

BEAUMONT 尊重选择® — 预先指示

Respecting Choices® at Beaumont – ADVANCE DIRECTIVE



Beaumont

目录

简介

什么是预立照护计划?	I.
什么是预先指示?	II.
分享您的愿望和选择	III.
了解更多关于 Beaumont 尊重选择的信息	IV.

BEAUMONT 尊重选择的预先指示

法律部分

个人信息.....	第 1 页, 共 5 页
健康照护持久授权书 — 指定患者代言人	第 2 页, 共 5 页
患者签名和见证人声明	第 3 页, 共 5 页
心理健康治疗决定 — 可选	第 4 页, 共 5 页
患者代言人/候补患者代言人接受书	第 5 页, 共 5 页

给您的患者代言人和健康护理团队的建议信息

可选部分

这些表格可以扫描到您的电子健康记录中, 以帮助您的患者代言人和医生了解您的健康照护意愿和价值观。

我的文化或精神上的考虑

探讨您对严重、永久性损伤的照护目标

心肺复苏 (CPR) 信息

让我们谈谈吧

预立照护计划始于一次对话。Beaumont 尊重选择认证的辅导员可以指导您完成这一过程。这包括与您选择的患者代言人和医生分享您的价值观和信念。成功完成后会产生一份预先指示法律文件。



完成预先指示可能并不容易, 但数以百万计的人已经成功做到了, 您也能做到。

什么是预立照护计划?

Beaumont Health 已与 Respecting Choices 达成合作, 后者是一个国际公认的、基于证据的预立照护计划模式, 这种模式创造了一种以人为本的健康照护文化, 尊重个人对当前和未来健康照护的目标和价值观。

Beaumont 尊重选择认证的辅导员可以协助您完成和审查您的预先指示。讨论您的偏好是良好医疗保健的一部分, 这样您的医生就可以始终以您的已知愿望和信念为指导。我们鼓励您更多地了解这个重要的主题。

这种对话方式认识到, 预立照护计划不是一个“一刀切”的过程。您也可以选择完成额外的文件, 以便增加对您的价值观的深入了解以及对您指定的患者代言人和医疗护理团队做出额外指示。

根据您的要求, 您的预先指示文件将被输入 Beaumont 的电子健康记录系统, 这样它就可以在任何共享同一电子健康记录的院区或诊所使用。

当您考虑您的预立照护计划时, 我们知道对话和过程可能需要一些时间。您的 Beaumont 尊重选择辅导员可以帮助您完成每个步骤。

Respecting Choices®
PERSON-CENTERED CARE



什么是预先指示？



预先指示是一份法律文件，它描述了您在无能为力的情况下您对医疗的特定偏好。您的预先指示，也称为健康照护持久授权书，只有在您病重或受伤到无法自己表达您的意愿时才会被使用。预先指示首先列出一个在您无能力时为您做决定的患者代言人，并包括有关心肺复苏 (CPR)、生命支持和器官捐赠偏好的额外文件。

您将为自己指定一名法定代表，也称为患者代言人。您的患者代言人应该是您信任的人，当您打电话给他时可以找到他，并且当您不能自己做医疗决定时，他可以放心地替您做决定。您和您的患者代言人应该就您在预先指示中所列出的愿望进行交谈。即使您的患者代言人不同意您的指示，预期他们也应遵循您的指示。

预先指示文件用您自己的语言描述您的总体照护目标和您的治疗偏好，可以帮助您的健康照护团队和患者代言人更好地提供您真正想要的照护类型。您可以在任何时候修改这份文件。

每年与您的医生、健康照护团队和患者代言人一起审查您的预先指示，在您每次进入健康照护机构时也要审查您的预先指示，以便与您的价值观保持一致。您可以在任何时候更新或取消它。

可以在 beaumont.org/respecting-choices 找到为您的患者代言人和医疗团队提供指导的其他在线工作表。

额外的在线工作表：

- 什么样的生活更有意义
- 呼吸管/插管
- 饲管/营养
- 清醒与舒适
- 输血



分享您的愿望和选择

在完成您的预先指示后, 请讨论、分发和审查:

