



伊利诺伊州预先医疗指示声明

STATEMENT OF ILLINOIS LAW ON ADVANCE DIRECTIVES

拉什大学医学中心 (RUMC) 致力于保护和促进每位患者的权利。其中包括拒绝医疗或手术治疗（包括维持生命的治疗）的权利（即使拒绝可能加速死亡），以及做出预先医疗指示的权利。关于这些权利，您应该了解以下几点。

没有人能预测什么时候会发生严重的疾病或事故。如果发生了，您可能需要其他人为您表达意愿或做出医疗决定。如果您现在就开始计划，您就可以按照自己的意愿接受治疗。

您有权对现在和将来获得的医疗保健做出决定。预先医疗指示是一份书面声明，该声明说明了如果您不能为自己做决定，您希望如何做出医疗决定。联邦法律要求在您入院时必须告知您，您有权作出预先医疗指示。但是，根据伊利诺伊州法律，医疗保健提供者可能会反对您的意愿。在这种情况下，您可以选择其他医疗保健提供者，否则将为您或您的代表提供一个提供者。

伊利诺伊州有四种预先医疗指示：(1) 持久医疗保健委托书；(2) 生前遗嘱；(3) 心理健康治疗偏好声明；(4) 生命维持治疗从业者指令 (POLST)。您可以选择与您的医疗保健专业人员、代理人或医生讨论这些预先医疗指示。您还可以与您的医生一起完成 POLST 或准备一份 DNR。您可能会做出多个预先医疗指示。

如果您已经有预先医疗指示，请告诉您的医疗保健专业人员，并提供一份副本。您也可以提供一份副本给家人，并且应该提供一份副本给您在预先医疗指示中指定为您做决定的人士。

我们的政策规定，您在 RUMC 获得的治疗不会因您对预先医疗指示的选择而有所不同，包括无论您是否有预先医疗指示。

I. 医疗保健委托书

在伊利诺伊州，您有权选择某人作为您的“医疗保健代理人”。您的代理人是在您不能或不想为自己做决定时，您可以信任其为您做出医疗决定的人士。这些决定应基于您的个人价值观和意愿。

书面记录您的代理人选择很重要。如果符合伊利诺伊州的法律要求，可以使用本书面文件中的表格。有许多书面和在线资源可以指导您和您的亲人谈论这些问题。您可能会发现在考虑和讨论预先医疗指示时查看这些资源很有帮助。

医疗保健委托书可让您选择某人在您未来不能再为自己做决定时，为您做出医疗保健决定。在委托书中，您被称为“委托人”，您选择为您做决定的个人被称为您的“代理人”。如果您不能再为自己做出医疗决定，您的代理人会为您做决定。只要您能做这些决定，您就有权做出决定。您选择的代理人不能是您的医疗保健提供者。您应该找一个不是您代理人的人来见证您签署委托书。您应该选择符合以下条件的代理人：

- 年满 18 岁的家人或朋友
- 很了解您的人
- 您信任会为您做您想做的事的人
- 愿意与您的医生和提供者交谈和向其询问的人
- 在您病重时不会因太难过而不能实现您的愿望的人
- 在您需要时能在您身边，并且愿意接受这个重要角色的人。

在选择代理人时，与您的代理人和家人讨论以下事项是很重要的：

- 您生命中最重要的是什么？
- 避免痛苦和遭受痛苦对您有多重要？
- 如果不得不选择，是活得越久更重要，还是避免长期的痛苦或残疾更重要？
- 在您生命的最后几天或几周，您愿意呆在家里还是医院里？
- 您是否有让您的代理人和其他人知道的宗教、精神或文化信仰？
- 您是否希望在死后捐献器官或整个身体为医学做出贡献？
- 您是否有任何现有的预先医疗指示，讨论您对医疗保健的具体愿望？

您的医疗保健代理人可以做出的决策类型非常广泛。例如，您的代理人可以采取的一些措施包括：

- 与提供者讨论您的健康状况
- 查看您的病历，并批准其他人查看。
- 允许进行医学检查、药物、手术和其他治疗。
- 选择您在哪里接受护理以及由哪些提供者提供。
- 在您濒临死亡或不太可能康复的情况下，决定接受、放弃或拒绝让您继续活下去的治疗。
- 在您还没有做出相关决定的情况下，同意或拒绝捐献您的器官或全身。
- 在您还没有计划的情况下，决定在您去世后如何处理遗体。
- 与其他亲人交谈，帮助他们做出决定。

