



西澳大利亚州“预立健康指令” 拟定指南



本资料发布机构提请读者注意：下文所使用的照片中出现的士，或可能有已在本资料出版后离世的情况。

© 西澳大利亚州健康部 (2022)

本资料所含的所有信息及图片材料均受版权法保护，版权所有人为西澳大利亚州。除依据 **1968年澳大利亚联邦版权法案** 准许的用途之外，如无西澳大利亚州健康部生命末期护理计划的明确许可，本资料所含内容不可被出版或再次使用于任何材料。

建议引用格式

健康部，西澳大利亚州。 **西澳大利亚州“预立健康指令”拟定指南**。珀斯：生命末期护理计划，健康部，西澳大利亚州；2022年。

重要声明

本指南为关于拟定“预立健康指令”的概述，文中包含有更详尽信息及资源的介绍。本指南不应用以代替法律建议或其他专业建议。针对特定的需要法律或者其他专业看法的个案，应寻求独立的法律建议。

如需关于“预立健康指令”的其他信息，可通过以下方式联系：

西澳大利亚州健康部

电话号码: 9222 2300

电子邮件: acp@health.wa.gov.au

网址: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning



口译服务：

如您需要口译员协助您使用母语与健康服务联系，您可要求获得口译服务。

目录

如何使用本指南	2
第一章:关于“预立健康指令”	3
“预立健康指令”是什么?	3
如您丧失自行作出决定或与他人沟通您的决定的能力时, 将由谁来代您作出关于治疗及护理方面的决定?	4
第二章:拟定“预立健康指令”的步骤	6
“预立健康指令”包含哪些部分	6
第一部分:我的个人信息	6
第二部分:我的健康	7
第三部分:我的价值观及重要选择	8
第四部分:我在“预立健康指令”中关于治疗方面的决定	12
第五部分:协助我拟定“预立健康指令”的人士	18
第六部分:签署与见证	20
第三章:有用信息	22
常见问题	22
拟定“预立健康指令”的自测清单	30
何处可获取更详尽信息	31
常见词汇	33
已完成的“预立健康指令”示例	36

如何使用本指南

本指南所提供的信息可助您准备及完成您的“**预立健康指令**”。

您或会发现拟定“**预立健康指令**”需要耗费一些时间。您可分步完成拟定过程,并不需一次完成。

第一章:关于“**预立健康指令**”

本章向您介绍“**预立健康指令**”是什么。此处将向您解释为什么“**预立健康指令**”会对您有所帮助、如何使用它,以及如您丧失自行作出决定或与他人沟通您的决定的能力后由谁来代您作出决定。

第二章:拟定“**预立健康指令**”的步骤

本章向您介绍拟定“**预立健康指令**”的步骤,并提供示例供您参考。

第三章:有用信息

本章提供核对清单助您进行拟定“**预立健康指令**”前的准备。此处将向您解释“**预立健康指令**”中所使用的词汇,并列出[常见问题](#)。本章还将说明何处可获取更加详尽的相关信息。

已完成的“**预立健康指令**”示例及空白的“**预立健康指令**”样本

在本指南末尾将提供一份已经完成的“**预立健康指令**”的示例。随本指南同时将以插页形式附送一份空白的“**预立健康指令**”。

您可参考提供的示例,完成您的“**预立健康指令**”。

如您在完成“**预立健康指令**”的过程中需要协助,请参考[第三章:有用信息](#)中所提供的寻求协助的方式及联系信息。



第一章： 关于“**预立健康指令**”

本章向您介绍“**预立健康指令**”是什么。此处将向您解释为什么“**预立健康指令**”会对您有所帮助、如何使用它，以及如您丧失自行作出决定或与他人沟通您的决定的能力后由谁来代您作出决定。

“**预立健康指令**”是什么？

“**预立健康指令**”是一份**法律文件**。它让您能在当前对您未来希望或者不希望接受的治疗及护理作出选择。

只有在您严重丧失健康或受伤以致无法自行作出决定或与他人沟通您的决定时，才会使用您的“**预立健康指令**”。在这种情况下，“**预立健康指令**”将为您代言。如您需要修改您已经拟定的“**预立健康指令**”，则应该撤销(或取消)当前生效中的“**预立健康指令**”，并拟定新的“**预立健康指令**”。

“**预立健康指令**”是西澳大利亚州使用的一种文件，它可以作为**预立护理计划**的一部分来拟定。

拟定“**预立健康指令**”，能够帮助您的至亲及医疗专业人士了解在健康及健康护理方面您所看重的事项。

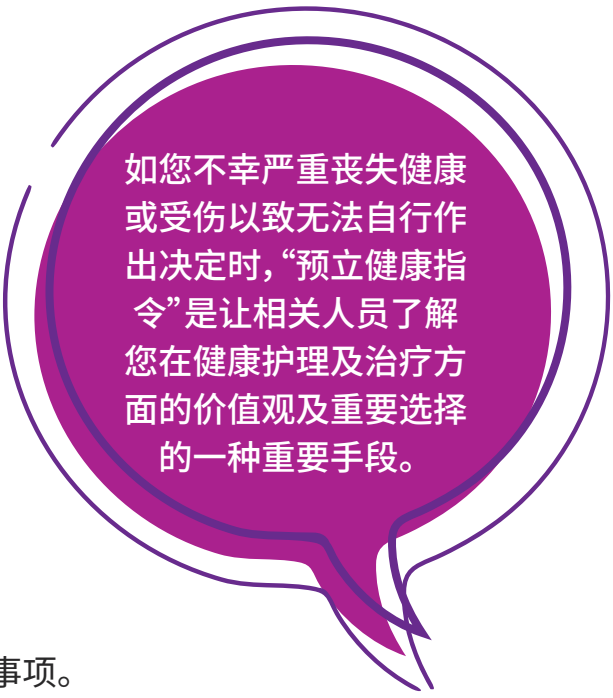
我们建议您与家人、护工、挚友、您的全科医生以及其他医疗专业人士交谈，以帮助您整理想法。