- 让您的家人和亲密朋友知道您已经完成了这份文件。让他们知道谁是您的患者代言人以及您的健康照护愿望是什么。让他们知道这些是您的决定, 而不仅仅是您的请求。
- 将您完成的预先指示的副本交给您在预先指示信息页上所列的人 (预先指示的第一页)。
- 每当您住进医院或专业照护机构 (疗养院或康复中心) 时, 都要随身带上一份您的预先指示。要求将您的预先指示录入您的电子健康记录中。您也可以通过 MyChart、电子邮件 advancedirectivefax@beaumont.org 或传真 947-522-0473 将您的文件上传到您的电子健康记录。
- 在容易找到的地方保存一份您的预先指示。
- 您可以随时更新您的预先指示, 只需完成一份新的预先指示并注明日期即可。您可以自己更新或更改这份文件, 或者联系 Beaumont 尊重选择来协助您。更改预先指示时, 必须有人再次见证并签署, 然后把新版本交给持有旧版本的每个人。
- 对于您想要的照护和选择的患者代言人, 您可以随时改变主意。如果您想改变您的预先指示, 请告诉您的医疗团队。您也可以联系 Beaumont 尊重选择。

Beaumont 尊重选择®钱包卡

请填写钱包卡。写上您的代言人的姓名和电话号码。

<p>沿虚线剪开</p> <p>患者代言人 姓名: _____ 电话: _____</p> <p>第 1 候补代言人 姓名: _____ 电话: _____</p> <p>第 2 候补代言人 姓名: _____ 电话: _____</p>	<p>沿此线折叠</p> <p>Respecting Choices® at Beaumont</p> <p>我有一个预先指示。</p> <p>我的代言人信息见本卡背面。</p> <p>_____</p> <p>签名</p>
---	--

了解更多关于 BEAUMONT 尊重选择的信息

什么是 Beaumont 尊重选择认证的辅导员？

Beaumont 尊重选择的辅导员是可以帮助指导您完成预立照护计划对话的人。您和您选择参加的其他人可以讨论您的体验和生活得好对您意味着什么。谈话的结果是制订一份确定并反映您的个性化照护目标的预先指令。

您社区里的 Beaumont 尊重选择。

Beaumont 尊重选择演讲人可以在整个都会区免费为任何规模的团体介绍预立照护计划。如果需要邀请一位演讲人，请与我们联系：respectingchoices@beaumont.org。

您需要团体辅导吗？

Beaumont 尊重选择的辅导员可以指导团体完成预立照护计划过程和制订预先指示。请给我们发电子邮件：respectingchoices@beaumont.org。

想在 Beaumont 尊重选择做志愿者？

要了解更多关于成为 Beaumont 尊重选择认证的辅导员和其他志愿者机会的信息，请发送电子邮件至：respectingchoices@beaumont.org。

这份文件是健康照护持久授权书，只适用于医疗决定。如果您希望指定某人为您做财务决定，则需要另一份授权书。财务授权书文件不允许代您做医疗决定。请确保您了解医疗授权书和财务授权书之间的区别。



如果您需要更多的信息，或希望有一个经过认证的辅导员给您打电话，请通过以下方式与我们联系：



电话：947-522-1948



电子邮件：respectingchoices@beaumont.org



网站：beaumont.org/respecting-choices



BEAUMONT 尊重选择 — 预先指示

信息页

患者的全名 (请用印刷体填写) : _____

今天的日期: _____

出生日期: _____

邮政地址: _____

家庭电话: _____ 手机: _____ 工作电话: _____

电子邮件: _____

我已将我的预先指示的副本交给以下各方:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

确保包括您的患者代言人、候补患者代言人和医生。考虑包括您的健康照护组织以及其他朋友和家人。记住自己保留一份。

您可以随时修改您的预先指示。

我们建议您每隔几年更新您的文件, 或者遵循以下 5 项规则:

