决定或沟通决定的能力。您也可能会因痴呆症等疾病而导致永久丧失该能力。

如果您患有严重的抑郁症或精神分裂症等疾病，影响了情绪或思维过程，您可能无法做出心理健康决定。

谁可以确定我无法再参与这些决定？

对于医疗决定，负责您护理的医生和另一位为您检查的医生或心理学家将做出该决定。

在对您进行检查后，一位医生和一位心理健康专家（医师、心理学家、注册护士或社会硕士）必须各自就心理健康治疗做出决定。在文件中，您可以选择您希望做出该决定的医生和心理健康专家。

如果我的宗教信仰禁止医生检查怎么办？

您应该在持久委托书文件中声明，您的宗教信仰禁止医生检查，并解释希望确定您无法参与医疗护理决定的方式。

我可以授予患者权益维护人哪些权力？

您可以授权患者权益维护人做出通常由您自己做出的个人护理决定。例如，您可以授权患者辩护人同意或拒绝治疗；安排心理健康治疗、家庭医疗护理或成人日托；或让您入住医院、疗养院或养老院。

您还可以授权患者权益维护人在您离世后捐赠器官或身体。

我的患者权益维护人有权处理我的财务事务吗？

您可以授权您的患者权益维护人安排医疗和个人护理服务，并使用您的资金支付这些服务费用。患者权益维护人不会拥有处理您所有财产和财务的一般权力。

如果您希望他人在您丧失行为能力时处理您的所有财产和财务事务，您可以寻求律师帮助起草财务持久授权书或其他法律文件。

我可以授权我的患者权益维护人停止或撤回有可能导致我会死亡的治疗吗？

可以，但您必须以明确且有说服力的方式表明患者权益维护人有权做出此类决定，而且您必须承认这些决定可能或将会导致您的死亡。

我可以授权我的患者权益维护人决定停止或撤回管饲治疗吗？

可以。如果您想授予您的患者权益维护人这项权力，您可以在文件中描述他或她可以行使权力的具体情况。例如，如果您患有绝症或永久失去知觉，您可以允许您的患者权益维护人停止管饲治疗。

我可以授权我的患者权益维护人签署拒绝心肺复苏术医嘱吗？

可以。

我有权在文件中表达其他意愿吗？

是的。例如，如果您患有绝症，您可以表达希望获得其他类型护理的意愿。您也可以表达不想被安置在疗养院和在家中离世的愿望。您的患者权益维护人有责任尽量遵从您的意愿。

关于心理健康护理，我有哪些选择？

首先，您可以选择是否授予您的患者权益维护人任何有关心理健康护理的权力。

如果您选择授予您的患者权益维护人有关心理健康护理的权力，您应该明确指定他或她可以行使哪些权力。一些需要考虑的权力包括授权门诊治疗、住院治疗、精神药物治疗和电休克治疗 (ECT)。

您还可以提供更多详细信息 - 例如，您喜欢哪家医院以及您想要或不想要使用什么药物。

关于离世后器官捐赠，我有哪些选择？

您可以选择是否授予您的患者权益维护人这项权力。

如果您希望授予您的患者权益维护人这项权力，您可以指定想要捐赠哪些器官，或者是否想要捐赠整个身体。您也可以指定希望将器官捐赠到哪里或捐给谁。

除了采用医疗护理持久委托书外，还有别的方式安排离世后器官捐赠吗？

有的。您可以填写本手册中《器官捐赠声明》的单独表格。

如果您在医疗护理委托书和器官捐赠声明中都陈述了意愿，请确保两份文件中所陈述的意愿保持一致。

在预立医疗指示中表达具体的意愿重要吗？

如果不被任何人理解，您的意愿将无法得到实现。在没有指示的情况下为您做出决定对您的患者权益维护人来说也是一种负担。如果您有特定的意愿，请在与您的患者权益维护人交谈时向他或她说明这些意愿。还可以考虑将这些意愿包含在文件中。

