



表格 3— - 2021

预先护理指令

下制作

2016 年医疗计划和决策法案 (维多利亚州)

填写、签署和见证后，本预先护理指令将取代您之前制定的任何预先护理指令。Dying With Dignity Victoria 强烈建议您在仔细考虑后填写此表格。

1. 个人资料

姓名：	
地址：	
状态：	
邮政编码：	
出生日期：	

签约时我目前的健康状况：

我身体很好
我的全科医生建议我患有 (描述您的诊断)：

签： _____

2. 教学指令

本教学指令是**具有法律约束力**并将您的医疗决定直接传达给您的保健医生。如果选择完成本指导性指令，维多利亚州强烈建议您咨询医生。

- 只有当您没有能力做出医疗决定时，才会使用您的指导指令。
- 您在本指令中的医疗决定生效，就好像您同意或拒绝开始或继续医疗一样。
- 如果您的任何陈述在特定情况下不明确或不确定，它将成为价值观指令（参见第 5 页）。
- 根据 s51 的 *医疗计划和决策法*，如果情况发生变化，执行您的指令将不再符合您的偏好和愿望，则可能不需要健康从业者遵守您的指导指令。

应用本教学指令

本教学指令必须适用**除非**：

同意 不同意

我只是暂时（暂时）丧失能力，例如低血糖或 TIA（短暂性脑缺血发作）或轻度脑震荡。

我患有严重疾病，但在两名独立医生（至少一名专家）看来，我很可能会恢复到独立和有能力的状态，而不会遭受严重的身体或心理痛苦。

签： _____

根据“应用本教学指令”中的上述条件，本人声明，就旨在延长或维持本人生命的医疗干预或治疗而言：

治疗

我拒绝

我接受

人工喂养（营养和/或水合作用）

抗生素

人工呼吸

任何外科手术

循环支持，包括心肺复苏术

纠正任何有毒物质的异常水平

输血

高/低血糖的药物治疗

高血压/低血压的药物治疗

肾透析

更远，**我声明**任何持续的痛苦症状（疼痛、呼吸困难以及因缺乏食物和液体而引起的症状）都将**最大限度地缓和的**通过适当的镇痛剂、镇静剂或其他姑息治疗（包括保持嘴唇、嘴巴和眼睛湿润），即使这种姑息治疗也可能产生缩短我生命的额外后果。

签： _____

失智

可以认为痴呆症经过多个阶段发展。一分类¹有七个阶段，早期（1-3）仅显示轻度恶化，后期（6-7）显示严重到非常严重的认知衰退。从第5阶段开始，一个人开始需要帮助才能生存。

考虑到这些进展阶段，如果医生判断我没有能力就我的医疗和治疗做出决定，

如果我被诊断出患有任何阶段的痴呆症。

仅当我被诊断出患有 6 期痴呆症时。

仅当我被诊断出患有第 7 阶段痴呆症时。

并且，

无论我的初级保健是在家庭/社区还是在机构中。

只有当我被允许接受持续的机构护理时。

然后我声明，除了对不危及生命的轻微感染使用抗生素外，我拒绝任何以延长我的生命为目的或结果的医疗（如上文第 3 页所列）：

即使我的医疗决策者认为我看起来很满意。

除非我似乎满足我的医疗决策者的判断（如果我不再满足，则可以撤销此条件）。

我也声明：

在任何情况下，我都拒绝用勺子喂食来补充营养和水分。

我接受勺子喂食，但前提是我自愿接受并享受我的食物，由我的医疗决策者判断。

如果我的 MTDM 随后判断我不是自愿接受勺子喂食或看起来不喜欢这种喂食方式，则此条件可能会被撤销。

¹参见 Reisberg 的阿尔茨海默病七个阶段[这里](#)。

签： _____

3. 价值观指令

请参阅 MyValues 网站 (www.myvalues.org.au) 以获取有助于指导对本节的响应的想法。

如果您已正确填写并签署了第 2-3 页的指导指令，则它优先于您在本价值观指令中可能表达的偏好。**确保您的价值观指令中没有任何内容与您在教学指令中的指示相矛盾。**