- 年龄每次进入一个十整年时
- 任何重大的诊断之后
- 亲人去世后
- 身体功能出现任何重大衰退之后
- 离婚后

健康照护持久授权书 — 指定患者代言人

这是一份法律文件。我在指定一名患者代言人, 这位代言人只有当我不能自己说话或无法参与医疗 (由我的医生和另一名医生或持证心理学家确定) 或心理健康 (由我的医生和心理健康医师确定) 决定时才会代表我发言。在我能够自己参与这些决定的任何时候, 我的患者代言人无权代表我做决定。我授权将此文件纳入我的医疗记录, 并提供给我的患者代言人、我的健康照护机构、候补代言人和为我提供照护的医疗系统。

患者代言人指定

我 _____, 住在 _____
(患者的全名) (患者的地址)

年满 18 岁, 心智健全, 我自愿选择以下人员作为我的患者代言人或候补代言人, 在我自己无法参与健康和照护决定的情况下, 并且也只有在这种情况下, 为我做这些决定。我明白我可以在任何时候、以任何方式声明我已改变主意, 此选择不再反映我的意愿。

我选择以下人员作为我的患者代言人

姓名: _____ 关系: _____
地址: _____ 城市: _____ 省/自治区: _ 邮编: _____
家庭电话: _____ 手机: _____ 工作电话: _____
电子邮件: _____

如果我的患者代理人不接受指定, 不愿意、没有时间或无法担任我的患者代言人, 那么我希望以下这个人作为我的:

第一候补患者代言人:

姓名: _____ 关系: _____
地址: _____ 城市: _____ 省/自治区: _ 邮编: _____
家庭电话: _____ 手机: _____ 工作电话: _____
电子邮件: _____

第二候补患者代言人:

姓名: _____ 关系: _____
地址: _____ 城市: _____ 省/自治区: _ 邮编: _____
家庭电话: _____ 手机: _____ 工作电话: _____
电子邮件: _____

*您可以选择指定更多候补患者代言人。

患者签名

必须在两名见证人在场的情况下签字并注明日期

我在下面的签名适用于本文件的所有页面, 包括第 5 页的“患者代言人/候补患者代言人接受书”。我想要本文件中选择的人做我的患者代言人和候补患者代言人。我做出这个决定是因为这是我想要的, 而不是因为我被任何人以任何方式强迫。我明白, 我可以在任何时候以任何能传达我的撤销意图的方式撤销这一患者代言人指定。

患者签名: _____ 日期: _____

地址: _____ 城市: _____ 省/自治区: _____ 邮编: _____

关于维持生命的治疗的权力 — 可选:

我明确授权我的患者代言人决定暂停或撤销治疗, 即使这可能导致我死亡, 并且我承认这种决定可能会导致我自然死亡。

患者签名: _____ 日期: _____

(如果您希望给予您的患者代言人此权力, 请签署您的名字)

见证人声明

我声明签署本文件的人是在我在场的情况下签署的, 而且他/她看起来心智健全, 没有受到胁迫、欺诈或不当影响。

我不是:

- 本文件指定为患者代言人的人。
- 未满 18 岁。
- 与患者有血缘、婚姻或收养关系。
- 患者的医生或健康照护服务提供者。
- 正在治疗或照护患者的医疗机构或社区心理健康项目的雇员。
- 患者的人寿保险或健康保险供应商的员工。
- 据我所知, 患者的债权人或根据现有遗嘱或法律规定有权获得其遗产的任何部分。