除非您有时间限制，否则医疗保健委托书自签署之日起一直有效，直到您死亡。您可以随时通过通知他人或以书面形式取消您的委托书。如果第一个代理人不能执行或不愿意执行，则可以指定后备代理人来执行。您不能指定两个代理人同时为您做决定。如果您想更改委托书，则必须以书面形式提出。您可以使用标准的医疗保健委托书，也可以自行编写。

如果您没有选择医疗保健代理人，或者无法自行做出医疗保健决定，并且没有以书面形式指定代理人，您的提供者将要求家人、朋友或监护人为您做出决定。在伊利诺伊州，法律规定将要求谁提供帮助。出于某些原因，您可能想要选择一个代理人，而不是依靠州法律来选择，例如：

- 法律列出的人可能不是您想让他们为您做决定的人。
- 一些家庭成员或朋友可能无法或不愿按您的意愿做出决定。
- 家庭成员和朋友可能会在决定问题上意见不一致。
- 在某些情况下，代理亲属可能无法做出与代理人相同的决定。

填写完《持久医疗保健委托书》后，您应该：

- 在年满 18 岁的证人面前签名。
- 请见证人也签名。
- 不需要对表格进行公证。
- 给您的代理人和每个后备代理人一份副本。
- 再给您的医生一份副本。
- 去医院时要带一份副本。

- 给自己留一份副本，放在安全的地方。
- 向您的家人、朋友以及其他照顾您的人展示委托书。

II. 生前遗嘱声明

生前遗嘱将向您的医疗保健专业人员说明，如果您处于临终状况且无法陈述自己的意愿，您是否想要使用延迟死亡的程序。与医疗保健委托书不同的是，生前遗嘱只适用于临终状况的人。临终状况是一种不可治愈且不可逆转的状况，在此状况下可能会很快死亡，任何延迟死亡的程序只会延长死亡过程。

即使您签署了生前遗嘱，如果食物和水是导致死亡的唯一原因，它们也不能被撤走。另外，如果您怀孕了，而且您的医疗保健专家认为您可以活产婴儿，那么您的生前遗嘱就不能生效。

您可以使用标准的前生遗嘱表或编写自己的遗嘱。您可以写一些有关您想要或不想要执行的死亡延迟程序的具体说明。必须有两个人见证您签署生前医嘱。您的医疗保健专业人员不能作为见证人。如果您有生前医嘱，您有责任在有能力的情况下告诉您的医疗保健专业人员。您可以随时通过通知他人或以书面形式取消您的生前遗嘱。

如果您同时拥有医疗保健委托书和生前遗嘱，您在委托书中指定的代理人将做出医疗保健决定，除非联系不上该代理人。

III. 心理健康治疗偏好声明

心理健康治疗偏好声明可说明您在患心理疾病而无法自己做出决定时，是否想接受电休克治疗(ECT) 或精神病药物。该声明还可说明，您是否希望入住精神病院接受长达 17 天的治疗。

您可以写下您的愿望或选择某人为您做心理健康方面的决定。在声明中，您被称为“委托人”，而您选择的人被称为“实际代理人”。您的医疗保健专业人员或您入住的医疗保健机构的任何雇员都不能成为您的实际代理人。与医疗保健委托书不同的是，您的实际代理人必须接受书面任命，然后才能开始就您的心理健康治疗做出决定。实际代理人必须根据您在声明中所写的内容做出决定，除非法院有不同的命令或紧急情况威胁到您的生命或健康。

您的心理健康治疗偏好声明自签署之日起三年内有效。必须有两个人见证您签署该声明。以下人员不得见证您签署声明：您的医疗保健专业人员；您所入住的医疗机构的雇员；或与您有血缘关系、婚姻关系或收养关系的家庭成员。如果您在取消声明时未接受心理健康治疗，可以在声明到期之前以书面形式取消声明。如果您正在接受心理健康治疗，则您的声明将不会过期，并且直到成功完成治疗，且医生同意您可以自己做决定。

