



安寧緩和療護
—預立醫療自主計畫
(Advance Care Planning)

台大醫院北護分院

家庭醫學部

李怡萱醫師



大綱

- 安寧緩和療護簡介
- 預立醫療自主計畫
- 安寧緩和醫療條例
- 病人自主權利法
- 實行預立醫療自主計畫的建議



Hospice

(安寧照顧)

Quality of death

(死亡品質)



Palliative Care

(緩和醫療)
1987年成醫療專科

Quality of life

(生活品質)



安寧緩和療護的意義

世界衛生組織(WHO)的定義

- 緩解疼痛及其他各種痛苦的症狀。
- 確認生命的價值並視死亡是自然的過程。
- 不去加速死亡也不延緩死亡。
- 整合病人心理及靈性層面的照顧。
- 提供支持系統，協助病人以最積極的態度活到最後一刻。
- 提供支持系統，協助家屬妥善處理病程中的困難以及其哀傷問題。
- 以團隊力量處理病人及家屬的需求，在必要時含括哀傷諮商。
- 要增進生活品質，也得有效的影響疾病的病程。
- 適合在疾病早期介入，與其他延長生命的療法併行(如化療及放療)，並包含有助於了解並減緩症狀的檢查。



安寧緩和療護的意義

- 安寧緩和條例：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。

→對象：末期病患

→方法：積極全面的照顧，控制疼痛與其他症狀，並提供心理靈性照顧

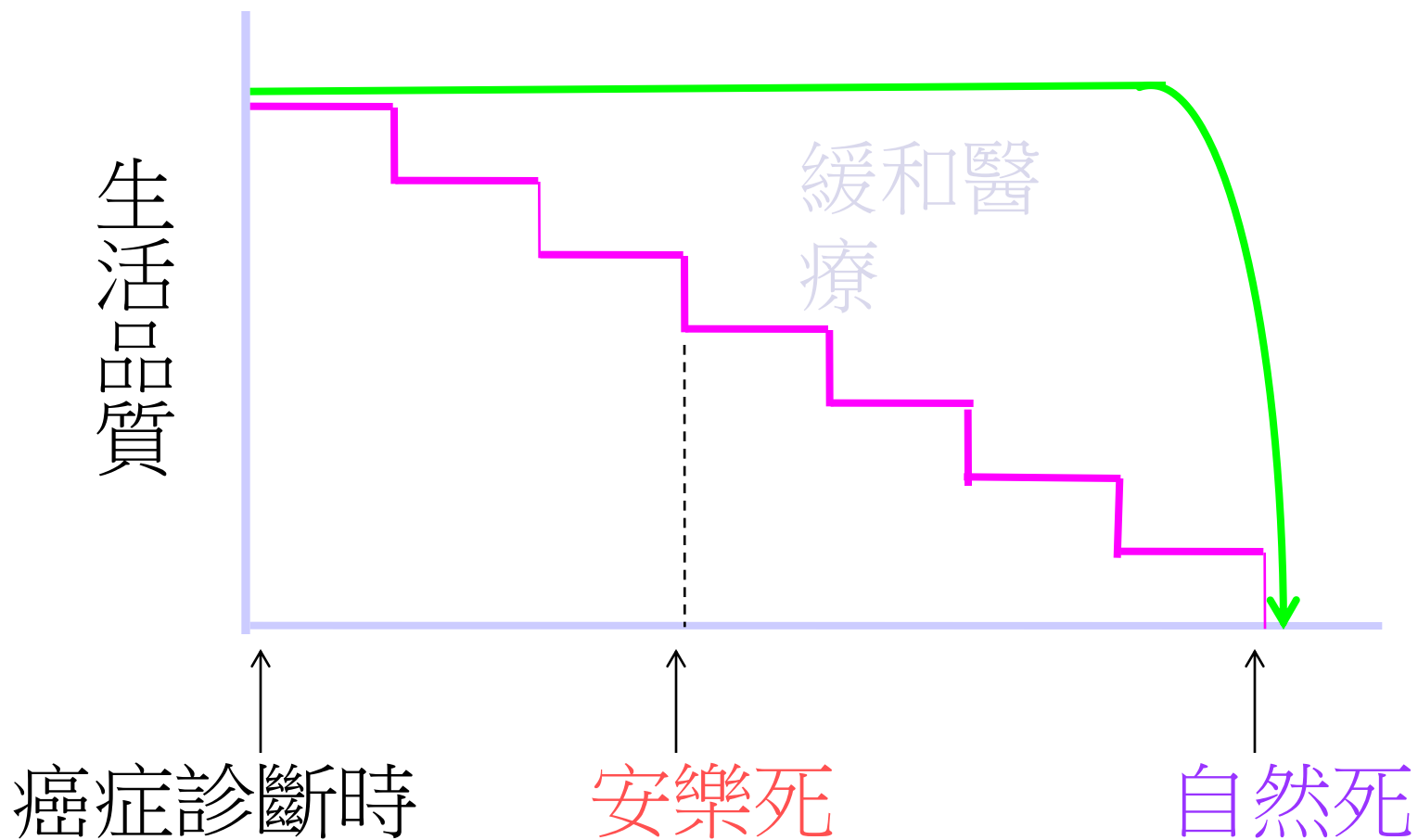
→目標：病患與家屬最高的生活品質



為什麼需要緩和醫療？

- 末期病人日益增多——各國皆是
- 末期病人仍承受身、心、靈煎熬
 - 疼痛、各類症狀、情緒失調、畏懼死亡
- 末期病人失去良好醫病關係
 - 醫療放棄、求救無門、自主性喪失
- 末期病人無法得到良好社區照顧
 - 家庭失調、無法居家療護、醫院死亡