第一见证人签名: _____ 日期: _____

姓名 (请用印刷体填写): _____

地址: _____ 城市: _____ 省/自治区: _____ 邮编: _____

第二见证人签名: _____ 日期: _____

姓名 (请用印刷体填写): _____

地址: _____ 城市: _____ 省/自治区: _____ 邮编: _____

心理健康治疗决定 — 可选

我选择不填写此部分。

请填写此部分以授权您的患者代言人在医生和心理健康专业人士确定您不能对心理健康护理作出知情同意时作出治疗决定。

我选择由以下医生和心理健康从业者评估我决定心理健康治疗的能力：

医生姓名： _____

办公室地址： _____ 电话： _____

心理健康从业者姓名： _____

办公室地址： _____ 电话： _____

我明白，如果上述指定的个人无法作出决定，我的治疗团队将确定其他能够作出决定的从业者。只要有可能，我和我的患者代言人的偏好都须被考虑。

下面是一份治疗选项清单。对于我授权我的患者代言人同意的选项，我在选项旁签上姓名首字母，以表示我选择一个或多个选项：

_____ 门诊治疗。

姓名首字母

_____ 我作为正式的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离开医院的意图。

姓名首字母

_____ 我入院接受住院心理健康服务。

姓名首字母

_____ 精神药物治疗。

姓名首字母

_____ 电休克治疗 (ECT)。

姓名首字母

关于心理健康治疗的权力 — 可选：

我放弃让撤销立即生效的权利。如果我撤销我的指定，则撤销在自我告知撤销意图之日起 30 天生效。即使我选择这个选项，如果我是正式的自愿患者，我仍然有权提前三天通知我离开医院的意图。

患者签名： _____ 日期 _____

(如果您希望给予您的患者代言人此权力，请签署您的名字)

患者签名： _____ 日期 _____

患者代言人和候补患者代言人接受书

我同意担任 _____ ,
(患者姓名)

的患者代言人, 我接受此责任并同意采取合理的步骤遵循本文件中概述的以及我可能与患者口头讨论过的患者的意愿和指示。如果经过合理的努力联系我后我仍无法行事, 则由患者指定的候补患者代言人按顺序行事, 直到我有空为止。

签署本接受书即意味着我承认我接受了代表患者行事的责任, 并根据患者表达的意愿和最佳利益做决定。我还明白, 签署本同意书并不意味着我有义务对患者或患者的照护费用承担经济责任。此外, 我理解并同意, 作为患者代言人:

- A. 除非患者被医生宣布无法做出医疗和/或心理健康治疗决定, 否则我的权力不应生效。
- B. 我不能行使患者自己本来就无法行使的与患者的照护、监护、医疗或心理健康治疗有关的任何权力。
- C. 我不能做出暂停或撤销对怀孕患者的照护的决定, 如果该决定会导致患者死亡的话。
- D. 只有在患者以明确和令人信服的方式表示我有权做出这样的决定, 并且患者知道这样的决定可能或会造成其死亡的情况下, 我才可以做出暂停或撤销治疗的决定。
- E. 我不能因为担任患者代言人而获得报酬, 但对于代表患者所产生的任何实际和必要的费用, 我可以获得补偿。
- F. 患者可以在任何时候、以任何足以表达撤销意图的方式撤销我作为患者代言人的权力。
- G. 如果患者已经放弃了其撤销我做心理健康治疗决定的权利, 那么关于任何心理健康治疗的撤销将在患者表达撤销意图后推迟 30 天生效。
- H. 我可以在任何时候、以任何足以表达我停止担任患者代言人的意图的方式撤销此接受书。
- I. 我必须按照要求我为患者的最大利益和好处做决定的医疗和法律标准行事。当患者能够参与做出他或她的医疗和/或心理健康治疗决定时, 患者所表达的或已被证实的已知意愿被推定为符合他或她的最佳利益。
- J. 如果本文件授权进行解剖捐赠, 我的权力在患者死亡后仍可行使。
- K. 入院患者享有《密歇根州公共健康法典》第 20201 条列举的权利 (MCL 333.20201) 。