以下是一些可能对您有帮助的信息：


- “我的价值观”网站，网址：myvalues.org.au
- 西澳大利亚州健康部预立护理计划网站：
healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

请参考第三章：有用信息，该章的**常见问题**部分将提供更多关于“**预立健康指令**”和**预立护理计划**的信息。

考虑关于您未来的健康问题及生命末期愿望并与人谈论，可能会让您感到困难。如您需要这方面的支持，请寻求帮助。



如您不幸严重丧失健康或受伤以致无法自行作出决定时，“**预立健康指令**”是让相关人员了解您在健康护理及治疗方面的价值观及重要选择的一种重要手段。



拟定“**预立健康指令**”是自愿进行的。

谁可以拟定“**预立健康指令**”？

您在拟定“预立健康指令”时必须**年满18周岁**并具有**完全的法律行为能力**。

这意味着您必须：

- 能够理解针对您的“预立健康指令”所提供的任何信息及建议
- 能够理解您在“预立健康指令”中作出的选择可能对您未来的治疗及护理产生的影响
- 具有能力判断您对未来的治疗及护理所作出的决定的利与弊
- 能够以某种形式沟通您关于未来治疗及健康护理的决定。

成年人被认为具有以上能力，除非有明确的表现证实并非如此。如您对自身是否具备拟定有效“预立健康指令”的能力心存顾虑，可请您的医生进行评估。您可询问医生是否认为“您对自己具备作出决定的能力存在顾虑”这一点会在未来令您的决定受到质疑。

如您丧失作出决定或与他人沟通您的决定的能力，谁将代您作出关于治疗方面的决定？

如您丧失作出关于治疗与护理方面的决定或与他人沟通此类决定的能力，医护人员必须依照**治疗决定人优先级**为您的治疗作出决定。

治疗决定人优先级(如下页所示)列出了医护人员在寻求关于治疗的决定时必须咨询的人士及他(她)们的优先顺序。事关您未来护理方面的决定时，“预立健康指令”是医护人员首先会参考的。

假如我没有拟定“**预立健康指令**”，会怎样处理？

如果您没有拟定“预立健康指令”，医护人员将首先向您指定的具有最高优先级的、年满18周岁或更加年长的、具有完全的法律行为能力、可以联系到并且愿意为您作出决定的治疗决定人咨询关于治疗手段的决定。

在该人士无法联系并同意作出决定的情况下，医护人员将咨询具有下一优先级的人士。依此类推。

治疗决定人优先级是什么？

只有在您丧失作出或者沟通决定的能力时，医护人员才会使用治疗决定人优先级。

治疗决定人优先级



即使您曾指定持久监护人，您仍然可以拟定一份“预立健康指令”，以记录您对于那些您有强烈的选择或拒绝倾向的治疗手段如何选择。

请参考第三章：有用信息，该章的[常见问题](#)部分将提供更多关于持久监护人的信息。

第二章：拟定“预立健康指令”的步骤

本章向您介绍拟定“预立健康指令”的步骤，并提供示例供您参考。

“预立健康指令”所包含的内容

“预立健康指令”必须在其第一、第四及第六部分均已完成的情况下才被视为有效。

第一部分包含您的个人信息。您**必须**完成该部分。

第二部分包含关于您主要健康状况的信息。

第三部分包含您认为重要的事项，以及您关于未来健康护理方面的价值观及愿望。

第四部分包含您在未来希望或者不希望接受的治疗手段及护理（包括您是否希望参与医疗研究活动）。您**必须**在这一部分列出至少一项关于治疗手段的决定，您的“预立健康指令”才被视为有效。

第五部分包含协助您完成“预立健康指令”的人士的信息。

第六部分为您对“预立健康指令”的签署。您**必须**完成该部分，且您**必须**在见证人在场见证时进行签署（[第六部分](#)将提供关于见证方面的具体要求）。

第一部分：我的个人信息

您**必须**完成这一部分的内容。

您**必须**填写：

- 拟定“预立健康指令”的日期
- 您的全名、出生日期及住址，以对您的个人身份进行识别。

您可以**选择**是否提供电话号码及电子邮件地址。我们建议您至少提供这二者中的一项，以便在需要时能够联系到您。

您的住址、电话号码或电子邮件地址在未来发生的变化不影响您“预立健康指令”的有效性。

请参考第三章：有用信息，该章的[常见问题](#)部分将提供更多关于如何变更您的联系方式的信息。



第二部分：我的健康

您可以选择完成本部分的部分或者全部问题，或不完成任何问题。请划去任何您不希望完成的问题。

您可在本部分列出任何主要的健康状况或您在健康方面的顾虑。您也可以在此记录在谈论健康议题时对您而言重要的事项。

2.1 我主要的健康状况

您可在本部分记录您任何的重大健康状况，这可以包括身体或者心理健康方面的。您也可在此记录您过往任何重大的健康事件。

示例：

- 我曾在六年前确诊肠道癌，并接受了手术及化学药物治疗。目前我处于肠道癌缓解期，但我曾被告知我在未来仍有重新患病的可能。
- 我曾在五年前遭遇车祸，直到目前仍患有慢性背部疼痛。我被告知此疼痛改善的可能性不大。
- 我最近被确诊行动神经元疾病。我被告知我的健康可能会快速恶化。我可能会在不久的将来就会在诸如洗浴穿衣等日常活动方面需要大量的帮助。