我的患者权益维护人的职责是什么？

您的患者权益维护人的职责是采取合理的步骤来遵循您在能够提出和表达意愿时所表达的口头和书面的意愿和指示。

有例外情况吗？

如果出现危及您或他人生命的精神疾病紧急情况，心理健康专业人员可以拒绝满足您关于特定心理健康治疗、地点或专业人员的意愿。

如果我从未表达过任何关于医疗的具体意愿怎么办？

您的患者权益维护人必须以您的最佳利益行事。

医院或疗养院允许我的患者权益维护人查看我的记录吗？

是的。患者有权检查和复制他或她的医院或疗养院记录。一旦您无法再参与治疗决定，您的患者权益维护人将拥有与您相同的权利。

本手册中的表格允许患者权益维护人在您指定后，即使您仍然有能力自己做决定，也可以随时访问您的病历。

我可以指定谁为患者权益维护人？

任何年满 18 周岁的人都有资格；您可以指定您的配偶、成年子女、朋友或其他个人。您应该选择信任、能处理好职责、愿意承担此任的人。

在您完成并签署文件之前，您应该与拟指定的患者权益维护人交谈，以确保她或他愿意为您服务。

如果指定的第一个人无法胜任，我可以指定第二个患者权益维护人吗？

是的。这是一个很好的做法。

法律中没有明确规定可以同时有不止一个人作为您的患者权益维护人。

要获得有效的医疗护理持久委托书，我必须做什么？

您必须将意愿写成书面形式，然后签署该文件，并由两名成年人见证。

要成为见证人是有限制的。见证人不能是您的家庭成员、医生或拟指定的患者权益维护人，也不能是您作为患者或客户所在的医疗机构或计划的雇员。

患者权益维护人在代表我行事之前需要做什么？

在患者权益维护人可以代表您行事之前，必须签署一份表示他或她愿意担任您的患者权益维护人的同意书。这可以在您完成文件或稍后完成。法律中规定了同意书的一般语言。

一旦我签署了持久委托书，我可以改变主意吗？

是的。无论您的身体或心理状况如何，您都可以通过以任何方式（书面、口头或任何其他通信方式）表明该文件未反映您的当前意愿来撤销或取消持久委托书。

如果有两位医生确定我不能再参与治疗决定怎么办？

即使有两名医生确定您无法参与治疗决定，您仍然有权撤销该文件。

我可以在不撤销文件的情况下改变主意吗？

可以。任何关于提供特定的延长生命治疗的口头意愿，即使与书面指令相矛盾。也必须由患者权益维护人当时兑现，

关于撤销的心理健康治疗是否有不同的规则？

是的。您可以在文件中选择放弃立即撤销与心理健康治疗相关的持久委托书的权利。

在文件中，您可以指定在传达撤销意图后最多30天的任何期限内，在此期间您的患者权益维护人仍有权为您做出决定。

如果我撤销了医疗护理持久授权书，我可以签署一份新的吗？

是的。但前提是您必须神志清醒。

您可能想指定另一位患者权益维护人或改变表达意愿的方式。如果签署了一份新文件，请销毁旧文件及其所有副本，并确保您的医疗护理提供商知道您有一份新文件。

我的患者权益维护人可以拒绝代表我行事吗？

可以。患者权益维护人可以随时撤销他或她的同意。在这种情况下，如果您有指定的继任患者权益维护人，将成为您的患者权益维护人。

如果我的患者权益维护人为我做决定时出现争议怎么办？

无论患者权益维护人是否按照您的最佳利益行事或是否有权代表您行事，如果利害关系人有异议，都可以向当地遗嘱认证法庭申请解决争议。

如果我重新获得参与医疗或心理健康决定的能力怎么办？

在任何时候，如果您能够参与决定，您的患者权益维护人的权力都会被暂停。如果您可以自己做出决定，您的患者权益维护人将无权为您做出这些决定。

谁来决定我是否重新获得参与医疗决定的能力？

法律中并未涉及到这一点。主治医师或心理学家的决定可能就足够了。

是否有全州范围的医疗护理持久委托书登记处？

有的。您有权在全州范围内的登记处自愿立下医疗护理持久委托书。医疗护理提供商将可以立即访问到您的信息。

我如何登记我的持久委托书？

您可以通过电子发送方式或通过普通邮件提交您的持久委托书。 如果通过普通邮件，原件将退还给您。

是否收取费用？

免费。登记处对您和医疗护理提供商都是免费的。

登记处由何方运营？

根据密歇根卫生与公众服务部的合同，该登记处由密歇根州 Gift of Life 运营。如需了解更多信息，请访问网站www.mipeaceofmind.org或致电1-(800) 482-4881。

如果我的持久委托书已经登记，我还可以撤销吗？

可以。您保留随时通过通知登记处撤销文件的权利。

如果我没有可指定的患者权益维护人怎么办？

您仍然可以选择立下生前遗嘱或拒绝心肺复苏术医嘱，或两者兼而有之。如果在您的社区可以使用POST表格，您和您的医生也可以填写该表格。下文也讨论了这三种表格。

c. 治疗范围医嘱（POST）

什么是治疗范围医嘱（POST）表格？

POST表格是另一种预立医疗指示，为重病患者提供护理说明。POST表格比预立医疗指示和院外拒绝心脏复苏术 (DNR) 表格更具体。它们涉及医疗程序或治疗，例如插管（允许一个人通过他或她的气管呼吸）、抗生素、心脏复律（治疗不规则心跳）、管饲饮食和住院治疗。