IV. 生命维持治疗从业者指令 (POLST)

您可以向您的提供者询问是否有生命维持治疗从业者指令 (POLST)。POLST 是一项预先医疗指示，其中指出如果心脏或呼吸停止，就不能进行心肺复苏 (CPR)。它也可以用来记录您对维持生命治疗的愿望。无论您是在家里还是前往任何其他地方，POLST 都伴随您，是所有医疗服务提供者都必须遵守的。公共卫生部已经发布了 POLST，可在以下网页下载：<http://www.dph.illinois.gov/sites/default/files/forms/polst-051717.pdf>。

该网页亦提供了有关 POLST 的个人、医疗保健专业人员和医疗保健提供者指引的链接。

POLST 可由医生、从业两年或以上级别的住院医师、高级执业护士或医师助理完成。POLST 需要您或您的获授权法定代表人（您的法定监护人、医疗保健委托书或健康护理代理亲属）的签名，以及您的主治医生和18岁以上的成年见证人的签名。只有含有所有必需的签名，POLST 才会被录入您的病历中。您可以要求您的提供者与您一起准备 POLST。

V. 如果我没有预先医疗指示会怎样？

如果您不能为自己做出医疗保健决定，也没有预先医疗指示，可能会为您选择医疗保健代理亲属。根据伊利诺伊州法律，必须有两名医生证明您不能为自己做出医疗保健决定才能任命一名医疗保健代理亲属。医疗保健代理亲属可以是以下人员之一（按优先级排列）：您的法定监护人、配偶、成年子女、父母、成年兄弟姐妹、成年孙子女、密友或遗产的法定监护人。

尽管您的医疗保健代理亲属可以为您做出大多数医疗保健决定，但某些代理亲属不能做出某些决定。例如，除非您患有“符合条件的病症”，否则医疗保健代理亲属不能让您的医疗保健专业人员撤回或停止维持生命的治疗。符合条件的病症可以是 (1) “临终状况”（一种不可治愈且不可逆转的损伤，在此状况下没有合理的恢复可能性，可能会很快死亡，并且治疗将无济于事）；(2) “持久性无意识”（医生非常确定不会好转的一种持久性病症；您没有表现出您可以思考、与他人互动或意识到周围的状况；并且提供维持生命的治疗只会带来很小的医疗获益），或 (3) “无法治愈或不可逆转的状况”（一种没有合理的可能性会康复的疾病或损伤，该状况会导致死亡、导致严重疼痛或痛苦，治疗也无济于事。必须有两名医生证明您符合其中一个条件。

医疗保健代理亲属在心理健康治疗方面所能做出的决定也是有限制的。除法院指定的监护人外，其他医疗保健代理亲属不能同意您接受某些心理健康治疗，包括电休克治疗 (ECT)、精神药物治疗或入住精神病院。医疗保健代理亲属可以向法院申请这些心理健康服务。

为了避免这些限制，您可能需要考虑使用预先医疗指示。

VI. 最后说明

您应与您的家人、医疗保健专业人员、律师以及任命的任何代理人或实际代理人就您决定做出预先医疗指示进行沟通。如果他们知道您想要什么样的医疗保健，他们会发现更容易遵循您的意愿。如果您将来取消或更改预先医疗指示，请记住将更改或取消的消息告知这些人。

任何医疗保健机构、医疗保健专业人员或保险公司都不能为了提供治疗或保险而让您做出预先医疗指示。这完全由您决定。如果医疗保健机构、医疗保健专业人员或保险公司不想遵循您的预先医疗指示，则必须告知您或您的决策者。他们必须继续提供护理，直到您或您的决策者可以将您转移到另一个愿意遵循您在预先医疗指示中的指令的医疗保健提供者。

医疗保健委托书

POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

Adv Directive-P
Durable Power of Attorney



IDN13150042

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

我的医疗保健委托书

本委托书撤销以前所有有关医疗保健的委托书。

我的姓名（打印您的全名）： _____

我的地址： _____

我希望以下人员做我的医疗代理人

（根据州和联邦法律，代理人是您的私人代表）：

（代理人姓名） _____

（代理人地址） _____

（代理人电话号码） _____

我的代理人可以为我做出医疗保健决定，包括：

- (i) 决定接受、撤回或拒绝有关我身体或精神疾病的治疗，包括生死决定。
- (ii) 同意允许我入住或离开任何医院、疗养院或其他机构，包括精神病院。
- (iii) 可以完全查阅我的医疗和心理健康记录，并根据需要与他人分享，包括在我去世后。
- (iv) 执行我已经制定的计划，或者如果我尚未制定，则做出有关我的身体或遗体的决定，包括器官、组织或全身捐赠、尸检、火化和土葬。

