

## 個人指示

簡表：說明和文件

**個人指示**是一份個人文件，在麻薩諸塞州不具有法律約束力，您在該文件中向您的健康護理代理人（簡稱「代理人」）、家人、醫生和健康護理提供者提供有關對您重要的資訊以及有關您希望接受哪種類型的健康護理和不希望接受哪種類型的健康護理的指示。您的個人指示在您無法交流或自行作出健康護理決定時為您代言。

- 如果您在「健康護理代理委託書」中選擇了代理人，您的代理人會根據您的個人指示，代表您作出健康護理決定，並與他人討論您的健康護理問題。
- 如果您尚未選擇代理人，您的個人指示會向您的家人、醫生和健康護理提供者提供重要的資訊，幫助他們根據您的價值觀和選擇為您選擇最適當的優質健康護理服務。

**說明：**列印本文件，將說明頁和空白表格併排放在自己的面前。按照說明填寫您希望其他人瞭解的您的價值觀、信念、目標和選擇。如需更多紙頁，可在正反兩面填寫。只要您有能力，您可以隨時更改。

**請在第一行的空白處用大寫字母填寫您的全名，然後填寫地址。勾選適用的代理人方框。如果您有「健康護理代理委託書」，您可以將該委託書隨附在本文件中。**

### I. 我的個人首選、想法和信念

- 告訴他人哪些事情對您最重要（家人、朋友、工作、信仰、活動.....）
- 填寫您想要寫的任何內容，幫助他人根據您的價值觀和選擇為您選擇最適當的健康護理和服務。
- 添加資訊，幫助他人在您康復或更長時間內管理您的個人事務。

### II. 將我的選擇和首選通知以下人士

- 列出家人、朋友和您希望通知的人士的姓名以及他們如何提供幫助。

### III. 我的醫療護理：我的選擇和治療首選

- A. 目前所患的病症：分享資訊和您的健康護理首選。
- B. 維持生命治療：心肺復蘇（CPR）、人工通氣和呼吸、人工水合作用和營養是旨在透過在人體無法自行發揮功能時支持人體必需的功能延長壽命的治療方法。  
請與您的醫生討論根據您的病症嘗試這些治療方法的風險、益處和可能的結果。請勾選方框或填寫您的指示。

### IV. 其他資訊、指示和個人訊息：

- 填寫內容（並附加紙頁），提供有關您的健康護理的資訊、管理您的個人事務或寵物的指示、或將個人訊息交給其他人。

### V. 簽名和日期

- 簽署您的全名，並在簽名時填寫日期。您可以修改或重新確認本文件。

**重要事項：**自行保留原件，將一份副本分別交給您的代理人、家人、醫生和您想要交給的任何其他人。只要您有能力，您可以終身作出改動或添加資訊。請在以下網站閱讀更多有關個人指示的資訊：

[www.honoringchoicesmass.com](http://www.honoringchoicesmass.com)。

# 個人指示

本人，\_\_\_\_\_，居住在\_\_\_\_\_，  
為我的健康護理代理人（簡稱「代理人」）、家人、朋友、醫生和健康護理提供者填寫本指示，以便將  
我對健康護理的選擇和首選告訴他們。

我已經在「健康護理代理委託書」中選擇一位健康護理代理人。我的代理人的姓名和聯繫資訊是：

\_\_\_\_\_

我尚未在「健康護理代理委託書」中選擇一位健康護理代理人。

## I. 我的個人首選、想法和信念

1. 以下是對我重要的事情以及使我的生命有價值的事情：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. 如果我患病或受傷並且預期會康復（但可能不能完全康復），以下是我對優質生活的定義。  
我希望能夠：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. 以下是我的個人價值觀、宗教或精神信仰，以及我在作出健康護理決定時考慮的文化規範和傳統（如  
有，請在此列出）：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. 以下是我在患病或受傷時最擔心的問題；以下是有助於減輕我的擔憂的方法：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. 如果我患重病或受重傷，並且預期無法恢復和重新獲得自我認知能力，以下是我對於延長生命以及我  
可以接受和不能接受的治療方法的看法：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. 以下是我對平靜地死亡的看法：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## II. 將我的選擇和首選通知以下人士

以下是要通知的人士的名單（例如，家人、朋友、神職人員、律師、健康護理提供者）、他們的聯繫資  
訊、以及我希望他們各自所起的作用或採取的行動（如有）：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### III. 我的醫療護理：我的選擇和治療首選