2.2 在和我谈论我的健康议题时，以下事项对我很重要

你可在此处列出在与您谈论您的健康时对您重要的事项。这可以包括您在作出决定之前希望获得多少信息，以及您希望在医护人员与您讨论在治疗手段方面的选择时陪伴您的家人或朋友的信息。

特丽什的故事

65岁的特丽什刚刚被确诊四期乳腺癌。在她的“预立健康指令”里，她要求她的挚友凯陪伴参与她所有的医疗会面，因为凯是一名护士，她很擅长用特丽什能够理解的方式向她解释医疗方面的信息。

示例：

- 关于我的健康状况和治疗手段方面的选择，我希望能获得大量的信息来帮助我完全理解我有什么选项和可能会发生的情况。
- 英语是我的第二语言。我希望我的儿子或者女儿能够陪同我与全科医生或医疗专家会面。

注：如您身边有您非常了解及信任、可以托付对方为您作出决定的人士，您或会希望将他（她）指定为您的持久监护人。

请参考第三章：有用信息，该章的[常见问题](#)部分将提供更多关于指定持久监护人的信息。

第三部分:我的价值观及重要选择

您可以选择完成本部分的部分或者全部问题,或不完成任何问题。请划去任何您不希望完成的问题。

您可在此处记录关于您的健康及健康护理您最看重的事项。你可以记录您对于未来健康有哪些担忧。如果您未来丧失自行作出决定并进行沟通的能力,这些信息可以帮助您身边的亲人和医疗专业人士了解您看重的事项。

考虑关于您未来的健康方面有哪些重要的事项以及您生命末期的愿望,并与人谈论这些话题,可能会让您感到困难。如您需要这方面的支持,请寻求帮助。

3.1 以下事项对我很重要

这一部分要求您描述“有质量地生活”对您而言的意义。比如:如您不幸丧失健康、无法按照自己的意愿生活时,最令您想念的会是什么?

此处列出了部分您可能感到重要的事项,您可以从中进行选择。您也可以自行写下对您而言重要的活动及兴趣爱好。

示例:

- 与家人朋友共度时光,对我来说很重要。
- 我女儿经常来探访我,对我来说很重要。
- 能让我的宠物在我身边,或者至少在我能常看见它们的地方,对我来说很重要。
- 我一生都是女同性恋者群体的一员,我希望能够继续保持和群体的联系。
- 我是华人,我希望能和会说粤语的人士一起活动。

丽塔的故事

87岁的丽塔定期访问她所在的克罗地亚俱乐部,看望她的朋友。在这里,她可以说她的母语克罗地亚语、参与一些她故乡的传统游戏。丽塔已经在她的“预立健康指令”中明确:如果她无法正常说话或活动,她就不希望再来俱乐部了。

3.2 想到我未来的健康, 我有这些担忧

这一部分要求您描述您对于未来健康和健康护理方面的担忧。例如, 是否有任何由疾病或受伤造成的永久性的后果是您所不能接受的。

如果您在未来丧失健康或受伤, 通过治疗, 也许能够帮助您康复、令您的健康恢复到您患病以前。但是, 视乎您的疾病及受伤情况, 治疗和护理也有可能对您帮助甚微, 您也许无法像患病或受伤前那样生活。

示例:

- 我担心会有持续的疼痛。
- 我担心自己无法与家人和朋友沟通或者被他(她)们理解。
- 如果我无法独立生活, 我会不快乐。
- 如果我无法自行进食, 我会感觉无法接受。
- 如果我无法认出我的家人和朋友, 我会感觉很难接受。

妮可的故事

43岁的妮可最近被确诊患上了帕金森氏病。她在“预立健康指令”里表示, 她不能接受自己永久性地丧失自行进食的能力。妮可希望她的家人了解对她而言重要的是什么, 因为当她受疾病影响丧失对手部或身体其他部分的控制能力时, 将由家人照护她。



3.3 如我临近死亡,我希望去往的地方

这一部分要求您描述:如您临近死亡,您希望在何地度过最后的数天或者数周。

此处提供了四个选项,您必须且只能选择其一。您可以在表格提供的方框内就您的选择提供更多详细信息。

示例:

- 身处大自然当中,对我很重要。我希望去一个有种有鲜花的花园或者靠近海滩的地方。
- 家人和朋友是我人生的重要部分。我希望离他(她)们尽可能近,以便他们可以很便利地定期探访我。
- 我是男同性恋者。能够去一个对我的性取向表示接纳及尊重的地方,对我很重要。

雷蒙的故事

95岁的雷蒙在过去五年里一直居住在养老院里,养老院成了他的家。雷蒙拟定了一份“**预立健康指令**”,他在指令里表示他希望能由家人围绕着在他当时居住的地方辞世。雷蒙的健康快速恶化,他的医护人员根据他的“**预立健康指令**”在他生命的最后数周里进行照护。他最终在家人的围绕中,在他所居住的老人院里安详地离世。



3.4 如我临近死亡, 以下事项很重要

这一部分要求您描述在临近死亡时能令您感到舒适的因素以及您希望陪伴您的人士。考虑您在生命结束时刻的愿望可能会是一件困难的事。您可思考在那一时刻对您重要的是什么, 您或可考虑对您而言重要的精神、宗教或文化传统, 或者是否有什么能令您感到舒适或内心安宁。

