



## 伊利诺伊州预先医疗指示声明

### STATEMENT OF ILLINOIS LAW ON ADVANCE DIRECTIVES

拉什大学健康系统（“**RUSH**”）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 RUSH 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？
- 您是否有想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。

您可以使用标准的生前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。



State of Illinois  
Illinois Department of Public Health

**IDPH UNIFORM PRACTITIONER ORDER FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) FORM**

**For patients, use of this form is completely voluntary.** Follow these orders until changed. These medical orders are based on the patient's medical condition and preferences. Any section not completed does not invalidate the form and implies initiating all treatment for that section. With significant change of condition new orders may need to be written.

Patient Last Name	Patient First Name	MI
Date of Birth (mm/dd/yy)		Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Address (street/city/state/ZIPcode)		

**A**

Check One

**CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR) If patient has no pulse and is not breathing.**

- Attempt Resuscitation/CPR**  **Do Not Attempt Resuscitation/DNR**  
(Selecting CPR means Full Treatment in Section B is selected)

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

**B**

Check One (optional)

**MEDICAL INTERVENTIONS If patient is found with a pulse and/or is breathing.**

- Full Treatment: Primary goal of sustaining life by medically indicated means.** In addition to treatment described in Selective Treatment and Comfort-Focused Treatment, use intubation, mechanical ventilation and cardioversion as indicated. *Transfer to hospital and/or intensive care unit if indicated.*
- Selective Treatment: Primary goal of treating medical conditions with selected medical measures.** In addition to treatment described in Comfort-Focused Treatment, use medical treatment, IV fluids and IV medications (may include antibiotics and vasopressors), as medically appropriate and consistent with patient preference. Do Not Intubate. May consider less invasive airway support (e.g. CPAP, BiPAP). *Transfer to hospital, if indicated. Generally avoid the intensive care unit.*
- Comfort-Focused Treatment: Primary goal of maximizing comfort.** Relieve pain and suffering through the use of medication by any route as needed; use oxygen, suctioning and manual treatment of airway obstruction. Do not use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. **Request transfer to hospital only if comfort needs cannot be met in current location.**

Optional Additional Orders \_\_\_\_\_

**C**

Check One (optional)

**MEDICALLY ADMINISTERED NUTRITION (if medically indicated) Offer food by mouth, if feasible and as**

- Long-term medically administered nutrition, including feeding tubes. **Additional Instructions (e.g., length of trial period)** \_\_\_\_\_
- Trial period of medically administered nutrition, including feeding tubes. \_\_\_\_\_
- No medically administered means of nutrition, including feeding tubes. \_\_\_\_\_

**D**

**DOCUMENTATION OF DISCUSSION (Check all appropriate boxes below)**

- Patient  Agent under health care power of attorney  
 Parent of minor  Health care surrogate decision maker (See Page 2 for priority list)

**Signature of Patient or Legal Representative**

Signature (required)	Name (print)	Date
_____	_____	_____

**Signature of Witness to Consent (Witness required for a valid form)**

I am 18 years of age or older and acknowledge the above person has had an opportunity to read this form and have witnessed the giving of consent by the above person or the above person has acknowledged his/her signature or mark on this form in my presence.

Signature (required)	Name (print)	Date
_____	_____	_____

**E**

**Signature of Authorized Practitioner (physician, licensed resident (second year or higher), advanced practice nurse or physician assistant)**

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

Print Authorized Practitioner Name (required)	Phone
_____	( ) _____ - _____

Authorized Practitioner Signature (required)	Date (required)	Page 1
_____	_____	

**\*\*THIS SIDE FOR INFORMATIONAL PURPOSES ONLY\*\***

Patient Last Name	Patient First Name	MI
-------------------	--------------------	----

Use of the Illinois Department of Public Health (IDPH) Practitioner Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) Form is always voluntary. This order records your wishes for medical treatment in your current state of health. Once initial medical treatment is begun and the risks and benefits of further therapy are clear, your treatment wishes may change. Your medical care and this form can be changed to reflect your new wishes at any time. However, no form can address all the medical treatment decisions that may need to be made. The Power of Attorney for Health Care Advance Directive (POAHC) is recommended for all capable adults, regardless of their health status. A POAHC allows you to document, in detail, your future health care instructions and name a Legal Representative to speak for you if you are unable to speak for yourself.