緩和醫療與安樂死之不同



緩和醫療介入時機?

癌病治療

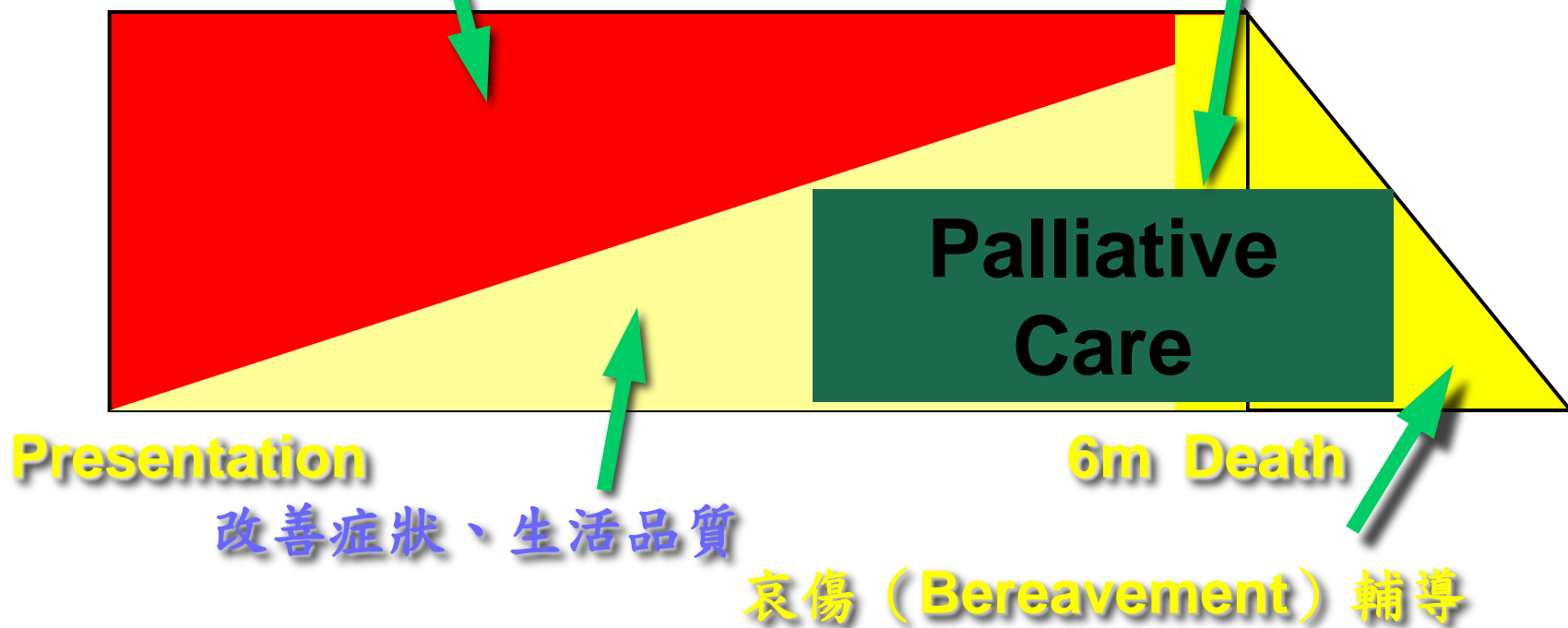


安寧緩和醫療

理想上緩和醫療介入

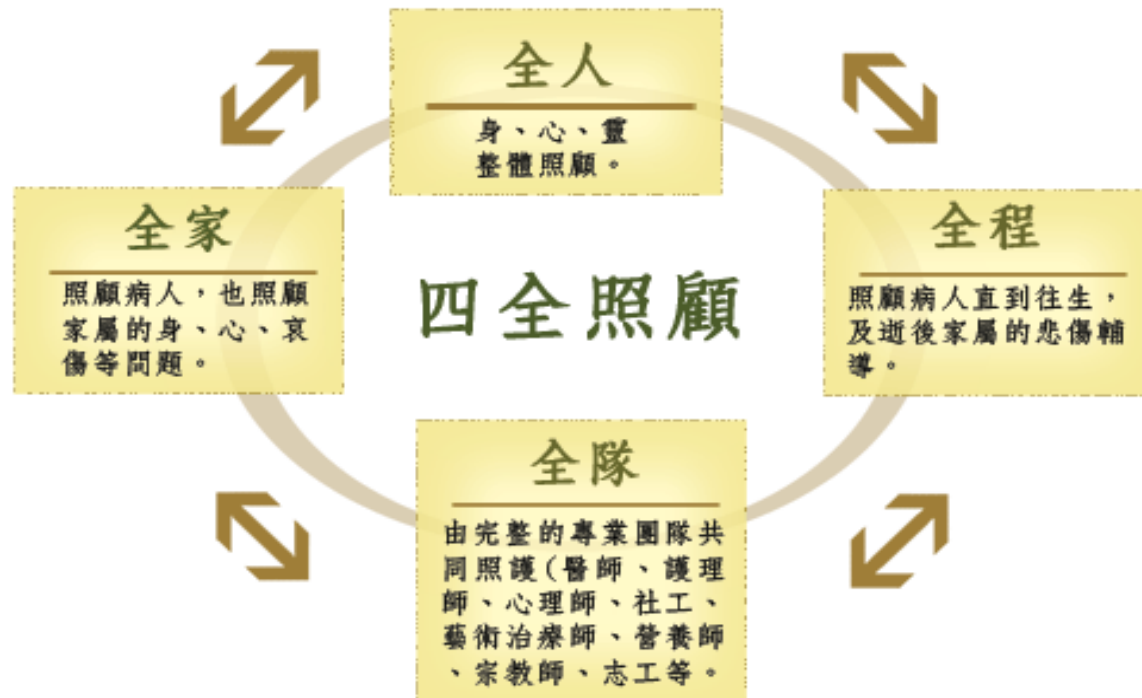
治癒性治療 (Curative treatment)

Hospice



接受「安寧緩和療護」可以獲得何種照顧？

- 透過緩和醫療**全人、全家、全隊、全程**的照顧，達到生、死兩安，病患與家屬的最佳生活品質。



非癌症病人之安寧緩和療護

● 挑戰

- 疾病病程與癌症較為不同，病人可能從惡化狀態暫時恢復功能
- 治療日新月異，預後不易判定
- 治療目標：症狀緩解？生活品質？治癒？
- 尚未有證據支持標準化照顧模式



大綱

- 安寧緩和療護簡介
- 預立醫療自主計畫
- 安寧緩和醫療條例
- 病人自主權利法
- 實行預立醫療自主計畫的建議

什麼是預立醫療自主計畫？

- 預立醫療自主計畫是一個過程。
- 病人可以先瞭解目前各種治療重病的方式，根據個人的價值觀和信念，選擇想要的和不想要的醫療照護方式。
- 病人也可以指定一位醫療委任代理人，在無法為自己做決定時代表病人，表達意願。

預立醫療自主計畫包含哪些項目呢？

- **急救意願表達**：（安寧緩和意願書／健保卡註記）：這是當面臨生命盡頭或是生命徵象消失時，表達要或不要施以氣管內插、體外心臟按壓，急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。
- **維生醫療抉擇**：末期病人對用以維持生命象徵，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施之選擇。