即使当患者无法自行做出医疗决定时，此表格中的患者指示也适用。

POST表格具有法律约束力吗？

密歇根州创建POST表格的法律于 2018 年 2 月 6 日生效。但是，该州仍在创建在全州范围内使用的标准化表格。POST表格的使用将延期到此过程完成，这可能还需要数年时间。

目前，POST表格可在密歇根州的一些社区根据本地创建的程序使用。这些社区包括杰克逊县、兰辛、大急流城、霍顿和马凯特。在密歇根州的某些地区，这些表格已使用多年。

我必须签署POST表格吗？

不是。像所有预立医疗指示一样，签署POST表格是完全自愿的。

我的患者权益维护人可以代替我签署POST表格吗？

如果您的患者权益维护人得到授权，他或她可以代替您签署表格。同时，您的医生也需要签署。

如果我有监护人，监护人可以为我签署POST表格吗？

法院可以授予监护人签署POST表格的权力。

在为我签署POST表格之前，我的监护人是否必须与我交谈？

是的，除非您无法表达您的意愿。

我有权撤销POST表格吗？

是的。无论该表格是您、您的患者权益维护人还是您的监护人签署的，您始终有权撤销。

我该如何撤销POST表格？

您可以随时以任何能够传达意愿的方式来撤销POST表格。

POST表格和持久委托书有什么不同？

POST表格由患者及其医生共同签署。在患者和医生或患者代表和医生签署POST表格之前，医生向患者或患者代表提供信息表并解释POST表格的性质和内容以及表格中讨论的医疗将如何影响患者。

我可以签署POST表格同时立下其他预立医疗指示吗？

是的。但是，POST表格被认为可以取代之前的医疗指示。如果在签署任何包含有关医疗的书面说明的预立医疗指示后执行POST表格，POST表格被假定为表达您当前的意愿。这也适用于拒绝心肺复苏术医嘱。

如果您立下不止一份文件，请确保在这些文件中表达的意愿是一致的。

POST表格在什么情况下会过期失效？

POST表格在四种情况下会过期并且不再受控制，除非该表格经过医生和患者或患者代表的审查、签名和注明日期。这些情况如下：

1. 自POST表格签署后满一年；
2. 患者从一个护理环境或级别转移到另一个护理环境或级别；
3. 患者的治疗偏好发生改变；以及
4. 患者的主治医生变更。

D. 生前遗嘱

什么是生前遗嘱？

生前遗嘱是一份书面文件，您可以在其中告知医生、家庭成员和其他人，如果您身患绝症或永久失去意识，您希望接受何种类型的医疗护理。

生前遗嘱何时生效？

生前遗嘱仅在医生诊断您身患绝症或永久失去意识并确定您无法做出或传达有关的护理决定后才会生效。

生前遗嘱和医疗护理持久委托书有什么区别？

尽管可能会有重叠之处，但持久委托书的重点在于谁做决定；生前遗嘱的重点是决定应该做什么。

生前遗嘱仅限于在绝症或永久失去知觉期间提供护理，而患者权益维护人也可能在暂时没有决定能力的情况下拥有授权。

各种类型有什么优势？

医疗护理持久委托书可能更灵活，因为您的患者权益维护人可以应对意外情况，但在没有第三方做出实际决定的情况下，生前遗嘱可能会得到兑现。

生前遗嘱可能包括哪些内容？

你可以笼统地表达你的愿望——“为了我的舒适做任何必要的事情，但仅此而已。”或者“我授权采取一切措施来延长我的生命。”

您可以改为陈述您是否希望进行特定的医疗干预，例如呼吸器、心肺复苏术 (CPR)、手术、抗生素药物治疗和输血。您可以授权实验性或非传统治疗。无论您选择哪种方式，您都应该表达您是否希望得到管饲治疗的意愿。

生前遗嘱对医疗护理提供商具有法律约束力吗？

尽管几乎所有州都有赋予生前遗嘱法律效力的法规，但密歇根州尚未通过此类法律。但是，根据密歇根州法院的一项裁决，有一种说法认为生前遗嘱在该州具有约束力。然而，没有人可以绝对保证您的意愿会得到兑现。