**Advance Directive Information**

I also have the following advance directives (OPTIONAL)

Health Care Power of Attorney       Living Will Declaration       Mental Health Treatment Preference Declaration

Contact Person Name	Contact Phone Number
---------------------	----------------------

**Health Care Professional Information**

Preparer Name	Phone Number
Preparer Title	Date Prepared

**Completing the IDPH POLST Form**

- The completion of a POLST form is always voluntary, cannot be mandated and may be changed at any time.
- A POLST should reflect current preferences of persons completing the POLST Form; encourage completion of a POAHC.
- Verbal/phone orders are acceptable with follow-up signature by authorized practitioner in accordance with facility/community policy
- Use of original form is encouraged. Photocopies and faxes on any color of paper also are legal and valid forms.

**Reviewing a POLST Form**

This POLST form should be reviewed periodically and in light of the patient's ongoing needs and desires. These include:

- transfers from one care setting or care level to another;
- changes in the patient's health status or use of implantable devices (e.g. ICDs/cerebral stimulators);
- the patient's ongoing treatment and preferences; and
- a change in the patient's primary care professional.

**Voiding or revoking a POLST Form**

- A patient with capacity can void or revoke the form, and/or request alternative treatment.
- Changing, modifying or revising a POLST form requires completion of a new POLST form.
- Draw line through sections A through E and write "VOID" across page if any POLST form is replaced or becomes invalid. Beneath the written "VOID" write in the date of change and re-sign.
- If included in an electronic medical record, follow all voiding procedures of facility.

**Illinois Health Care Surrogate Act (755 ILCS 40/25) Priority Order**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Patient's guardian of person                            | 5. Adult sibling                        |
| 2. Patient's spouse or partner of a registered civil union | 6. Adult grandchild                     |
| 3. Adult child   | 7. A close friend of the patient        |
| 4. Parent  | 8. The patient's guardian of the estate |

For more information, visit the IDPH Statement of Illinois law at <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

**HIPAA (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT of 1996) PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS AS NECESSARY FOR TREATMENT**





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。如果您对这些陈述有任何疑问，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师认为，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）

生前遗嘱声明

**LIVING WILL DECLARATION**

Advance Directive-P  
Living Will Declaration



IDN13150001

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Medical Record #: \_\_\_\_\_

Place Patient Label

本声明于 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日做出。本人 \_\_\_\_\_ 心智健全，特此自动及自愿表明本人愿望，即本人的死亡时刻不应被人为推迟。

如果在任何时候，本人罹患经主治医师亲自检查判断为不可治愈、不可逆转的损伤、疾病或病症，并确定若非接受死亡延迟程序，本人即将死亡，我指示停止这种只会延长死亡过程的程序，允许我自然死亡，且只服用药物、营养物或接受主治医师认为为我提供舒适护理所需的医疗程序。

在我不能够就是否使用此类死亡延迟程序给出指示的情况下，我希望我的家人和医生将此声明视为我行使拒绝医疗或手术治疗的合法权利，并接受此类拒绝后果的最终表达。

签名 \_\_\_\_\_

居住地所在州、市和县 \_\_\_\_\_

我与声明人相识，我相信他或她心智健全。我没有在上方代替声明人签名，也没有在声明人的指示下签名。在本文件签署之日，根据无遗嘱继承法或据我所知所信，根据声明人的任何遗嘱或在声明人死亡时生效的其他文件，我无权享有声明人遗产的任何部分，在经济上也不直接对声明人的医疗负责。

见证人 \_\_\_\_\_

见证人 \_\_\_\_\_

心理健康治疗偏好声明

DECLARATION FOR MENTAL HEALTH TREATMENT PREFERENCE

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Medical Record #: \_\_\_\_\_

Place Patient Label

Advance Directives



IDN600022

本人, \_\_\_\_\_ 作为一名心智健全的成年人, 自动及自愿提出有关心理健康治疗的本声明。如果两位医生或法院判定, 我有效接收和评估信息或传达决定的能力受损, 以至于我不具备拒绝或同意接受心理健康治疗的能力, 则适用本声明。“心理健康治疗”是指电休克治疗、精神药物治疗以及为治疗心理疾病而入住并居住在医疗机构长达 17 天。

我可能会因为被诊断为精神障碍的症状而无法提供或不提供知情同意。这些症状可能包括:

Empty rectangular box for listing symptoms.

精神药物

如果我无法提供或不提供心理健康治疗的知情同意, 那么我对精神药物的意愿如下 (勾选适用项):

\_\_\_\_\_ 我同意服用精神药物。

\_\_\_\_\_ 我同意服用精神药物, 但下列情况除外:

Empty rectangular box for listing exceptions to mental medication consent.