- **預立醫療委任代理人**
- **預立醫囑**：在健康或是意識清楚之際，與醫師共同討論後，包括與醫師共同簽署的文件，說明當疾病無法治癒或臨終前，若已無法表達意願，由醫師根據原來的意願簽署的醫囑。



文件的生效時間

- 必須兩位專科醫師判斷，生命已到末期



大綱

- 安寧緩和療護簡介
- 預立醫療自主計畫
- 安寧緩和醫療條例
- 病人自主權利法
- 實行預立醫療自主計畫的建議



安寧緩和醫療照顧對象

- 末期病患：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。
- 包含癌症、運動神經元疾病、老年失智症、嚴重大腦病變、心臟衰竭、慢性氣道阻塞、慢性肺部疾病、慢性肝病及肝硬化、急性或慢性腎衰竭。
- 存活期<六個月。
- 安寧緩和醫療條例：兩位以上醫師認定(具有相關專科)。
- 困難：病程中何時才是末期？

相關法律條文

- 全民健康保險法

- 公布. 施行日期：民國 83 年8月9日
- 公布機關：總統

<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020066>

- 安寧緩和醫療條例

- 公布. 施行日期：民國 89 年6月7日
民國 91 年12月11日修正
民國 100 年1月26日修正
民國 102 年1月09日修正

- 安寧緩和醫療條例施行細則

- 公布日期：民國90年04月25日
- 公布機關：行政院衛生署

<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020067>

名詞定義(第三條)