您可勾选所有适合您的选项, 并可在提供的方框里补充更多信息。

示例:

- 我是一位原住民长者。对我来说很重要的是: 我的家人和社区能够在我死亡之前、当时以及之后依据我的文化举行神圣的宗教习俗。
- 在我临近死亡时, 我希望我所在房间内有柔和的灯光照明并播放冥想音乐。我认为这样的环境令人放松。
- 在我临近死亡时, 我不希望被送往医院, 除非在居家情况下无法保持我的舒适与尊严。
- 我是一名印度教徒。我希望我的家族成员能围绕在我身边, 进行多种文化仪式。

安提的故事

64岁的安提数年来已有一些健康问题, 如糖尿病。她的大家族居住在特基河地区。如果她病倒, 在她可以旅行且不给她的家庭增添太大负担的情况下, 她希望由她的女儿卡罗尔带她回到乡村。把这些写进“预立健康指令”后, 她的愿望被清楚地表达了, 她感到安心。



第四部分：我在“预立健康指令”中关于治疗方面的决定

您必须在第四部分里记录至少一个关于治疗手段方面的决定，您的“预立健康指令”才被视为有效。请划去任何您不希望完成的问题。

您可使用本部分就您在未来希望或者不希望接受的治疗手段作出选择，其中包括了用以维持生命的治疗或干预手段（又称“生命维持治疗”）。您还可以决定是否在未来参与医学研究项目。医护人员必须遵照您在此处记录的决定。

“治疗”指的是任何药物或手术的治疗手段，包括姑息护理及生命维持手段、牙科治疗或其他健康护理。

“预立健康指令”中关于治疗的决定，是拟定人表达的对于开始或者持续任何治疗手段的允许或者禁止。

我们强烈建议您在拟定“预立健康指令”前与您的医生讨论您在治疗手段方面的决定。

您的医生和其他医疗专业人士可向您提供关于可选治疗手段的建议，及介绍它们可能如何对您产生影响。

4.1 关于生命维持治疗的决定

如您不希望完成这一部分，请将其划去。请注意：您必须在第四部分里记录至少一个关于治疗手段方面的决定，您的“预立健康指令”才被视为有效。

这一部分要求您记录在未来是否愿意接受为延续您生命而进行的治疗或者干预手段。只有在您无法自行作出决定或与他人沟通您的决定时，才会使用这一部分内容。

在考虑您愿意或者不愿意接受的生命维持治疗手段时，可考虑您在第三部分：我的价值观和重要选择中所列出的对您而言重要的事项。

您可与您的医生以及/或者其他医疗专业人士谈论以下问题，以助您完成“预立健康指令”的这一部分：

- 您在未来可能需要的生命维持治疗手段有哪些？
- 相关的生命维持治疗手段存在什么风险与副作用？
- 不同的生命维持治疗手段，可能如何影响您的长期健康及生活质量？



除在某些有限的例外情况下，医护人员必须遵照您对于生命维持治疗手段的选择。但是，填写了第四部分不代表您必须接受您所选择的治疗手段。如果一种治疗手段对您无益，您的医生没有提供它的义务。

请参考第三章：有用信息，该章的[常见问题](#)部分将提供更多关于生命维持治疗的信息。

“[预立健康指令](#)”的4.1部分提供了五个选项，您只能从中选择一个。

- **选项一：**我同意接受任何以维持或延长我的生命为目标的治疗手段。
- **选项二：**我同意接受任何以维持或延长我的生命为目标的治疗手段，除非我丧失健康或者受伤的程度已明显导致对我康复的合理预期值不可实现，即我无法再康复至不需持续接受生命维持治疗的程度。在此种情况下，我撤销对接受生命维持治疗的许可。
- **选项三：**我拒绝接受任何以维持或者延长我的生命为目标的治疗手段。
- **选项四：**我将在下方方框内提供我对特定生命维持治疗手段的意愿。
- **选项五：**我目前还无法作出决定。

您在4.1部分的选择仅针对生命维持治疗手段。即使您选择拒绝一切生命维持治疗，医护人员仍然会为您提供护理，减小痛苦、令您更舒适（如进行姑息护理）。

如果您不愿意接受临终治疗，请在4.2部分说明。

如果您选择了选项四，则需要针对具体的生命维持治疗手段决定是否接受或者拒绝。



每个人对于自己愿意或者不愿意接受的治疗手段都有自己的看法。以下的示例或可帮助您考虑和决定。您或可考虑提供多一些详细信息。如您感觉暂时还不能决定您在未来希望接受或者拒绝的生命维持治疗手段,可选择选项五。

示例:

示例:选项一——内森的故事

- 内森在五周前经历了一次心脏病发。他的全科医生告知他极有可能需要进行心脏手术。内森希望能在有需要时接受所有可以维持或延长他生命的治疗。
- **内森的选择:选项一——我同意接受任何以维持或延长我的生命为目标的治疗手段。**

示例:选项二——琳达的故事

- 琳达被确诊患有肾脏疾病。她已故的母亲是死于肾衰竭,琳达记得她在生命的最后时间里常有恶心的症状,并且,尽管她已无合理预期可以康复,仍然接受了治疗,并且因为治疗导致恶心症状加剧。琳达不希望自己也经历同样的情况。
- **琳达的选择:选项二——我同意接受任何以维持或延长我的生命为目标的治疗手段,除非我丧失健康或者受伤的程度已明显导致对我康复的合理预期值不可实现,即我无法再康复至不需持续接受生命维持治疗的程度。在此种情况下,我撤销对接受生命维持治疗的许可。**