患者代言人签名: _____ 日期: _____

候补患者代言人签名 (可选): _____ 日期: _____

BEAUMONT 尊重选择® — 预先指示

给您的患者代言人和健康护理团队的建议信息

我的文化或精神方面的考虑

我选择不填写此部分。

我希望我的亲人和健康护理团队了解我的宗教、文化或精神信仰：

我的宗教、文化或精神信仰是：

当我濒临死亡时, 以下事项对我很重要：

在我死后, 以下事项对我很重要：

其他意见：

患者签名： _____ 日期： _____

给您的患者代言人和健康护理团队的建议信息

探讨您对严重、永久性脑损伤的护理目标

我选择不填写此部分。

有一个决定是每个人都应该考虑的。想象一下这种情况：一个突发事件（如车祸或疾病）使您无法沟通。您正在接受所有维持您生命所需的护理。医生认为您几乎没有机会恢复知道自己是誰或和誰在一起的能力。

在这种情况下，您是否愿意继续接受治疗以维持您的生命？或者您会想停止医疗治疗吗？无论是哪种情况，都会让您保持舒适。

建议由 Beaumont 尊重选择认证的辅导员引导您和您邀请的其他人参与您的对话。重要的是，要探讨这些问题、您的体验以及生活的意义。这个过程可以让您更好地理解您的价值观和您的预先指示中的决定。

如果由于永久性脑损伤造成的后果，在医学上可以合理地确定我将无法恢复知道我是誰、我的家人和朋友是誰或者我在哪里的能力，则我希望能保持舒适和清洁，我希望我的患者代言人：

在您同意的声明旁边的方框内打勾：

我想继续或开始治疗以维持我的生命，除非我的医生确定这些治疗对我的伤害大于帮助。

或者

我想拒绝或停止所有的治疗，包括但不限于饲管、静脉 (IV) 输液以及呼吸器/呼吸机 —— 如果我遭受这种情况的话。在我看来，这些治疗的负担超过了支持性医疗的潜在好处。

患者签名： _____ 日期： _____

给您的患者代言人和健康护理团队的建议信息

心肺复苏 — CPR

我选择不填写此部分。

如果我的心脏停止了跳动, 我不再呼吸, 可以开始进行心肺复苏以重启心跳和呼吸。心肺复苏包括胸外按压以重启循环, 电击以重启心跳, 以及通过嘴将一个管子插入气管 (插管) 以便进行机械呼吸和人工呼吸。如果没有心肺复苏, 会自然死亡。

关于心肺复苏的事实:

有些时候可能不能提供心肺复苏, 因为它可能是无益的, 甚至是有害的。如果我的主治医生或其他照护我的重症监护医生认为, 根据良好的医疗实践心肺复苏术不会有帮助, 就不会提供它。在这种情况下, 会将这一决定通知给我的患者代言人。

- 心肺复苏在年轻和健康的患者身上最为成功。
- 对于患有其他慢性疾病的老年患者, 存活的机会不到 5%。而恢复到自己的生活质量的会更低。
- 对于患有阿尔茨海默氏病、帕金森氏病、晚期心脏、肾脏或肺部疾病或晚期癌症的老年患者, 存活率低到 1%, 且生活质量急剧下降。回家或独立生活的可能性非常小。

如果我的心脏停止跳动或呼吸停止.....

请在您同意的声明旁的方框内打勾:

我想做心肺复苏, 除非我的医生确定:

- 由于我的身体状况, 我在心肺复苏后没有合理的生存机会。

或者

- 心肺复苏危害大于帮助。

我不想要心肺复苏术, 而我希望自然死亡。

患者签名: _____ 日期: _____

BEAUMONT 尊重选择® — 预先指示

BEAUMONT 尊重选择® — 预先指示

BEAUMONT 尊重选择®

我们对您的承诺

我们将发起对话

我们会提供预立照护计划方面的帮助

我们将确保计划是明白清楚的

我们将保存和检索计划

我们将妥善地遵循计划

如果要与经认证的辅导员交谈、邀请一位预立照护计划演讲人或了解志愿者机会, 请与我们联系:



电话: 947-522-1948



电子邮件: respectingchoices@beaumont.org



网站: beaumont.org/respecting-choices



通过 MyChart、传真 947-522-0473 或发电子邮件到 advancedirectivefax@beaumont.org 将您的预先指示上传到您的电子健康记录中

BEAUMONT 尊重选择的预先指示

Beaumont