



Dementia Values & Priorities Tool®

(失智症患者價值觀和偏好選擇工具)

繁體中文 Traditional Chinese

每個安寧計畫都應該從考慮您的價值觀和意願開始。例如，在生命的最後幾周或幾天裡，對您來說最重要的是什麼？“生活品質”對您來說意味著什麼？如果被診斷出患有絕症，您如何看待使用維持生命的治療（例如人工營養、呼吸輔助、藥物）？

如果您患有失智症該怎麼辦？

失智症患者價值觀和偏好選擇工具旨在幫助您在患上失智症後表達您對未來護理的期望。

說明

1. 花些時間回答以下頁面中的問題，並盡可能多地提供詳細的資訊。
2. 在完成的文檔上簽名並注明日期。建議您在見證人在場的情況下簽字。
3. 分享您完成的文檔並與您的決策代表、醫療保健提供者討論您的意願。
4. 請將完成的文檔副本與現有的預立醫療指示文檔一起保存。

須知：關於證人簽名和文檔的法律效力因州而異。此工具並不符合每個州的特定要求。如果您有任何疑問或想確保您已採取所有必要步驟，請與您所在州的持證律師分享您完成的文檔。

欲瞭解更多資訊或填寫“失智症患者價值觀和偏好選擇工具”的電子版本，
請訪問 compassionandchoices.org



失智症患者預立醫療指示

我_____，填寫此檔是因為我希望我的決策代表、醫生和醫療團隊、家人、護理人員和親人能夠瞭解我在患有失智症時希望接受的護理類型。

護理偏好

對於以下問題，請在三個選項中選擇一項以表明您想要的護理偏好。

盡可能長壽——我的目標是盡可能長壽並接受激進的醫療護理和保命治療。這可能包括撥打 911、去醫院、心肺復蘇、營養支援、人工補水或呼吸輔助（如果需要）。

對我採取保守治療——我希望繼續治療慢性疾病（如糖尿病、心臟病）並治療疾病（如肺炎和感染）。我希望避免手術、長期餵食管、激進治療和其它延長生命的護理。

允許自然死亡——專注于舒適護理，避免延長生命的藥物和治療。這可能包括停止透析或輸血，避免手術，關閉心臟起搏器或停止治療心臟病、糖尿病和其它疾病。

如果我的醫生或醫療提供者確定我的失智症已發展到重度或晚期階段，那麼我希望	盡可能長壽 <input type="checkbox"/>	對我採取保守治療 <input type="checkbox"/>	允許自然死亡 <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------



如果我需要全天候（24 小時）的幫助和監護，那麼我希望	盡可能長壽 <input type="checkbox"/>	對我採取保守治療 <input type="checkbox"/>	允許自然死亡 <input type="checkbox"/>
如果我不再能認出我所愛的人，那麼我希望	盡可能長壽 <input type="checkbox"/>	對我採取保守治療 <input type="checkbox"/>	允許自然死亡 <input type="checkbox"/>
如果我在沒有護理人員幫助的情況下無法安全行走或移動，那麼我希望	盡可能長壽 <input type="checkbox"/>	對我採取保守治療 <input type="checkbox"/>	允許自然死亡 <input type="checkbox"/>
如果我在沒有護理人員說明的情況下無法洗澡和自我清潔，那麼我希望	盡可能長壽 <input type="checkbox"/>	對我採取保守治療 <input type="checkbox"/>	允許自然死亡 <input type="checkbox"/>
如果我不能呆在家裡，不得不住在護理機構，那麼我希望	盡可能長壽 <input type="checkbox"/>	對我採取保守治療 <input type="checkbox"/>	允許自然死亡 <input type="checkbox"/>
如果我不能再控制我的膀胱（尿失禁）或腸道（大便失禁），那麼我希望	盡可能長壽 <input type="checkbox"/>	對我採取保守治療 <input type="checkbox"/>	允許自然死亡 <input type="checkbox"/>
如果我失去了對周圍環境的認知（我在哪裡，日期/年份，和我在一起的是誰），那麼我希望	盡可能長壽 <input type="checkbox"/>	對我採取保守治療 <input type="checkbox"/>	允許自然死亡 <input type="checkbox"/>
如果我無法清楚地表達我的想法或需求（語無倫次，詞不達意），那麼我希望	盡可能長壽 <input type="checkbox"/>	對我採取保守治療 <input type="checkbox"/>	允許自然死亡 <input type="checkbox"/>