● 心肺復甦術

- 對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。

● 維生醫療

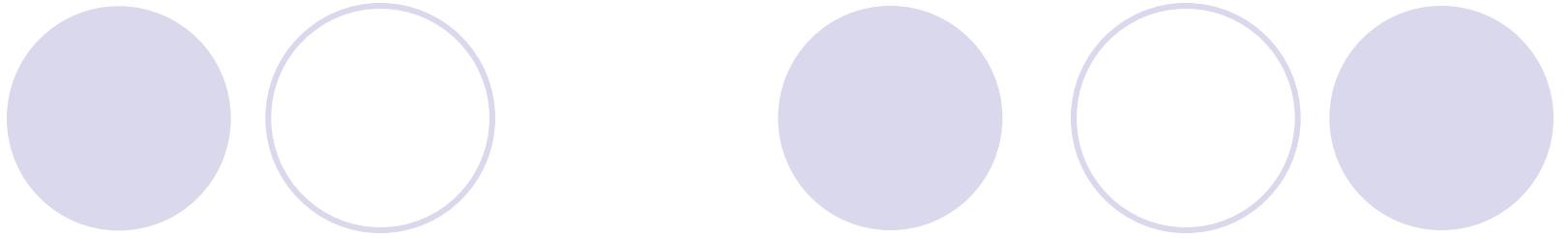
- 指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。

● 意願人

- 指立意願書選擇安寧緩和醫療全部或一部份之人。

第四條（意願人之簽署及事項）

- 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。
- 前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：
 - 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
 - 二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。
 - 三、立意願書之日期。
- 意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。

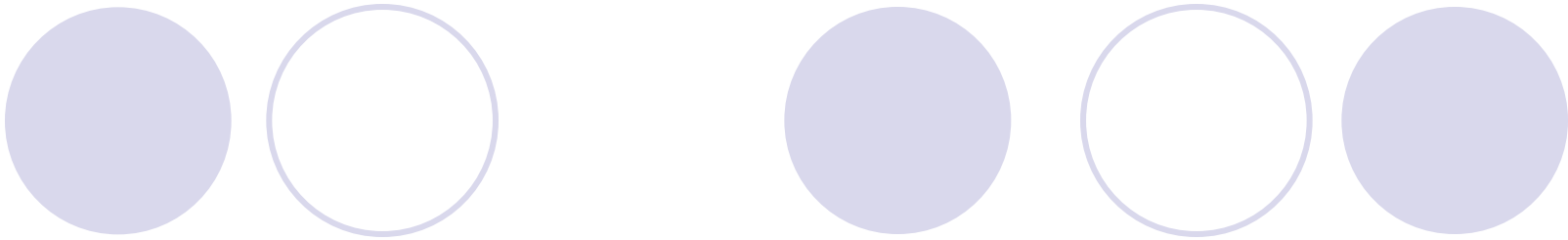


- 第五條 （意願書之要件）

- 二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。
- 前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

- 第六條 （書面撤回意願）

- 意願人得隨時自行或由其代理人，以書面撤回其意願之意思表示。



- 第六條之一（100年增訂）

- 經第四條第一項或第五條之意願人或其醫療委任代理人於意願書表示同意，中央主管機關應將其安寧緩和醫療意願註記於全民健康保險憑證（以下簡稱健保卡），該意願註記之效力與意願書正本相同。但意願人或其醫療委任代理人依前條規定撤回意願時，應通報中央主管機關廢止該註記。
- 前項簽署之意願書，應由醫療機構或衛生機關以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫後，始得於健保卡註記。
- 經註記於健保卡之安寧緩和醫療意願，與意願人臨床醫療過程中明示之意思表示不一致時，以意願人明示之意思表示為準。



● 第七條 （不實施心肺復甦術之要件）

○ 不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人。
- 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。

- 前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。

（100年修訂，原為其中一位須具相關專科醫師資格）

- 末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。



● 第七條 （不實施心肺復甦術之要件）

- 前項最近親屬之範圍如下：

一、配偶。

二、成人直系血親卑親屬→成人子女、孫子女。（100年修訂）

三、父母。

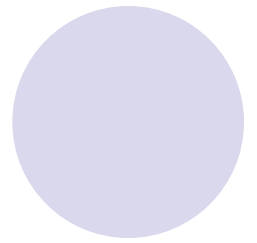
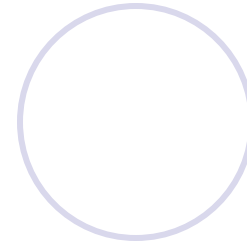
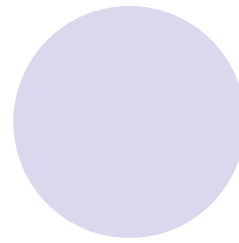
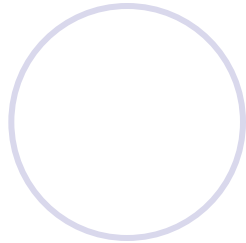
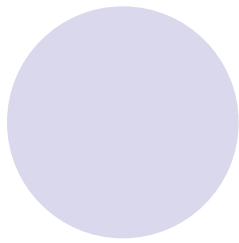
四、兄弟姐妹。

五、祖父母。

六、曾祖父母或三親等旁系血親。

七、一親等直系姻親。

- 第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行心肺復甦術前以書面為之。



- 第七條 (101年增修)