立下生前遗嘱值得吗？

值得，在某些情况下，如果您没有立下医疗护理持久委托书，那么立下一份生前遗嘱就显得尤为重要。如果无人知晓，您的意愿将无法兑现。

我可以同时立下医疗护理持久委托书和生前遗嘱吗？

可以。您的患者权益维护人可以阅读您的生前遗嘱，将其作为您意愿的表达。如果在需要做出决定时您的患者权益维护人不在，生前遗嘱也可能很有价值。

如果您立下两份文件，请确保在这两份文件中表达的意愿是一致的。

生前遗嘱有哪些要求？

由于没有州法律，因此没有正式的要求。但强烈建议该文件的标题定为《生前遗嘱》，注明日期，由您签署，并由两名非家庭成员的见证人签署。

E. 拒绝心肺复苏术医嘱

什么是拒绝心肺复苏术医嘱？

拒绝心肺复苏术医嘱（DNR医嘱）是一份书面文件，您可以在其中表达您的意愿，即如果您的呼吸和心跳停止，您不希望任何人尝试对您进行心脏复苏术。

我必须签署DNR医嘱吗？

不是。

该文件对什么类型的人特别有用？

例如，选择在家中尽可能安详离去的临终患者可能希望考虑签署DNR医嘱。

我必须身患绝症才能签署DNR医嘱吗？

不是。例如，您现在可能身体健康，但如果您的心肺衰竭时，仍然不想进行心脏复苏术。

该类文件具有法律约束力吗？

是的。密歇根州的一项法律规定，这些文件在医院以外的环境中有效。

DNR医嘱有标准的表格吗？

是的。这是一份由您的医生、您自己还有两名见证人共同签署的表格。

对于有着不可看医生宗教信仰的人群还有另一种形式的表格。这两种表格都包含在本手册中。

我的患者权益维护人可以为我签署该表格吗？

如果您的患者权益维护人有授权，他或她可以代替您签署表格。您的医生也会签署表格。

如果我有监护人，监护人可以为我签署 DNR 医嘱吗？

法院可以授予监护人签署DNR医嘱的权力。

在签署DNR医嘱之前，我的监护人是否必须与我交谈？

是的。除非您无法传达您的意愿。在任何情况下，您的医生也必须签署该文件。

我有权撤销DNR医嘱吗？

是的。无论您、您的患者权益维护人还是您的监护人签署了DNR医嘱，您始终有权撤销它。

我该如何撤销DNR医嘱？

您可以将意愿告知医疗护理提供商，或者您可以撕毁已签署的文件。

如果我立下医疗护理持久委托书或生前遗嘱，还有必要立下DNR医嘱吗？

也许还是有必要的。只有当您无法参与治疗决定时，医疗护理持久委托书和生前遗嘱才会生效。如果您在心脏和呼吸停止之前都有能力做出决定，那么这些文件将永远不会生效。DNR医嘱在执行时生效，并在您有能力时仍出适用。

还可以做些什么来防止不必要的心肺复苏？

如果您在家，请提前告知您的亲属，您的呼吸停止，不要拨打9-1-1或报警。如果您在注册护士的护理下，她或他有权宣布死亡。

那如果我在医院怎么办？

这些机构可以制定自己的心肺复苏政策。入院时或入院后，您应该就该问题表达您的意愿，并要求将这些意愿反映在您的病历中。

F. 一般信息

一般情况下，在完成预立医疗指示前我应该做什么？

慢慢来；这些都是艰难的决定。想想你以后在各种情况下想要得到什么样的治疗。考虑您可能选择谁作为您的患者权益维护人，并确保此人愿意承担此任。

与家人讨论这个问题。与您的牧师、拉比、神父或其他精神领袖交谈，如果您认为这会有所帮助的话。

我也应该和我的医生谈谈吗？

是的！把这个问题告诉您的医生。讨论各种治疗的好处和负担。至少表达您的一般意愿，并确保医生愿意执行这些意愿。

有哪些问题是我应该特别注意的？

有的。有很多人对水和食物的管理有强烈的感受。如果您变得无法吞咽，可以通过喉咙下的管子、通过外科手术放入胃中或静脉内的管子提供营养。考虑到如果出现什么情况，您是否想要做这些手术。如果您确实以其中一种方式获得食物和水，是否有一段时间您想停止获得食物和水。

签署后我应该如何处理我的预立医疗指示？

将原版医疗护理持久委托书交给您的患者权益维护人（或至少确保她或他知道它在哪里）。给自己和您的医生各留一份副本。让别人知道您选择了谁作为患者权益维护人。

决定是否要在全州登记处登记持久委托书。如果是，请按照本手册前面所述与登记处联系。

医生将如何处理我的持久委托书副本？

她或他会将此文件作为您病历的一部分。

我应该如何处理我的生前遗嘱？

保留好生前遗嘱的原件，给与您关系亲近的家人、朋友以及医生各一份。保留一份这些人的名单。

我应该如何处理我的拒绝心脏复苏术医嘱？

当您在家时，请始终将医嘱随身携带，放在显眼的地方。给可能在您离世时陪在您身边的家人一份副本。

您还可以选择佩戴DNR手镯。。

如果我去医院或疗养院，我应该带一份预立医疗指示的副本吗？

是的

在我签署一项或多项预立医疗指示后，我应该继续讨论我的护理问题吗？

是的。坐下和您的选择患者权益维护人好好谈谈，他或她对您的意愿了解的越清楚越好。如果您签署文件后已经过去了一段时间，请再次讨论该问题。

让亲戚和朋友知道您的愿望对您来说总是一个好的想法。

我应该何时审查我的预立医疗指示？

由于医疗技术在不断发展，而且您的观点可能会发生变化，因此每年检查一次您的预立医疗指示是明智的做法。经审查后，您可以决定保留文件、写一份新文件或不再立下预立医疗指示。