#### A. 我目前所患的病症

以下是有關我的具體病症的資訊。以下是我對藥物、臨床醫生、治療設施或其他我希望接受或不希望接受的健康護理的首選（如有）：

---

---

#### B. 維持生命治療

1. 心肺復蘇（CPR）是一種在心跳和呼吸停止時用於重新起搏心跳和呼吸的治療方法。我的選擇是：

- 我不希望嘗試心肺復甦（CPR），而希望採用舒適的方式自然死亡；
  - 我希望嘗試心肺復甦（CPR），除非我的醫生作出以下任何決定：
    - 我患有無法治愈的疾病或無法逆轉的受傷，我即將死亡
    - 如果我的心跳和呼吸停止，我沒有合理的生存機會
    - 如果我的心跳和呼吸停止，我長期存活的機率極小，並且復蘇程序會造成極大的痛苦；
  - 如果我的心跳和呼吸停止，我希望嘗試心肺復甦（CPR）；
  - 目前我不知道，我依賴我的健康護理代理人作出護理決定。
- 
- 

#### 2. 延長我的生命的治療

如果我已經達到預期無法恢復和重新獲得自我認知能力的程度，以下是我對維持生命治療的選擇和首選：

- 我希望暫停或停止所有延長我的生命的維持生命治療，允許我自然死亡。我理解我將繼續接受止痛藥和幫助我感覺舒適的藥物；
  - 我希望按照我的醫生的建議在短期內進行所有適當的維持生命治療，直至我的醫生和代理人同意此類治療不再有用為止；
  - 我希望接受我的醫生建議的所有適當的維持生命的治療；
  - 目前我不知道，我依賴我的健康護理代理人作出護理決定。
- 
- 

### IV. 其他指示、資訊和個人訊息

---

---

#### V. 簽名和日期

我在對我的健康護理選擇和首選深思熟慮後簽署了本個人指示。  
我理解，只要我有能力，我可以終身修改、审阅和確認我的決定。

簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

審查和確認人士簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

# Personal Directive

I, \_\_\_\_\_, residing at \_\_\_\_\_, write this directive for my Health Care Agent (Agent), family, friends, doctors and care providers to inform you of my choices and preferences for care.

I have chosen a Health Care Agent in a Health Care Proxy. My Agent's Name & Contact Information is:

\_\_\_\_\_

I have not chosen a Health Care Agent in a Health Care Proxy.

## I. My Personal Preferences, Thoughts and Beliefs

1. Here's what is most important to me, and the things that make my life worth living:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. If I become ill or injured and I am expected to recover, possibly to a lesser degree, here's how I define having a good quality of life. I'd like to be able to:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Here are my personal values, my religious or spiritual beliefs, and my cultural norms and traditions to consider when making decisions about my care (list here if any):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Here's what worries me most about being ill or injured; here's what would help lessen my worry:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. If I become seriously ill or injured and I am not expected to recover and regain the ability to know who I am, here are my thoughts about prolonging my life and what treatments are acceptable and not acceptable to me:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Here are my thoughts about what a peaceful death looks like to me:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## II. People to Inform about My Choices and Preferences

Here's a list of people to inform (i.e. family, friends, clergy, attorneys, care providers) their contact information, and the role or action I'd like each to take (if any):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### III. My Medical Care: My Choices and Treatment Preferences

#### A. My Current Medical Condition

Here's information about my specific medical condition. Here are my preferences for medications, clinicians, treatment facilities or other care I want or do not want (if any):

---

---

#### B. Life-Sustaining Treatments

1. Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) is a medical treatment used to restart the heartbeat and breathing when the heartbeat and breathing have stopped. My choices are:

- I do not want CPR attempted but rather, I want to allow a natural death with comfort measures;
  - I want CPR attempted unless my doctor determines any of the following: • I have an incurable illness or irreversible injury and am dying • I have no reasonable chance of survival if my heartbeat and breathing stop • I have little chance of long-term survival if my heartbeat and breathing stop and the process of resuscitation would cause significant suffering;
  - I want CPR attempted if my heartbeat and breathing stop;
  - I do not know at this time and rely on my Health Care Agent to make care decisions.
- 
- 

#### 2. Treatments to Prolong My Life

If I reach a point where I am not expected to recover and regain the ability to know who I am, here are my choices and preferences for life-sustaining treatment:

- I want to withhold or stop all life-sustaining treatments that are prolonging my life and permit a natural death. I understand I will continue to receive pain & comfort medicines;
  - I want all appropriate life-sustaining treatments for a short term as recommended by my doctor, until my doctor and Agent agree that such treatments are no longer helpful;
  - I want all appropriate life-sustaining treatments recommended by my doctor;
  - I do not know at this time and rely on my Health Care Agent to make care decisions.
- 
- 

### IV. Other Instructions, Information and Personal Messages

---

---

### V. Signature and Date

I sign this Personal Directive after giving much thought to my choices and preferences for care. I understand I can revise, review and affirm my decisions all through my life as long as I am competent.

SIGNED: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Reviewed and Reaffirmed \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_