- 末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。



● 第八條（醫師告知之義務）

- 醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情時，應予告知。

● 第九條（病歷記載及保存）

- 醫師對末期病人實施安寧緩和醫療，應將第四條至第八條規定之事項，詳細記載於病歷；意願書或同意書並應連同病歷保存。

● 第十條（違反不實施心肺復甦術要件之處罰）

- 醫師違反第七條規定者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照。

中央健康保險局最新公告增列之**八大非癌**末期安寧療護疾病 (98.9.1)

● 一、老年期及初老期器質性精神病態

- 1. 必要條件：CDR臨床失智評分量表為一末期（**CDR=5**）者：病人沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。
- 2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
- 3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1)電解值不平衡 (Electrolyte imbalance)
 - (2)急性疼痛 (Acute pain)
 - (3)嚴重呼吸困難 (Severe dyspnea)
 - (4)惡性腸阻塞 (Malignant bowel obstruction)
 - (5)嚴重嘔吐 (Severe vomiting)
 - (6)發燒，疑似感染 (Fever, suspect infection)
 - (7)癲癇發作 (Seizure)
 - (8)急性瞻妄 (Acute delirium)
 - (9)瀕死狀態 (Predying state)

中央健康保險局最新公告增列之八大非癌末期安寧療護疾病 (98.9.1)

- 二、嚴重神經疾病如：嚴重中風，嚴重腦傷，Multiple sclerosis, Parkinson's disease, Huntington's disease等退化性疾病末期，合併以下狀況：
 - 1. 末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡 (Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛 (Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難 (Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞 (Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐 (Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染 (Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作 (Seizure)
 - (8) 急性瞻妄 (Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態 (Predying state)
 - 2. 末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

中央健康保險局最新公告增列之八大非癌末期安寧療護疾病 (98.9.1)

- 三、心臟衰竭末期應最少符合下列二個指標：
 - 1. CHF NYHA stage III 或 IV—休息或輕度活動時會喘。
 - 2. 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。
 - 3. 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。
 - 4. 雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀如下：
 - (1) 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者
 - (2) 曾有心臟停止或心肺復甦術病史
 - (3) 常有不明原因的昏厥
 - (4) 心因性腦栓塞
 - (5) 左心室射出分率(LV ejection fraction) $\leq 20\%$

中央健康保險局最新公告增列之八大非癌末期安寧療護疾病 (98.9.1)

- 四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者慢性阻塞性肺病Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD 休息時就會喘，且病況持續惡化（如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院），合併以下任一狀況：
 - 1. 即使使用氧氣，然而 $PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 $O_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
 - 2. $FEV_1 \leq 30\%$ of predicted。
 - 3. FEV_1 持續下降且速度每年大於40 mL。
 - 4. 六個月內體重減少10%以上。
 - 5. 休息時心跳超過100/min。
 - 6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
 - 7. 合併有其他症狀（如：惡質病，反覆感染，重度憂鬱）或多重合併症。

中央健康保險局最新公告增列之八大非癌末期安寧療護疾病 (98.9.1)

- 五、肺部其他疾病Cystic fibrosis，severe fibrotic lung disease等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化（如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院），合併以下任一狀況：
 - 1. 即使使用氧氣，然而 $PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
 - 2. $FEV_1 \leq 30\%$ of predicted。
 - 3. FEV_1 持續下降且速度每年大於40 mL。
 - 4. 六個月內體重減少10%以上。
 - 5. 休息時心跳超過100/min。
 - 6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
 - 7. 合併有其他症狀（如：惡質病，反覆感染，重度憂鬱）或多重合併症。

中央健康保險局最新公告增列之八大非癌末期安寧療護疾病 (98.9.1)

- 六、慢性肝病及肝硬化必要條件：不適合肝臟移植，且(1) $PT > 5 \text{ sec above control}$ 或 $INR > 1.5$ ，(2) $Serum \text{ albumin} < 2.5 \text{ g/dl}$ ，合併下列任一項症狀
 - 1. 困難處理之腹水 (Refractory ascites)。
 - 2. 自發性細菌性腹膜炎 (Spontaneous bacterial peritonitis)。
 - 3. 肝腎症候群 (Hepatorenal syndrome)。
 - 4. 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 (Encephalopathy with asterixis, somnolence, coma)。
 - 5. 復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。
 - 6. 多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。
 - 7. 惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

中央健康保險局最新公告增列之八大非癌末期安寧療護疾病 (98.9.1)

- 七、急性腎衰竭，未明示者acute renal failure, unspecified
 - 1. 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
 - 2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
 - 3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：
 - (1)其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2)長期使用呼吸器
 - (3)嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4)惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5)惡性腫瘤末期患者
 - (6)因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者。

中央健康保險局最新公告增列之八大非癌末期安寧療護疾病 (98.9.1)