\_\_\_\_\_ 我同意只服用以下精神药物:

Empty rectangular box for listing specific mental medications.

\_\_\_\_\_ 我不同意服用任何精神药物。

条件或限制:

Empty rectangular box for listing conditions or restrictions for mental medication refusal.



## 电休克治疗

如果我无法提供或不提供心理健康治疗的知情同意，那么我对电休克治疗的意愿如下（勾选适用项）：

\_\_\_\_\_ 我同意接受电休克治疗。

\_\_\_\_\_ 我不同意接受电休克治疗。

条件或限制：

## 入住并居住在医疗机构

如果我无法提供或不提供心理健康治疗的知情同意，那么我对因心理健康治疗而入住并居住在医疗机构的意愿如下（勾选适用项）：

\_\_\_\_\_ 我同意被送往医疗机构接受心理健康治疗。（根据法律，该指示不能表示同意将我留在医疗机构超过 17 天。）

\_\_\_\_\_ 我不同意被送往医疗机构接受心理健康治疗。

条件或限制：

## 委任实际代理人

如果我无法提供或不提供有关心理健康治疗的知情同意，我将指定以下人员作为我的实际代理人，就我的心理健康治疗做出决定。我的实际代理人有权做出与我在本声明中表达的意愿相符的决定，或者如果没有表达相关意愿，我的代理人也知道这些决定。如果我没有表达我的意愿，我的实际代理人也不知道，我的实际代理人将以他或她认为对我最有利的方式行事。

姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

电话 \_\_\_\_\_

如果此人拒绝或不能代表我行事，或者我撤销了该人作为我的实际代理人的权力，则我授权以下人员作为我的代理人：

姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

电话 \_\_\_\_\_

## 接受实际代理人委任

我接受此项委任，并同意担任实际代理人，为委托人做出有关心理健康治疗的决定。我了解，我有责任按照委托人在本次委任中表达的意愿行事。我了解，只有在法院或两名医生确定委托人不具备决定能力的情况下，本文件才授权我做出有关心理健康治疗的决定。我了解，在委托人具备决定能力的情况下，委托人可以随时以任何方式全部或部分撤销本声明。

---

(实际代理人签名/日期)

---

(正楷姓名)

---

(替代代理人签名/日期)

---

(正楷姓名)

## 医生的选择

如果有必要确定我是否已无能力提供或不提供有关心理健康治疗的知情同意，我选择以下指定的医生作为确定我是否无能力的两名医生之一。如果无法找到该医生，则由该医生的指定人员确定我是否无能力。

姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

电话 \_\_\_\_\_

## 附加指示或条件

我在上方已选择对心理健康治疗的偏好，我谨此确认，我已阅读并完全理解本表格所述的所有条件，这些条件在我以及两 (2) 名见证人签名后的三 (3) 年内有效：

\_\_\_\_\_  
(委托人签名/日期)

\_\_\_\_\_  
(委托人正楷姓名)

## 见证人确认

我们确认，委托人与我们相识，委托人在我们在场的情况下签署心理健康治疗声明或者承认该声明上的委托人签名，委托人看起来心智健全，没有受到胁迫、欺诈或不正当影响，我们都不是本文件中指定的实际代理人；委托人的主治医生、心理健康服务提供者或其亲属；委托人所入住的医疗机构的所有者或经营者或其亲属；或与委托人有血缘关系、婚姻关系或收养关系的人。

\_\_\_\_\_  
(见证人签名/日期)

\_\_\_\_\_  
(见证人正楷姓名)

\_\_\_\_\_  
(见证人签名/日期)

\_\_\_\_\_  
(见证人正楷姓名)

## 撤销

我了解，在医生确定我有能力提供或不提供心理健康治疗的知情同意时，我有权随时全部或部分撤销本文件。撤销书须以书面形式通知我的主治医生，并由医生和我双方签署后，方可生效。

本人 \_\_\_\_\_，自动及自愿撤销本人的心理健康治疗声明，声明如下：

\_\_\_\_\_ 我撤销我的全部声明。

\_\_\_\_\_ 我撤销声明的以下部分：

\_\_\_\_\_  
(委托人签名/日期)

本人作为在下方签名的医生，已对委托人进行评估，并确定其有能力就心理健康治疗提供或不提供知情同意。

\_\_\_\_\_  
(医生签名/日期)

\_\_\_\_\_  
(正楷姓名)