如果您决定保留预立医疗指示，您可以在底部签下姓名首字母和日期。

如果我要立下新的预立医疗指示该怎么办？

无论您是选择其他人作为您的患者权益维护人还是改变了您的护理意愿，请尝试取回旧文件的副本并将其销毁。

发送新文件的副本。

医疗护理机构的职责有哪些？

接受联邦资金的医院、疗养院、临终关怀组织和家庭护理机构有义务告知即将到来的患者、客户或居民他们有权同意或拒绝治疗的权利，其中包括获得预立医疗指示的权利。

医疗护理机构不能强迫您签署预立医疗指示，也不能在您已经签预立医疗指示的情况下拒绝为您提供护理。

医院或疗养院会兑现的预立医疗指示吗？

如果立下预立医疗指示，医院或疗养院必须将其作为您病历的一部分。

如果该机构没有理由质疑该文件的真实性，有证据表明您不再能够参与治疗决定，并且认为患者权益维护人的行事与您的意愿一致，则该机构有责任遵从。

请注意，不幸的是，即使您立下预立医疗指示，也不能绝对保证您的意愿会得到兑现。您与他人越多地谈论您的意愿，它们就越有可能被遵从。

如果我决定不立下预立医疗指示怎么办？

如果您无法做出决定，仍然必须有人为您做出决定。有时，医生或医院会接受配偶或子女作为非正式决策者。在某些情况下，家庭成员在法律上有一定的作用。在其他情况下，必须在遗嘱认证法庭启动监护程序，以便另一个人获得合法授权为您行事。

医疗护理持久委托书

我, _____, 心智
(正楷填写您的全名)

健全并自愿做出此指定。

患者权益维护人指定

我指定 _____, 我的 _____
(正楷填写患者权益维护人姓名) (配偶、子女、朋友 ...)

现居住于 _____
(患者权益维护人的地址和电话)

作为我的患者权益维护人。如果我的第一指定人无法胜任, 我指定

_____, my _____,
(继任患者权益维护人姓名) (配偶、子女、朋友 ...)

现居住于 _____
(继任患者权益维护人的地址和电话)

担任我的患者权益维护人。

我的患者权益维护人或继任患者权益维护人必须先签署同意书, 然后才能代我行事。我已经就该指定与我的患者权益维护人和继任患者权益维护人进行了讨论。

一般权力

如果我的主治医师和另一位医师或持证心理学家确定我无法参与医疗决定，我的患者权益维护人或继任患者权益维护人将有权为我做出护理、监护和医疗决定。

在做出决定时，我的患者权益维护人应尽量遵循我之前表达的意愿，无论我是口头表达、在生前遗嘱还是在指定中表达的这些意愿。

我的患者权益维护人有权代表我同意或拒绝治疗，为我安排医疗和个人服务，包括入住医院或护理机构，并用我的资金支付此类服务费用。

在签署同意书后，我的患者权益维护人将立即有权访问我有权访问的任何医疗记录。这将作为《健康保险携带和责任法案》下的免责声明。

签署同意书后，我的患者权益维护人应立即有权访问我的出生证明和申请 Medicare、Medicaid 和其他政府计划所需的其他法律文件。

维持生命治疗相关权力

(可选)

我明确授权我的患者权益维护人做出暂停或撤回即使会导致我死亡的治疗决定，并且我知悉此类决定可能或将会导致我死亡。我的患者权益维护人可以为我签署一份拒绝心脏复苏术声明。我的患者权益维护人可以拒绝通过管饲来喂我食物和水。

(如果您希望将此授权给您的患者权益维护人，请签名)

心理健康治疗相关权力

(可选)

如果医生和心理健康专家确定我不能就心理健康护理给予知情同意，我明确授权我的患者权益维护人就以下治疗做出决定：

(勾选符合您意愿的一个或多个选项)

门诊治疗

我作为正式自愿患者入院接受住院心理健康服务。我有权提前三天通知我的出院意向。

我入院接受住院心理健康服务

精神药物

电休克疗法 (ECT)

我放弃立即生效的撤销权。如果我撤销指定，撤销将在我传达撤销意向之日起 30 天后生效。即使我勾选了该选项，如果我是一名正式自愿患者，我仍然有权提前三天通知我的出院意向。