示例:选项三——米娅的故事

- 米娅曾经接受针对乳腺癌的治疗。她近期刚被告知自己的乳腺癌复发了,她还有数月寿命,治疗延长她寿命的可能性极小。
- 米娅的朋友也曾患乳腺癌,她对于朋友为了延长生命而接受的化学药物治疗和朋友在治疗中承受的痛苦有强烈的感受。因此她决定,这一次她不希望接受任何延迟死亡的治疗,并且希望医护人员能够关注如何让她尽量舒适、少一些痛苦。
- **米娅的选择:选项三——我拒绝接受任何以维持或者延长我的生命为目标的治疗手段。**

示例:选项四——彼得的故事

- 70岁的彼得被确诊患有慢性阻塞性肺病(一种肺部的慢性疾病),他知道自己的状况只会进一步恶化。他认为自己居住在家仍然能够保持较好的生活质量,即使这意味着他需要使用吸氧设备,他仍然不愿意被安置在疗养院或者医院里并**永久性地**依赖呼吸机。
- **彼得的选择:选项四——我将在下方方框内提供我对特定生命维持治疗手段的意愿。**
 - 他勾选了选项(B)辅助呼吸设备,并且提供了以下说明:仅在短期使用且确保我后续可以出院返家的情况下使用(即便出院后需要在家使用吸氧设备)。我不希望在医院或者疗养院永久性使用呼吸机。
 - 他勾选了选项(C)其他治疗:我拒绝所有其他生命维持治疗。

示例:选项五——威廉的故事

- 威廉25岁,他从未经历过亲近的家人离世,也没有见过和他亲近的任何人有生命维持治疗的经历。
- **威廉的选择:选项五——我目前还无法作出决定。**

4.2 其他治疗方面的决定

如您不希望完成这一部分,请将其划去。请注意:您必须在第四部分里记录至少一个关于治疗手段方面的决定,您的“预立健康指令**”才被视为有效。**

这一部分要求您记录在未来愿意或不愿意接受的(除生命维持治疗之外的)其他治疗手段。只有在您无法自行作出决定或与他人沟通您的决定时,才会使用这一部分内容。

其他治疗手段可包括用以预防特定健康状况的药物(如:阿司匹林及胆固醇治疗等)或者输血。

如您指定了一种特定的治疗手段,请描述在何种情况下您愿意或不愿意接受该种治疗手段。

例如,如您表示不愿使用阿司匹林,那么请明确:您是希望在任何时候都不使用还是只在特定情况下不使用?

您可在提供的方框内进行说明。如果您需要额外的书写空间,可在本指南提供的供**4.2——其他治疗方面的决定**部分使用的额外页内书写,并附加到“预立健康指令”的4.2部分。

请参考第三章:有用信息,该章的**常见问题**部分将进一步介绍如何给您的“预立健康指令”增添页面。

示例：

健康情况	我的治疗手段选择
我的胆固醇水平非常高	不要为我使用胆固醇吸收抑制剂, 我无法承受此类药物的副作用。
任何情况下	不要为我进行输血或使用血液产品。这不符合我的信仰。
我有规律性偏头痛	不要为我使用阿司匹林, 阿司匹林会导致胃痛。

4.3 医学研究

如您不希望完成这一部分, 请将其划去。请注意: 您必须在第四部分里记录至少一个关于治疗手段方面的决定, 您的“预立健康指令”才被视为有效。

这一部分要求您明确是否愿意参与医学研究。只有在您无法自行作出决定或与他人沟通您的决定时, 才会使用这一部分内容。

参与医学研究, 可以帮助推动医学和科学知识的发展, 以预防、检测及/或治疗疾病。“预立健康指令”的4.3部分列出了多种不同类型的医学研究活动, 您可勾选您在何种情况下愿意或不愿意参与。下表列举了部分在4.3部分列出的医学研究活动。

医学研究活动的进行必须遵守严格的指引, 且需获得人类研究伦理委员会 (该委员会遵守《关于人类研究中的伦理行为的国家声明》) 的专家们关于进行研究的许可。

如您愿意在未来参与医学研究, 您的许可也只适用于获得人类研究伦理委员会许可并遵守《关于人类研究中的伦理行为的国家声明》的研究。如您希望了解更多关于医学研究的信息, 请访问公众代言办公室网站: publicadvocate.wa.gov.au。第三章: 有用信息的[常见词汇](#)部分也包含有更多相关信息。