- 八、本項適用主診斷585 (慢性腎衰竭；chronic renal failure) 及586 (腎衰竭，未明示者；renal failure, unspecified) 兩項疾病末期定義
 - 1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD) 第4, 5期病患 ($GFR < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$)，或已接受腎臟替代療法 (血液透析、腹膜透析、腎臟移植) 病患。
 - 2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
 - 3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症。
 - (2) 長期使用呼吸器。
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症。
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期患者。
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者。

安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付 試辦計畫

收案條件

● 住院療護

- 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - 高血鈣
 - 急性疼痛
 - 惡性腸阻塞
 - 腫瘤（塊）潰瘍
 - 發燒，疑似感染
 - 急性瞻妄
 - 脊髓壓迫
 - 嚴重呼吸困難
 - 出血
 - 嚴重嘔吐
 - 癲癇發作
 - 急性精神壓力，如自殺意圖

全民健康保險安寧共同照護試辦方案

● 收案對象：

- 經原照護團隊成員照會「安寧共同照護小組」後，共同評估符合下列末期病人條件，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務並簽署服務同意書
 - 癌症末期病患
 - 末期運動神經元病患
 - 主要診斷為八大非癌疾病，且已進入末期狀態者

全民健保安寧居家照護

● 收案對象

- 經醫師診斷或轉介之末期癌症病患或不接受呼吸器處理之末期運動神經元疾病患者，因疾病已無法勝任日常工作。
- 8類經醫師專業診斷符合入住安寧療護病房之重症末期患者。
 - 目前病情不需住院治療，但需安寧居家療護。
 - 經簽署選擇安寧緩和醫療意願書或不施行心肺復甦術同意書者。



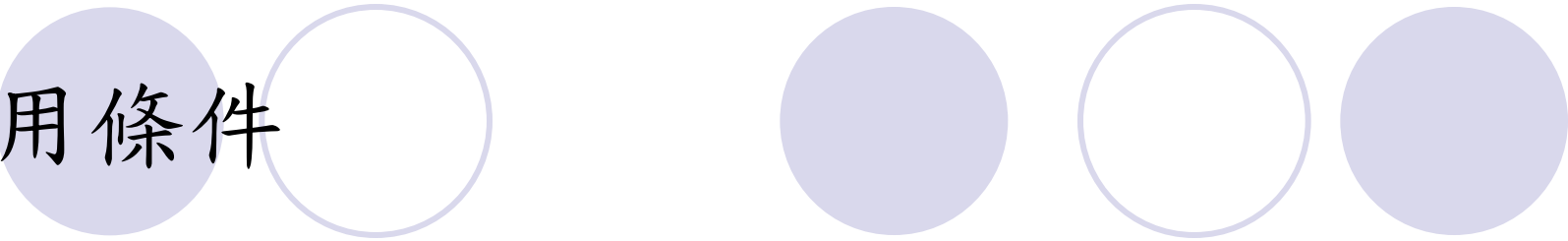
大綱

- 安寧緩和療護簡介
- 預立醫療自主計畫
- 安寧緩和醫療條例
- 病人自主權利法
- 實行預立醫療自主計畫的建議

病人自主權利法

- 2015年12月18日，立法院完成三讀立法程序，**施行日為公布三年後**。
- 具完全行為能力之意願人可以透過「預立醫療照護諮商」事先立下書面之「預立醫療決定」，可以選擇接受或拒絕醫療。

適用條件



- 末期病人
- 處於不可逆轉之昏迷狀況
- 永久植物人狀態
- 極重度失智
- 其他經公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形

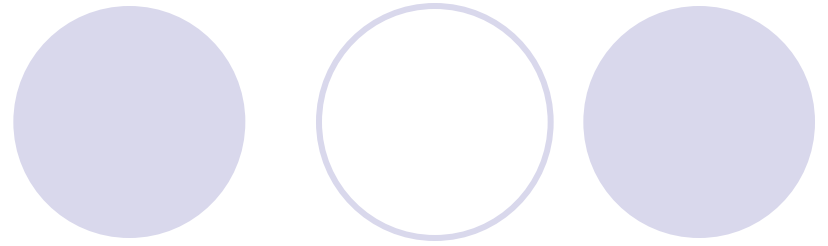
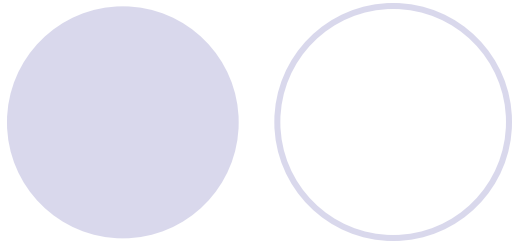
適用條件

- 每項認定應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診。
- 並經緩和醫療團隊至少二次照會確認。




大綱

- 安寧緩和療護簡介
- 預立醫療自主計畫
- 安寧緩和醫療條例
- 病人自主權利法
- 實行預立醫療自主計畫



- 須由醫療機構提供預立醫療照護諮商，並於預立醫療決定上核章證明
- 經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證
- 註記於全民健康保險IC卡