(如果您希望将此授权给您的患者权益维护人，请签名)

器官捐赠相关权力

(可选)

我明确授权我的患者权益维护人做出以下捐赠

(勾选任何符合您意愿的选项)

任何器官或身体部位用于移植、治疗、医学研究或教育目的

仅以下列出的器官或身体部位用于移植、治疗、医学研究或教育目的:

我的整个身体用于解剖学研究

(可选) 我希望捐赠给-

(正楷填写医生、医院、学校、器官库或个人名称)

捐赠在我离世后有效。与其他授予我的患者权益维护人的权力不同，这种权力在我离世后仍然存在。

(如果您希望将此授权给您的患者权益维护人，请签名)

意愿声明

我的患者权益维护人有权在各种情况下做出决定。在本文件中，我可以表达对绝症、永久性昏迷或其他残疾等情况的一般意愿；指定在这种情况下我想要或不想要的特定类型的治疗；或者我可能不表达任何意愿。如果您选择授予您的患者权益维护人心理健康治疗相关权力，您还可以包括心理健康治疗相关的具体医院，例如首选的心理健康专家、医院或药物。(选择 A 或 B)

A. 我的意愿如下 (可以附页):

或

B. 我选择不在本文件中表达任何意愿。这种选择不应被解释为限制我的患者权益维护人在任何特定情况下做出任何特定决定的权力。

我可以随时改变主意，以任何方式表明此指定不再反映我的意愿，或者我不希望我的患者权益维护人有权为我做决定。

我的意图是，参与我的护理的任何人均不负责履行我在该指定中表达的意愿或遵循我的患者权益维护人的指示。

本文件的复印件可作为原件使用。

签名

我自愿签署本文件，并知晓其目的。

日期： _____

签署人： _____
(您的签名)

(您的地址和电话号码)

关于见证人的声明

我选择了两名未在我的遗嘱中提及姓名的成年见证人；他们不是我的配偶、父母、子女、孙子女、兄弟姐妹；不是我的医生或我的患者权益维护人；他们不是我的人寿或健康保险公司的雇员、我居住的养老院的雇员、为我提供服务的社区心理健康计划的雇员或我现在所在的医疗机构的雇员。

见证人的声明和签名

我们作为见证人在下方签名。该声明是在我们在场的情况下签署的。声明者神志清醒，并且是在没有胁迫、欺诈或不当影响的情况下自愿做出这一指定的。

(正楷填写姓名)

(见证人签名)

(地址)

(正楷填写姓名)

(见证人签名)

(地址)

患者权益维护人同意书

- (1)** 除非患者无法参与有关患者医疗或心理健康的决定（如适用），否则**该指定不会生效**。如果此患者权益维护人指定包括按照第 5506 节所述进行器官捐赠的权力，则该权力在患者死后仍然可以行使。
- (2)** 如果患者能够参与决定，**患者权益维护人不得行使**与患者的护理、监护和医疗或心理健康治疗有关的权力，不能代表他或她自己行使。
- (3)** **该指定不能用于**做出对怀孕患者停止或撤回治疗而导致怀孕患者死亡的医疗决定。
- (4)** 仅当患者以明确且有说服力的方式表示患者权益维护人有权做出此类决定，并且患者承认此类决定可能或将会导致患者死亡时，**患者权益维护人才可以决定**停止或撤回可能导致患者死亡的治疗。
- (5)** **患者权益维护人不得**因履行其权力、权利和责任而**获得报酬**，但患者权益维护人在履行其权力、权利和责任过程中发生的实际和必要费用可进行报销。
- (6)** **患者权益维护人在为患者行事时应按照**适用于受托人的护理标准行事，并应符合患者的最大利益。当患者能够参与医疗或心理健康治疗决定时，患者所表达或证明的已知意愿被认为是符合患者的最大利益。
- (7)** **患者可以随时或以足以传达撤销意向的任何方式撤销他或她的指定。**

(8) 患者可以放弃其撤销指定患者权益维护人的心理健康治疗决定权的权利，如果放弃，在患者传达他或她的撤销意图后，其撤销某些治疗的能力将被延迟 30 天。

(9) 患者权益维护人可以随时以足以传达撤销意图的任何方式撤销他或她对指定的同意。

(10) 入住医疗机构的患者享有《公共卫生法》第 20201 条、1978 年《公共法案》第 368 号法案，即密歇根汇编法第 333.20201 条中列举的权利。

我, _____ 了解上述
(患者权益维护人姓名)

并接受被指定为患者权益维护人或继任患者权益维护人

患者姓名 _____,
(患者姓名)