研究类型	具体包含的研究活动
设备或仪器的使用	测试一种新的氧气面罩或心脏起搏器的有效性。
提供一种尚未获得相关健康护理领域大量从业者支持的健康护理手段	试用一种目前仅在由少量病人参与的研究中证实有效的药物或设备。
提供健康护理并进行对比评估	一种对比两类不同药物或治疗手段对某一疾病的效果的研究。在这种研究里, 两组病人会分别接受不同的治疗手段。
进行血液采样	一种需要对参与的病人采集血液样本并在实验室进行检验、寻找变化(如各种血液细胞的变化)的研究。
从身体部位提取组织或体液样本, 如口腔、咽喉、鼻腔、眼部或耳部	对痣或斑进行活检(在局部麻醉的情况下, 切除痣或斑的部分), 以筛检是否存在皮肤癌的迹象。在鼻腔内部使用拭子采样, 检测是否存在病毒或细菌。
任何在口腔、咽喉、鼻腔、眼部及耳部进行的非入侵性检查	在耳部、眼部或口腔使用灯光探照, 以检测是否存在疾病的迹象。
针对身高、体重及视力的非入侵性检查	使用体重秤测量体重。通过视力测试检测视力。
被作为观察对象进行观察	在进行各种不同活动时, 对呼吸频率、行动便利度进行评估。
参加意见调查、接受面谈或参与小组访谈	通过书面或者网络的形式, 参与意见调查, 回答关于治疗手段及护理的问题。接受访问, 或参加小组访谈, 就如何改善护理体验分享自己的想法。
收集、使用或公布信息, 包括个人信息	某些研究将(在得到病人许可的情况下)与研究人员分享病人的医疗记录, 以用于与其他病人的记录进行比照, 帮助理解不同群体病人之间的异同, 例如, 分享的信息可用于研究患有某种疾病的病人在患病10年内的住院率有多高。
对以上有医疗活动所收集的信息进行考虑与评估	对比从不同病人处收集的血液样本, 比较其异同以助于了解相关疾病并且研发治疗手段。

第五部分：协助我拟定“预立健康指令”的人士

您可以选择完成本部分的部分或者全部问题，或不完成任何问题。请划去任何您不希望完成的问题。

以下的某些问题可能需要您提供额外的信息（如翻译员的声明）。

您可使用本部分列出协助您完成“预立健康指令”的人士。

5.1 您在完成本表时是否有翻译员协助？

“预立健康指令”的5.1部分询问您在拟定“预立健康指令”时是否有翻译员协助。

这个问题有三个选项：

- **选项1：英语是我的第一语言——我不需要翻译员协助。**
如您对于英语语言能力自信，且没有使用翻译员协助完成“预立健康指令”的表格，请选择此项。
- **选项2：英语不是我的第一语言——我在完成“预立健康指令”时有翻译员协助，并且我提供了翻译员的声明。**
如您使用翻译员对“预立健康指令”的表格进行了翻译，请选择此项。您同时应完成本指南提供的[翻译员声明](#)，并附加在“预立健康指令”的5.1部分。
- **选项3：英语不是我的第一语言——我在完成“预立健康指令”时没有翻译员协助。**
如您的第一语言不是英语，但您在完成表格时没有翻译员协助，请选择此项。

您可以勾选以上任一选项，如您不愿意完成这一问题，可将其划去。

如您选择了选项2，我们建议您和您的翻译员一同参考第三章：有用信息，该章的[常见问题](#)部分将提供更多关于使用翻译员的信息。

如您选择了选项2——您和您的翻译员应完成本指南提供的翻译员声明，并附加到“预立健康指令”。



5.2 您是否曾签署持久监护人授权书 (EPG) ?

这一部分要求您说明您是否曾签署持久监护人授权书 (EPG)。

持久监护人授权书 (EPG) 是一份法律文件, 您可使用它合法指定一位或多位人士, 在您已无法自行作出或者沟通您的决定时, 代您作出关于生活方式与健康护理的决定。如您曾指定持久监护人, 我们强烈建议您将其信息填写在“[预立健康指令](#)”中。

由您指定来代您作出决定的人士被称为您的持久监护人。

持久监护人为您作出的决定不具备超越“[预立健康指令](#)”的效力, 某些特殊的情况除外 (如出现了在您完成“[预立健康指令](#)”时不存在的新的治疗手段)。

您只可从提供的选项中勾选一个。如您选择了选项2, 您应提供关于您的持久监护人授权书 (EPG) 及持久监护人的信息。

请参考第三章: 有用信息, 该章的[常见问题](#)部分将进一步介绍持久监护人的概念, 以及如何授权。


5.3 您是否曾就拟定“预立健康指令”咨询医疗以及/或者法律意见?

“[预立健康指令](#)”的5.3部分要求您提供您在拟定“[预立健康指令](#)”时曾寻求的任何医疗以及/或者法律意见。

您在拟定“[预立健康指令](#)”时, 寻求医疗以及/或者法律方面的建议可能对您有帮助, 这能够令您安心, 确信在“[预立健康指令](#)”中作出的决定是最符合您的利益及个人情况的。

您只可从关于医疗和法律建议的选项中各自勾选一个。

如您不愿回答这一问题, 请将其划去。



我们鼓励 (但不要求) 您在拟定“[预立健康指令](#)”时寻求医疗以及/或者法律方面的建议。



第六部分：签署与见证

您必须完成“预立健康指令”的这一部分，且必须满足具体的见证人要求。

为了确保您“预立健康指令”的有效性，在见证与签署时“预立健康指令”时必须符合以下要求。

- 您必须在有两位见证人在场的情况下前签署“预立健康指令”。两位见证人都必须亲眼见证您进行签署。
- 见证人也必须在“预立健康指令”上签字。您必须亲眼见证两位见证人进行签署。每一位见证人都必须亲眼见证另外一位见证人进行签署。
- 两位见证人都必须年满18岁且具有完全的法律行为能力。
- 两位见证人的其中一位必须是具有见证法律声明签署资格的法律授权证人。

请参考2015年宣誓, 宣誓书及法律声明法附录2中的法律授权证人清单。

wa.gov.au/government/publications/authorised-witnesses-statutory-declarations.