- 
- 醫療機構或醫師因專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，可以不施行。
 - 醫療機構或醫師依預立醫療決定執行終止、撤除或不施行維持生命治療之全部或一部，不用負刑事與行政責任；因此所生之損害，除有故意或重大過失，且違反病人預立醫療決定者外，不負賠償責任。
 - 因病人之親屬常與病人之意願不一致，使醫師無法執行病人之意願，本法第4條第2項特別規定病人之關係人，不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫療選項決定之作為，可以讓醫師不受干擾，依專業執行病人之意願。

「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」

本人_____ (正楷簽名)若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：(請勾選)

- 接受 安寧緩和醫療(定義說明請詳背面)
- 接受 不施行心肺復甦術(定義說明請詳背面)
- 接受 不施行維生醫療(定義說明請詳背面)
- 同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證(健保 IC 卡)內

◎簽署人：(正楷簽名) 國民身分證統一編號：

住(居)所： 電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

是 否 年滿二十歲 (簽署人為成年人或未年滿二十歲之末期病人，得依安寧緩和醫療條例第四條第一項、第五條第一項及第七條第一項第二款之規定，立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療。)

◎在場見證人(一)：(正楷簽名) 國民身分證統一編號：

住(居)所： 電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

◎在場見證人(二)：(正楷簽名) 國民身分證統一編號：

住(居)所： 電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

◎簽署日期：中華民國_____年_____月_____日(必填)

◎法定代理人：(簽署人為未成年末期病人(或監護宣告之人)時方由法定代理人在此欄位填寫)

簽名： 國民身分證統一編號：

住(居)所： 電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

◎醫療委任代理人：(簽署人為醫療委任代理人方須填寫並應檢附醫療委任代理人委任書)

簽名： 國民身分證統一編號：

住(居)所： 電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

備註：1 簽署人可依背面簡易問答第4題說明自行查詢健保IC卡註記申辦進度。

2 需要回覆通知者請於打勾(無勾選者視同無須回覆)；註記手續辦理成功時，請以手機簡訊或郵寄回覆通知簽署人。若無收到回覆，請撥打 02-23582186 衛生福利部意願書處理小組查詢。

3 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」填妥後請將正本寄回：意願書原索取單位或台灣安寧照顧協會(251 新北市淡水區民生路 45 號)收，副本請自行保管。

【正本】 依衛生福利部中華民國 102 年 05 月 15 日公告之參考範例編印。

1041021 版

THE PATIENT KEEPS THE ORIGINAL MOLST FORM DURING TRAVEL TO DIFFERENT CARE SETTINGS. THE PHYSICIAN KEEPS A COPY.

LAST NAME/FIRST NAME/MIDDLE INITIAL OF PATIENT _____

ADDRESS _____

CITY/STATE/ZIP _____

DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY) _____

Male Female

eMOLST NUMBER (THIS IS NOT AN eMOLST FORM) _____

Do-Not-Resuscitate (DNR) and Other Life-Sustaining Treatment (LST)

This is a medical order form that tells others the patient's wishes for life-sustaining treatment. A health care professional must complete or change the MOLST form, based on the patient's current medical condition, values, wishes and MOLST instructions. If the patient is unable to make medical decisions, the orders should reflect patient wishes, as best understood by the health care agent or surrogate. A physician must sign the MOLST form. All health care professionals must follow these medical orders as the patient moves from one location to another, unless a physician examines the patient, reviews the orders and changes them.

MOLST is generally for patients with serious health conditions. The patient or other decision-maker should work with the physician and consider asking the physician to fill out a MOLST form if the patient:

- Wants to avoid or receive any or all life-sustaining treatment.
- Resides in a long-term care facility or requires long-term care services.
- Might die within the next year.

If the patient has a developmental disability and does not have ability to decide, the doctor must follow special procedures and attach the appropriate legal requirements checklist.

SECTION A Resuscitation Instructions When the Patient Has No Pulse and/or Is Not Breathing

Check one:

CPR Order: Attempt Cardio-Pulmonary Resuscitation

CPR involves artificial breathing and forceful pressure on the chest to try to restart the heart. It usually involves electric shock (defibrillation) and a plastic tube down the throat into the windpipe to assist breathing (intubation). It means that all medical treatments will be done to prolong life when the heart stops or breathing stops, including being placed on a breathing machine and being transferred to the hospital.

DNR Order: Do Not Attempt Resuscitation (Allow Natural Death)

This means do not begin CPR, as defined above, to make the heart or breathing start again if either stops.

SECTION B Consent for Resuscitation Instructions (Section A)

The patient can make a decision about resuscitation if he or she has the ability to decide about resuscitation. If the patient does NOT have the ability to decide about resuscitation and has a health care proxy, the health care agent makes this decision. If there is no health care proxy, another person will decide, chosen from a list based on NYS law.