對安寧療護的興趣

<p>如果我的醫生或醫療保健提供者確定我的壽命只剩六個月或更短時間，那麼</p>	<p>我對安寧療護感興趣，這樣可以支援我和我的親人。我想在符合條件後立即註冊</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>我對安寧療護不感興趣</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>我現在不確定。我的醫療決策指定人可以在我需要的時候代我做出決定</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
--	--	---	--

食物和飲水

<p>如果失智引起的變化導致以下任何一種情況出現：</p> <ul style="list-style-type: none">• 我似乎失去食欲，也不想飲水，會轉過頭去或以其它方式躲避喂我食物和水• 沒人提醒我，我就不會張嘴進食或飲水，所有進食或飲水必須由護理人員提供幫助（用手或勺喂）• 我無法安全地吞咽食物或水（咳嗽、窒息或吸氣）• 由醫療服務提供者確定的持續進食或飲水的負面後果大於益處 <p>然後我要求停止所有食物和水，包括營養支持和補水</p>	<p style="text-align: center;">是</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">否</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
---	--	--



代表的靈活性

本檔將有助於指導我的醫療團隊和決策代表。
我授權他們靈活變通，並自行做出最符合我的利益的決定。

這份檔應該為我的醫療團隊和決策代表提供清晰準確的指導。應盡可能遵循我的意願，即使他們個人更偏向於另一種選擇。

其他對您重要的資訊

例如，您是否有其他未涵蓋的願望？是否有您不想就您的護理問題進行諮詢的人？您對臨床試驗感興趣嗎？（如果符合條件）您是否希望您的代表在您經歷嚴重的痛苦或疼痛時宣導安寧療護和緩和鎮靜的可能性？

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



簽字

簽字： _____

簽字日期： _____

列印體全名： _____

出生日期： _____

證人 1

簽字： _____

日期： _____

列印體姓名： _____

關係： _____

證人 2

簽字： _____

日期： _____

列印體姓名： _____

關係： _____

在見證人在場的情況下簽字是可選的，但建議這樣做。



有關預立醫療指示的其他資訊

預立醫療指示是一份法律文件，允許您記錄您想要的護理類型以及在您無法做出決定時應採取的治療決定（以及由誰做出）。

您選擇作為決策代表的個人將與您的醫療團隊密切合作，在您無法做出決定時代您進行溝通。認真考慮您選擇誰來擔任這個角色。

一個好的代表應該：

- 願意花時間去瞭解您認為重要的東西
- 您相信您的意願會實現，即使違背他們的意願
- 知道如何宣導，並在出現危機時大膽發言
- 能夠在壓力大的情況下做出艱難的決定
- 在需要的情況下，能夠自如地掌控家庭動態

預立醫療指示的提示和提醒：

- 討論您的意願，並向您的決策代表、親人和醫療團隊提供您的預立醫療指示副本。
- 每年審查您的預立醫療指示，並在發生“5D”中的任何一種情況時進行更新：親人 **Death**（離世）、**Divorce**（離異）、新的 **Diagnosis**（診斷結果）、**Decline**（健康狀況下降）或您進入了一個新的 **Decade**（十年）。
- 將您的預立醫療指示保存在您的決策代表和/或親人容易找到的地方。
- 確保在您接受護理或經常訪問的所有州都能遵守您的預立醫療指示。
- 與您的醫療團隊討論填寫 POLST（也稱為 MOLST）表格。