以下是一份简化的法律授权证人清单：

- 学者(高等教育机构)
- 会计
- 建筑师
- 澳洲领事官员
- 澳洲外交官员
- 法警
- 银行经理
- 特许秘书
- 药剂师
- 脊骨矫正师
- 公司审计师或清算师
- 法庭官员
- 国防部官员
- 牙医
- 医生
- 州议员选区办公室官员
- 工程师
- 工业协会秘书
- 保险经纪人
- 太平绅士
- 土地管理局官员
- 律师
- 当地政府首席执行干事或副首席执行干事
- 当地政府议员
- 损失理算人
- 婚姻公正官
- 议员
- 助产士
- 宗教部长
- 护士
- 验光师
- 辅助医疗人员
- 专利律师
- 物理治疗师
- 足病诊疗师
- 警员
- 邮局主管
- 心理学家
- 公证人
- 公职人员(联邦或州)
- 房地产经纪人的
- 结算代理人
- 警长或副警长
- 测量员
- 教师
- 审判庭官员
- 兽医

见证人地址不可提供邮政信箱,应为街道地址。所提供的街道地址可为商业地址、见证人的工作地址或居住地址。

请参考第三章:有用信息,该章的[常见问题](#)部分将提供更多关于见证人角色及职责的信息。

如果我不能自行签署“[预立健康指令](#)”,怎么办?

如您无法自行在已完成的“[预立健康指令](#)”上签字,您可以使用任何记号代替签名,比如您的姓名首字母,一个交叉,或者您的拇指印。

如果您使用签名之外的记号,您同时需要完成本指南提供的画押人声明,并附加到“[预立健康指令](#)”第二章的第六部分。如果您的“[预立健康指令](#)”包含了画押人声明,我们建议您同时(向事务律师或社区法务服务)寻求法律建议。

请参考第三章:有用信息,该章的[常见问题](#)部分将介绍有视觉障碍者、或在无法阅读或者/以及书写的情况下如何拟定“[预立健康指令](#)”。



第三章

本章包含了常见问题及答案, 以及准备、完成及保存“[预立健康指令](#)”的自查清单。同时还提供了常见的相关词汇, 以及获取更多相关信息的途径。

常见问题

本部分提供部分关于拟定“[预立健康指令](#)”的常见问题及答案。

一般问题

什么时候会使用我的“[预立健康指令](#)”？

只有在您无法自行作出或者沟通关于您的治疗及健康护理方面的决定、且“[预立健康指令](#)”适用于您需要的治疗手段时, 才会使用您拟定的“[预立健康指令](#)”。

我的“[预立健康指令](#)”有效期有多久？

在以下情况下, 您在“[预立健康指令](#)”中所作出的决定将一直有效:

- 您在世时, 或
- 您没有撤销(取消)您的“[预立健康指令](#)”时, 或
- 在“[预立健康指令](#)”中列出的治疗手段仍然相关时。您的“[预立健康指令](#)”对于在表格完成后可能出现的新的治疗手段并不适用。

如果我使用了较早的“[预立健康指令](#)”表格, 它是否仍然有效？

仍然有效。如果您使用了2023年2月4日前生效的“[预立健康指令](#)”表, 并且在完成表格的过程中遵守了所有法律方面的要求, 则您的“[预立健康指令](#)”将持续有效。

我需要登记我的“[预立健康指令](#)”表吗？

不需要。法律并不要求您对您的“[预立健康指令](#)”表进行登记。我们建议您将拟定“[预立健康指令](#)”的事告知与您亲近的以及参与您的照护的人士, 并与他们分享副本。如需了解更多相关信息, 请参考[我应该如何处理已完成的“\[预立健康指令\]\(#\)”？](#)

负责我的医护人员是否总是需要遵照我在“**预立健康指令**”中作出的决定？

是的。在大多数情况下，如果您因为病痛变得无法再作出或者沟通关于您的治疗和护理的决定，除某些少数的例外情况以外，医护人员必须遵照您在“**预立健康指令**”中作出的决定。

- 在您作出关于治疗的决定之后，与相关治疗手段有关的情况发生了变化，并且
- 您在“**预立健康指令**”中作出决定时，没有合理的理由可以预计到发生这种变化，并且
- 在了解这种情况变化后，一位具有正常思考能力的人士有可能会改变此前关于治疗手段的决定。

我多久需要重新回顾一次我的“**预立健康指令**”？在什么时候做比较好？

我们建议您每2-5年对您的“**预立健康指令**”进行一次回顾，或在您的个人情况发生变化时进行回顾。例如，如果您新近被确诊患上了一种持续性的并且/或者影响寿命的疾病，即使2-5年的间隔期未到，您可能仍然需要回顾您的“**预立健康指令**”。

“**预立健康指令**”和**预立护理计划**、**价值观及重要选择表**以及**预立护理计划**有什么不同？

预立护理计划是一个自愿参与的为未来的健康及个人护理做出规划的计划，您将记录下您的价值观、信仰及重要选择，以便在您无法作出或者沟通您的决定时，指导相关人士为您作出决定。

作为**预立护理计划**的一部分，您可能会需要完成一份**预立护理计划**文件，以记录您的价值观、信仰及重要选择。在西澳大利亚州，**预立护理计划**包含以下文件：