在下述日期签署了医疗护理持久委托书: _____

日期: _____

签名: _____
(患者权益维护人签名)

(继任患者权益维护人签名)

生前遗嘱

我, _____ 神志清醒, 自愿做出此声明。

如果我的医生和至少一位其他医生确定我患了绝症或永久失去知觉, 如果我无法参与我的医疗护理的相关决定, 我希望将此声明视为我授权或拒绝医疗的合法权利的表达。

我关于医疗的意愿如下: -

(如果需要可附页)

我的家人、医疗机构以及参与我护理的任何医生、护士和其他医务人员均不因遵循我在本声明中表达的意愿而承担民事或刑事责任。

我可以随时改变想法，通过任何方式来表明此声明不再反映我的意愿。

本文件的复印件经签署和见证后，与原件具有同等法律效力。

我经过慎重考虑后签署了这份文件。我理解它的含义并接受它的后果。

日期： _____ 签名： _____
(您的签名)

(您的地址)

见证人声明

我们作为见证人在下方签名。该声明是在我们在场的情况下签署的。声明者神志清醒，并且在没有胁迫、欺诈或不当影响的情况下自愿做出这一指定。

(正楷填写姓名)

(见证人签名)

(地址)

(正楷填写姓名)

(见证人签名)

(地址)

拒绝心脏复苏术医嘱

该拒绝心脏复苏术医嘱由 _____ 开具，
(正楷填写医生姓名)

为 _____ 的主治医生。
(正楷填写声明人或监护人姓名)

从下方A或B或C中选择适当的同意书。

A. 声明人同意书

我已与上述医生讨论过我的健康状况。我请求如果我的心跳和呼吸停止，任何人都不得尝试对我进行心脏复苏。

该医嘱将一直有效，直至根据法律规定被撤销。

我神志清醒，自愿签署本医嘱，并且我了解其全部含义。

(声明人签名)

(日期)

(代声明人签署人签名，如适用)

(日期)

(正楷填写全名)

B. 患者权益维护人同意书

我授权，如果声明人的心跳和呼吸停止，任何人不得尝试对声明人进行心脏复苏。我了解此医嘱的全部含义并对其执行承担责任。

该医嘱将一直有效，直至根据法律规定被撤销。

(患者权益维护人签名)

(日期)

(正楷填写患者权益维护人姓名)

C. 监护人同意书

我授权，如果受监护人的心跳和呼吸停止，任何人不得尝试对受监护人进行心肺复苏。我了解此医嘱的全部含义并对其执行承担责任。

该医嘱将一直有效，直至根据法律规定被撤销。

(监护人签字)

(日期)

(正楷填写监护人姓名)

医生签名

(医生签名)

(日期)

(正楷填写医生全名)

见证人证明

执行此医嘱的人神志清醒，没有受到胁迫、欺诈或不当影响。执行此医嘱后，此人已（未）收到身份识别手镯。

(见证人签名)

(日期)