上述授权范围旨在尽可能广泛，以便我的代理人有权做出任何我可以做出的决定，从而获取或终止任何类型的医疗保健，包括停止营养和补水以及其他维持生命的措施。

我授权我的代理人：（请仅勾选一个方框；如果勾选多个方框或没有勾选方框，则应执行下面第一个方框中的指示。）

- 只有当我不能为自己做决定时，才为我做决定。为我提供治疗的医生将确定我何时不具备决定能力。
(如果未勾选任何方框，则将执行上述指示)
- 只有当我不能为自己做决定时，才为我做决定。为我提供治疗的医生将确定我何时不具备决定能力。从现在开始，为了协助我制定医疗保健计划和做出决定，我的代理人应能完全查阅我的医疗记录和心理健康记录，有权根据需要与他人分享这些记录，并完全有能力与我的私人医生和其他医疗保健提供者进行沟通，包括要求医生对我是否具备为自己做决定的能力发表意见。
- 从现在开始为我做决定，并在我不能为自己做决定后继续为我做决定。如果我仍然可以自己做决定，如果我愿意，我仍然可以这么做。

维持生命的治疗

维持生命的治疗问题特别重要。维持生命的治疗可能包括通过导管喂食和通过导管输液，以及使用呼吸机和 CPR。一般来说，在做出有关维持生命的治疗的决定时，会指示您的代理人考虑减轻痛苦，考虑生活质量，延长寿命以及您先前表达的愿望。您的代理人会在代表您做决定时权衡建议治疗方案的负担与获益。

有关停止或取消维持生命的治疗的其他说明如下。这些可以作为您的代理人为您做决定时的指导。如果您对 these 陈述有任何疑问，请咨询您的医师或医疗保健提供者。请在下面仅选择一个最能表达您的愿望的陈述（可选）：

- 我的生活质量比我的寿命更重要。如果我昏迷不醒且主治医生认为，按照合理的医疗标准，我将不会醒来，也不会恢复思考能力、与家人和朋友交流以及体验周围环境的能力，我不希望通过治疗来延长我的生命或延缓我的死亡，但是我确实希望通过治疗或护理来使我感到舒适和减轻痛苦。
- 对我来说，活下去更重要，不管我病得多重，承受多大的痛苦，手术费用有多高以及康复的可能性有多大。我希望根据合理的医疗标准，尽可能延长我的生命。

对我的代理人决策权限的具体限制：

上述授权范围旨在尽可能广泛，以便您的的代理人有权做出任何您可以做出的决定，从而获取或终止任何类型的医疗保健。如果您希望限制代理人的权力范围，或规定特殊规则，或限制授权尸检或处置遗体的权力，您可以在本表格内明确提出。

您必须在此表格上签名，见证人也必须签名表格方可生效。

我的签名： _____ 今天的日期： _____

请见证人填写以下内容并签名：

我至少 18 岁，并且（请勾选以下选项之一）：

- 看到委托人签署了这份文件，或者
- 委托人告诉我，委托人签名行上的签名或标记是他或她本人的。

我不是本文件中指定的代理人或继任代理人。我与委托人、代理人或继任代理人无血缘关系、婚姻关系或收养关系。我不是委托人的医生、心理健康服务提供者，也不是该等人士的亲属。我不是委托人所入住的医疗保健机构的所有者或经营者（也不是所有者或经营者的亲属）。

见证人姓名： _____

见证人地址： _____

见证人签名： _____ 今天的日期： _____

医疗保健继任代理人（可选）：

如果我选择的代理人不愿意或不具备决定能力，包括医疗保健代理人无法联系、无决定权或已死亡，则我请求下方的指定人员作为我的医疗保健继任代理。一次只能由一个人担任我的代理人（如要添加更多继任代理人，请添加另一页）：

（继任代理人 # 1 的姓名、地址和电话号码）

（继任代理人 # 2 的姓名、地址和电话号码）