



# Dementia Values & Priorities Tool®

(失智症患者价值观和偏好选择工具)

每个安宁计划都应该从考虑您的价值观和意愿开始。例如，在生命的最后几周或几天里，对您来说最重要的是什么？“生活质量”对您来说意味着什么？如果被诊断出患有绝症，您如何看待使用维持生命的治疗（例如人工营养、呼吸辅助、药物）？

如果您患有失智症该怎么办？

失智症患者价值观和偏好选择工具旨在帮助您在患上失智症后表达您对未来护理的期望。

## 说明

1. 花些时间回答以下页面中的问题，并尽可能多地提供详细的信息。
2. 在完成的文档上签名并注明日期。建议您在见证人在场的情况下签字。
3. 分享您完成的文件并与您的决策代表、医疗保健提供者讨论您的意愿。
4. 请将完成的文件副本与现有的预立医疗指示文件一起保存。

须知：关于证人签名和文件效力的法律因州而异。此工具并不符合每个州的**特定要求**。如果您有任何疑问或想确保您已采取所有必要步骤，请与您所在州的持证律师分享您完成的文件。



欲了解更多信息或填写“失智症患者价值观和偏好选择工具”的电子版本，  
请访问 [compassionandchoices.org](http://compassionandchoices.org)



## 失智症患者预立医疗指示

我\_\_\_\_\_，填写此文件是因为我希望我的决策代表、医生和医疗团队、家人、护理人员和亲人能够了解我在患有失智症时希望接受的护理类型。

### 护理偏好

对于以下问题，请在三个选项中选择一项以表明您想要的护理偏好。

**尽可能长寿**——我的目标是尽可能长寿并接受激进的医疗护理和保命治疗。这可能包括拨打 911、去医院、心肺复苏、营养支持、人工补水或呼吸辅助（如果需要）。

**对我采取保守治疗**——我希望继续治疗慢性疾病（如糖尿病、心脏病）并治疗疾病（如肺炎和感染）。我希望避免手术、长期喂食管、激进治疗和其它延长生命的护理。

**允许自然死亡**——专注于舒适护理，避免延长生命的药物和治疗。这可能包括停止透析或输血，避免手术，关闭心脏起搏器或停止治疗心脏病、糖尿病和其它疾病。

如果我的医生或医疗提供者确定我的失智症已发展到重度或晚期阶段，那么我希望	尽可能长寿 <input type="checkbox"/>	对我采取保守治疗 <input type="checkbox"/>	允许自然死亡 <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------



<p>如果我需要全天候（24 小时）的帮助和监护，那么我希望</p>	<p>尽可能长寿</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>对我采取保守治疗</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>允许自然死亡</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>如果我不再能认出我所爱的人，那么我希望</p>	<p>尽可能长寿</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>对我采取保守治疗</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>允许自然死亡</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>如果我在没有护理人员帮助的情况下无法安全行走或移动，那么我希望</p>	<p>尽可能长寿</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>对我采取保守治疗</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>允许自然死亡</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>如果我在没有护理人员帮助的情况下无法洗澡和自我清洁，那么我希望</p>	<p>尽可能长寿</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>对我采取保守治疗</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>允许自然死亡</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>如果我不能呆在家里，不得不住在护理机构，那么我希望</p>	<p>尽可能长寿</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>对我采取保守治疗</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>允许自然死亡</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>如果我不能再控制我的膀胱（尿失禁）或肠道（大便失禁），那么我希望</p>	<p>尽可能长寿</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>对我采取保守治疗</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>允许自然死亡</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>如果我失去了对周围环境的认知（我在哪里，日期/年份，和我在一起的是谁），那么我希望</p>	<p>尽可能长寿</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>对我采取保守治疗</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>允许自然死亡</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>如果我无法清楚地表达我的想法或需求（语无伦次，词不达意），那么我希望</p>	<p>尽可能长寿</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>对我采取保守治疗</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>允许自然死亡</p> <p><input type="checkbox"/></p>



## 对安宁疗护的兴趣

<p>如果我的医生或医疗保健提供者确定我的寿命只剩六个月或更短时间，那么</p>	<p>我对安宁疗护感兴趣，这样可以支持我和我的亲人。我想在符合条件后立即注册</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>我对安宁疗护不感兴趣</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>我现在不确定。我的医疗决策指定人可以在我需要的时候代我做出决定</p> <p><input type="checkbox"/></p>
--	--	---	--

## 食物和饮水

<p>如果失智引起的变化导致以下任何一种情况出现：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 我似乎失去食欲，也不想饮水，会转过头去或以其它方式躲避喂我食物和水</li><li>• 没人提醒我，我就不会张嘴进食或饮水，所有进食或饮水必须由护理人员提供帮助（用手或勺喂）</li><li>• 我无法安全地吞咽食物或水（咳嗽、窒息或吸气）</li><li>• 由医疗服务提供者确定的持续进食或饮水的负面后果大于益处</li></ul> <p>然后我要求停止所有食物和水，包括营养支持和补水</p>	<p>是</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>否</p> <p><input type="checkbox"/></p>
---	--	--



## 代表的灵活性

本文件将有助于指导我的医疗团队和决策代表。我授权他们灵活变通，并自行做出最符合我的利益的决定。

这份文件应该为我的医疗团队和决策代表提供清晰准确的指导。应尽可能遵循我的意愿，即使他们个人更偏向于另一种选择。

## 其他对您重要的信息

例如，您是否有其他未涵盖的愿望？是否有您不想就您的护理问题进行咨询的人？您对临床试验感兴趣吗？（如果符合条件）您是否希望您的代表在您经历严重的痛苦或疼痛时倡导安宁疗护和缓和镇静的可能性？

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---



## 签字

签字: \_\_\_\_\_

签字日期: \_\_\_\_\_

打印体全名: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_

证人 1

签字: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

打印体姓名: \_\_\_\_\_

关系: \_\_\_\_\_

证人 2

签字: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

打印体姓名: \_\_\_\_\_

关系: \_\_\_\_\_

*在见证人在场的情况下签字是可选的，但建议这样做*



## 有关预立医疗指示的其他信息

预立医疗指示是一份法律文件，允许您记录您想要的护理类型以及在您无法做出决定时应采取的治疗决定（以及由谁做出）。

您选择作为决策代表的个人将与您的医疗团队密切合作，在您无法做出决定时代您进行沟通。认真考虑您选择谁来担任这个角色。

一个好的代表应该：

- 愿意花时间去了解您认为重要的东西
- 您相信您的意愿会实现，即使违背他们的意愿
- 知道如何倡导，并在出现危机时大胆发言
- 能够在压力大的情况下做出艰难的决定
- 在需要的情况下，能够自如地掌控家庭动态

预立医疗指示的提示和提醒：

- 讨论您的意愿，并向您的决策代表、亲人和医疗团队提供您的预立医疗指示副本。
- 每年审查您的预立医疗指示，并在发生“5D”中的任何一种情况时进行更新：亲人 **Death**（离世）、**Divorce**（离异）、新的 **Diagnosis**（诊断结果）、**Decline**（健康状况下降）或您进入了一个新的 **Decade**（十年）。
- 将您的预立医疗指示保存在您的决策代表和/或亲人容易找到的地方。
- 确保在您接受护理或经常访问的所有州都能遵守您的预立医疗指示。
- 与您的医疗团队讨论填写 **POLST**（也称为 **MOLST**）表格。