您不必完成本价值观指令的所有部分。

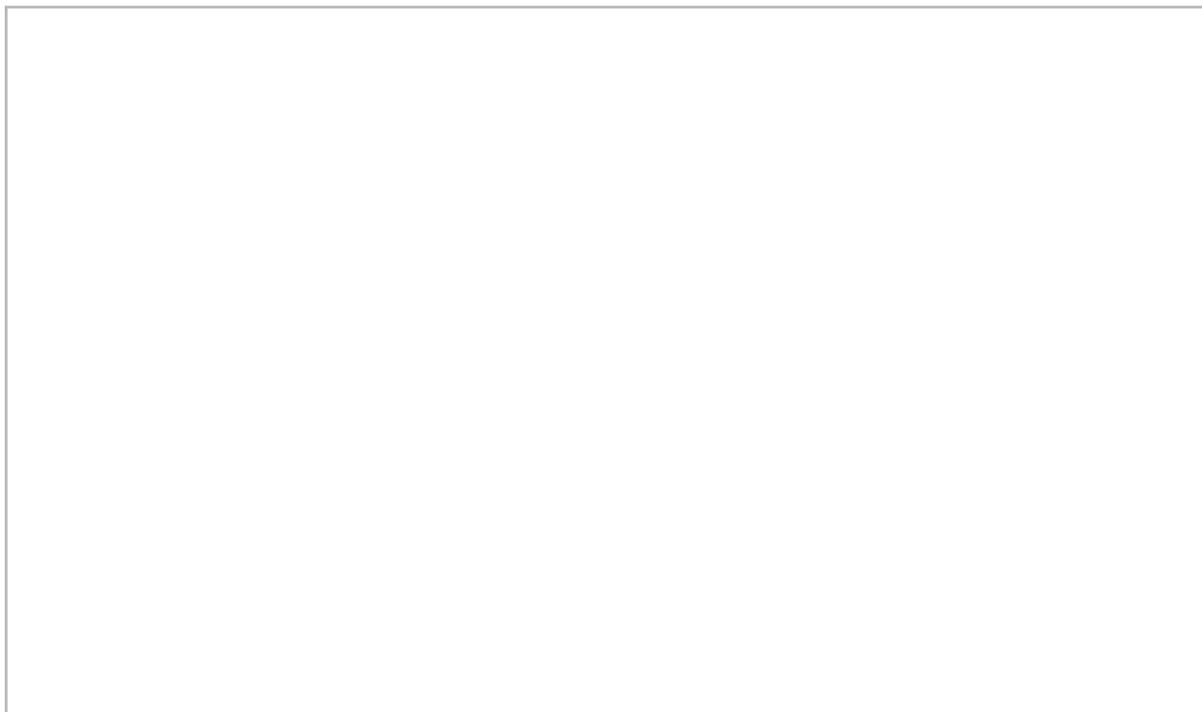
(一种)我生命中最重要的是什么 (过得好对你意味着什么?)