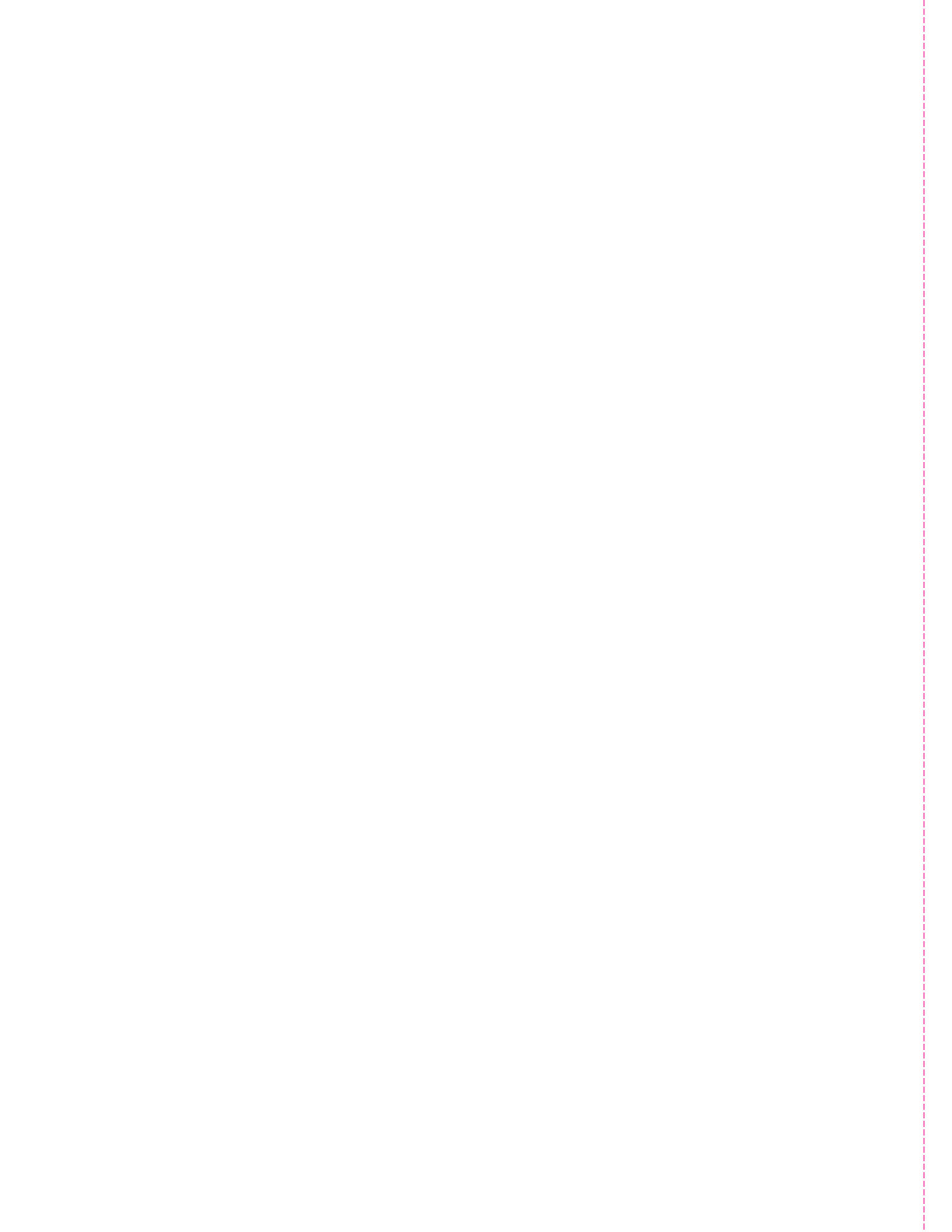
(正楷填写见证人姓名)

(见证人签名)

(日期)

(正楷填写见证人姓名)

本表格根据并遵守《密歇根州拒绝心脏复苏术程序法》编制



拒绝心脏复苏术医嘱

使用下面适当的同意书，选择A或B。

A. 声明人同意书

我请求如果我的心跳和呼吸停止，任何人都不得尝试对我进行心肺复苏。

该医嘱将一直有效，直至根据法律规定被撤销。

我神志清醒，自愿签署本医嘱，并且我了解其全部含义。

(声明人签名)

(日期)

(代声明人签署人签名，如适用)

(日期)

(正楷填写全名)

B. 患者权益维护人同意书

我授权，如果声明人的心跳和呼吸停止，任何人不得尝试对声明人进行心脏复苏。我了解此医嘱的全部含义并对其执行承担责任。

该医嘱将一直有效，直至根据法律规定被撤销。

(患者权益维护人签名)

(日期)

(正楷填写患者权益维护人姓名)

见证人证明

执行此医嘱的人神志清醒，没有受到胁迫、欺诈或不当影响。执行此医嘱后，此人已（未）收到身份识别手镯。

(见证人签名)

(日期)

(正楷填写见证人姓名)

(见证人签名)

(日期)

(正楷填写见证人姓名)

本表格根据并遵守《密歇根州拒绝心脏复苏术程序法》编制

器官捐赠声明

我, _____, 神志清醒, 自愿做出此声明, 希望能帮助别人, 我做了以下器官捐赠, 在我离世后生效: (您可以勾选下列任一方框或同时勾选方框 A 和 C)

A. 任何器官或身体部位用于移植、治疗、医学研究或教育目的。

B. 仅以下列出的器官或身体部位用于移植、治疗、医学研究或教育目的:

_____ / _____ / _____.

C. 我的整个身体用于解剖学研究

日期: _____ 签名: _____
(您的签名)

(地址)

可选

我希望我的器官捐赠给 _____.
(正楷填写医生、医院、学校、器官库或个人名称)

我希望我的遗体出现在我的葬礼上: ____ 是 ____ 否

见证人声明

本声明由声明人在我们在场的情况下或在他或她的指示下签署。我们在声明人在场的情况下作为见证人在下方签名。

(正楷填写姓名)

(见证人签名)

(地址)

(正楷填写姓名)

(见证人签名)

(地址)

Michigan Long Term Care Ombudsman Program (密歇根州长期护理督察员计划) 致力于提高疗养院、养老院和成人寄养院居住者的护理质量和生活质量。该项计划在全州各地设有督察员，督察员经常访察护理设施，并直接与居住者合作，帮解决他们面临的问题。

想要了解“督察员计划”的更多信息或获取免费和保密的帮助，您可以拨打**1-866-485-9393**联系地方督察员。