SIGNATURE Check if verbal consent (Leave signature line blank) _____
DATE/TIME

PRINT NAME OF DECISION-MAKER _____

PRINT FIRST WITNESS NAME _____

PRINT SECOND WITNESS NAME _____

Who made the decision? Patient Health Care Agent Public Health Law Surrogate Minor's Parent/Guardian §1750-b Surrogate

SECTION C Physician Signature for Sections A and B

PHYSICIAN SIGNATURE _____
PRINT PHYSICIAN NAME _____
DATE/TIME

PHYSICIAN LICENSE NUMBER _____

PHYSICIAN PHONE/PAGER NUMBER _____

SECTION D Advance Directives

Check all advance directives known to have been completed:

Health Care Proxy Living Will Organ Donation Documentation of Oral Advance Directive

SECTION E**Orders For Other Life-Sustaining Treatment and Future Hospitalization
When the Patient has a Pulse and the Patient is Breathing**

Life-sustaining treatment may be ordered for a trial period to determine if there is benefit to the patient. If a life-sustaining treatment is started, but turns out not to be helpful, the treatment can be stopped.

Treatment Guidelines No matter what else is chosen, the patient will be treated with dignity and respect, and health care providers will offer comfort measures. *Check one:*

- Comfort measures only** Comfort measures are medical care and treatment provided with the primary goal of relieving pain and other symptoms and reducing suffering. Reasonable measures will be made to offer food and fluids by mouth. Medication, turning in bed, wound care and other measures will be used to relieve pain and suffering. Oxygen, suctioning and manual treatment of airway obstruction will be used as needed for comfort.
- Limited medical interventions** The patient will receive medication by mouth or through a vein, heart monitoring and all other necessary treatment, based on MOLST orders.
- No limitations on medical interventions** The patient will receive all needed treatments.

Instructions for Intubation and Mechanical Ventilation *Check one:*

- Do not intubate (DNI)** Do not place a tube down the patient's throat or connect to a breathing machine that pumps air into and out of lungs. Treatments are available for symptoms of shortness of breath, such as oxygen and morphine. (This box should **not** be checked if full CPR is checked in Section A.)
- A trial period** *Check one or both:*
 - Intubation and mechanical ventilation**
 - Noninvasive ventilation (e.g. BIPAP), if the health care professional agrees that it is appropriate**
- Intubation and long-term mechanical ventilation, if needed** Place a tube down the patient's throat and connect to a breathing machine as long as it is medically needed.

Future Hospitalization/Transfer *Check one:*

- Do not send to the hospital unless pain or severe symptoms cannot be otherwise controlled.**
- Send to the hospital, if necessary, based on MOLST orders.**

Artificially Administered Fluids and Nutrition When a patient can no longer eat or drink, liquid food or fluids can be given by a tube inserted in the stomach or fluids can be given by a small plastic tube (catheter) inserted directly into the vein. If a patient chooses not to have either a feeding tube or IV fluids, food and fluids are offered as tolerated using careful hand feeding. *Check one each for feeding tube and IV fluids:*

- No feeding tube**
- A trial period of feeding tube**
- Long-term feeding tube, if needed**
- No IV fluids**
- A trial period of IV fluids**

Antibiotics *Check one:*

- Do not use antibiotics.** Use other comfort measures to relieve symptoms.
- Determine use or limitation of antibiotics when infection occurs.**
- Use antibiotics** to treat infections, if medically indicated.

Other Instructions about starting or stopping treatments discussed with the doctor or about other treatments not listed above (dialysis, transfusions, etc.).

Consent for Life-Sustaining Treatment Orders (Section E) (Same as Section B, which is the consent for Section A)

SIGNATURE Check if verbal consent (Leave signature line blank) _____ DATE/TIME

PRINT NAME OF DECISION-MAKER

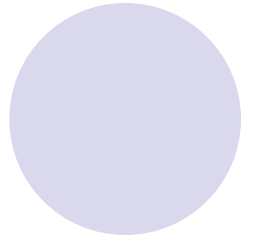
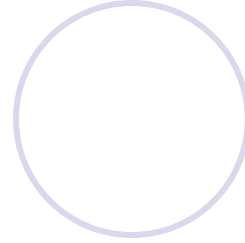
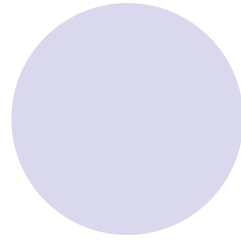
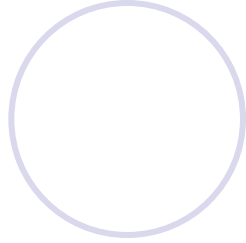
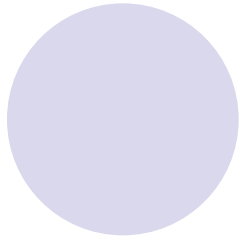
PRINT FIRST WITNESS NAME

PRINT SECOND WITNESS NAME

Who made the decision? Patient Health Care Agent Based on clear and convincing evidence of patient's wishes
 Public Health Law Surrogate Minor's Parent/Guardian §1750-b Surrogate

Physician Signature for Section E

PHYSICIAN SIGNATURE PRINT PHYSICIAN NAME DATE/TIME



謝謝聆聽