本节要考虑的要点可能是宗教或文化信仰、家人和朋友、精神兴趣和独立性。解释为什么这些对您很重要，以便您的医疗决策者了解生活质量对您意味着什么。

签: _____

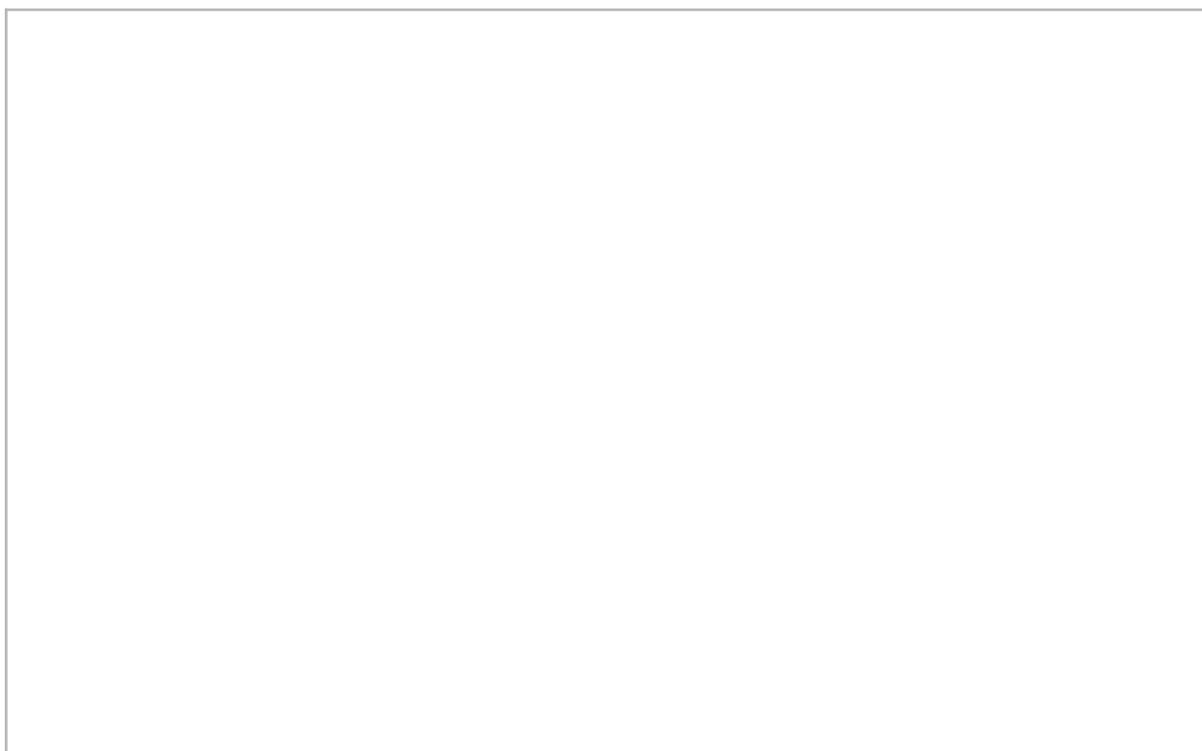
(二) 我对未来最担心的是：

对于某些人来说，这可能包括疼痛、搬进护理机构、无法维持个人护理、无法参与社交/家庭活动或失去沟通能力。



(C) 对我来说，生病或受伤后无法接受的医疗结果是：

对于一些人来说，无法认出家人和朋友是不可接受的。其他人可能不希望依赖机器或护理人员。



签： _____

(d) 我想知道的其他事情是：

您希望您的医疗决策者考虑的其他事项。这些可能是您首选的护理场所、医疗程序或精神/宗教/文化要求。

(e) 我希望参与讨论我的护理的其他人是：

向您的医疗决策者提供您愿意（或不愿意）参与讨论您的医疗护理的任何其他人的详细信息。

(F) 如果我快死了，以下事情对我来说很重要：

考虑一下你想出席的人。您可能希望播放您最喜欢的音乐，或将照片环绕在您身边或让您的宠物与您同在。

签： _____

器官捐献

如果我死了：

我愿意接受器官和组织捐赠的考虑，并认识到进行捐赠可能需要医疗干预

我不愿意被考虑捐献器官和组织。

我声明我在仔细考虑后完成了这份文件。

我保留随时撤销本预先护理指令的权利，但除非我这样做

所以，它应该代表我的持续方向。

签： _____

4. 医疗决策者

请注意：本部分仅列出您的医疗决策者。它确实不是正式任命一个人担任医疗决策者。这必须通过填写表格来完成*任命医疗决策者*。

我已任命为我的医疗决策者：

医疗决策者 1

姓名：	
出生日期：	
地址：	
电话号码：	

医疗决策者 2

姓名：	
出生日期：	
地址：	
电话号码：	

签： _____

5. 作见证

你必须签名在...前面 两名成年证人。

证人 1 必须是一名医生。证人 2 可以是另一个成年人。

任何证人都不能是您指定为您的医疗决策者的人。

你的签名：	
日期：	

每个见证人都证明：

- 在签署文件时，提供预先护理指令的人似乎对指令中的每项陈述具有决策能力
- 在签署文件时，提供预先护理指令的人似乎理解指令中每项声明的性质和效果
- 该人似乎是自由自愿地签署文件
- 该人在我和第二位证人在场的情况下签署了文件，并且
- 我不是此人的指定医疗决策者。

证人 1 - 注册医生

全名：	
资质和 AHPRA 编号：	
签：	
日期：	

证人 2 - 另一个成年人

全名：	
签：	
日期：	

签： _____

如何处理此表格

- 随身携带原始表格。将副本提供给您的医疗决策者、家人、朋友和任何主治医生。随身携带备用副本，以防您入院或接受任何其他医生或保健医生的治疗。
- 确保您的医疗决策者已阅读并完全理解该表格。
- 您的预先护理指令可能会上传到我的健康记录中。

评论

Dying With Dignity Victoria 强烈建议您定期查看本文档，因为您的愿望可能会改变或医疗技术可能会取得进步。如果您的健康状况发生重大变化，您最好每两年查看一次该文件。

每次您查看您的文件和您的愿望时不是更改，签署并注明日期以下其中一项致谢。如果您的愿望发生了变化，您必须填写一份新的预先护理指令。

文件审查：1

我确认我已经查看了这份文件，我不想更改任何内容。

签：	
日期：	

文件审查：2

我确认我已经查看了这份文件，我不想更改任何内容。

签：	
日期：	

文件审查：3

我确认我已经查看了这份文件，我不想更改任何内容。

签：	
日期：	

签： _____