- 一份**价值观与重要选择表**：**我的未来护理服务计划**：用于记录您的价值观及您在未来希望获得的护理，包括您希望居住在何处，以及其他对您而言重要的事项。这份表格可被认定为普通法指令（如需了解更多信息，请阅读下方[普通法指令和“预立健康指令”有什么不同？](#)）
- 一份**适用于不具备决定能力人士的预立护理计划**：由获认可的与您存在亲密关系（如：具有最高优先级的、可联系到并且愿意为您作出决定的治疗决定人）的决定人代您拟定的，在您没有“**预立健康指令**”或者**价值观及重要选择表**时，用以指导医护人员为您作出医学治疗方面的决定。只有在相关人士不再具有决定能力、无法完成**价值观及重要选择表**和“**预立健康指令**”时，才会使用本表。这是一份非法律文件，也不是个人用以作出法定许可或拒绝治疗的文件。非法律文件在特定法案中不被认可。
- 一份“**预立健康指令**”：这是一份法律文件，用以记录您在未来如丧失健康或者受伤的情况下关于治疗手段的决定。您必须年满18周岁、具有作出并且沟通其决定的能力，才可以拟定“**预立健康指令**”。这是一份法律文件，获得法案认可。法律文件是对您的愿望进行记录的最有效、最正规的途径。

普通法指令和“预立健康指令”有什么不同？

普通法指令指的是个人作出的书面或者口头的沟通，记录对于未来健康问题的意愿，以及希望提供或者回避特定个人护理的背景。关于普通法指令，不存在正式的要求。认定普通法指令的有效性并明确可遵照其执行，可能非常困难。因此，并不建议用它来记录对于治疗手段的决定。

“预立健康指令”是关于在未来您如丧失健康或者受伤时希望或者不希望接受的治疗手段的记录。只有年满18周岁并且具有作出以及沟通决定能力的人士，才可以完成。“预立健康指令”是一份法律文件，受到法律认可。法律文件是对您的愿望进行记录的最有效、最正规的途径。

见证、署名及分享副本

他人可以违背我的意愿、强迫我签署“预立健康指令”吗？

不能。“预立健康指令”中所有的决定必须是您自愿作出的。任何违背您的意愿、在诱导或者胁迫的情况下作出或者强迫您作出的治疗决定都是无效的。

如家庭成员或者医护人员怀疑“预立健康指令”并非在自愿的情况下完成，或者完成“预立健康指令”时受到了诱导或胁迫，应依据1990年监护人身份及行政法，向西澳大利亚州行政审判庭提出申请，以确认“预立健康指令”是否有效。

我能请我的医生见证我签署“预立健康指令”吗？

可以。您可以请您的医生为您见证签署“预立健康指令”。您的医生必须作为签署见证人，在另外一位见证人的见证下进行签名，另外这位见证人也必须年满18周岁。

我可以请家庭成员作为我“预立健康指令”的签署见证人吗？

可以。但是，我们建议您选择独立于您家庭的人士、而非您的家庭成员来做签署见证人。

我可以请我的翻译员作为我“预立健康指令”的见证人吗？

不能。如果您在准备“预立健康指令”时使用了翻译服务，那么您的翻译员就不能作为您“预立健康指令”的签署见证人。

我需要告知他人我拟定了“预立健康指令”吗？

我们强烈建议告知与您亲近的人以及参与照护您的人您已拟定“预立健康指令”，并且与他们分享副本。告知他们您将“预立健康指令”存放于何处，以便在未来有需要时他们可以取用。

增加或修改信息、附加额外内容及撤销(取消)“预立健康指令”

我能在我的“预立健康指令”内额外附加页面吗？

可以。只要是在见证签署之前，您就可以向您的“预立健康指令”内增加更多信息。在见证签署之后，不能再增加额外的页面。

如何为我的“预立健康指令”增加额外页面？

如您需要为您的“预立健康指令”增加额外页面，请您：

- 确保在为某一章节增加页面时，新增页面与该章格式一致
 - 如您需要增加页面至第4.2部分，您可使用本指南提供的[4.2——其他治疗方面的决定\(额外页面\)](#)
 - 如您需要增加翻译员声明，请使用本指南提供的[翻译员声明](#)并将其附加至第5.1部分
 - 如您需要增加画押人声明，请使用本指南提供的[画押人声明](#)并将其附加至第6部分
- 使用装订等方式，将新增页面增加至“预立健康指令”的相应部分
- 在您签署“预立健康指令”（第六部分）时，在额外增加的页面底部签名并写上日期。

请确保您的见证人：

- 按照在第6部分签名的要求，在所有额外增加并装订至“预立健康指令”的页面底部签名。



在见证签署“**预立健康指令**”后,还能增加或者修改其中的决定吗?

不能。在您的“预立健康指令”被见证签署后,您不能增加或者修改其中的决定。

如果您需要修改您的“预立健康指令”,您应该撤销(或取消)您目前的“预立健康指令”,并另外拟定一份新的“预立健康指令”。

如果我在见证签署“**预立健康指令**”后更改了地址或者联系信息,应该怎样处理?

您的地址以及/或者联系信息变更不影响“预立健康指令”的有效性。如仅仅是个人信息改变,您不需要因此撤销(或取消)您的“预立健康指令”。您只需告知持有您“预立健康指令”副本的人士您的个人信息已变更。

如何撤销(或取消)我的“**预立健康指令**”?

您必须具有完全的法律行为能力,才可以撤销“预立健康指令”。法律确保“预立健康指令”不可在个人不具备法律行为能力时被拟定、修改或撤销。

“预立健康指令”中有一条声明,您可通过勾选它,撤销所有以往的版本。

西澳大利亚州政府建议您书面通知所有相关人士(个人及机构)您撤销(取消)了您的“预立健康指令”。这可能会包括您的全科医生、其他医疗专业人士、健康护理提供者以及当时持有您“预立健康指令”副本的家庭成员以及/或者朋友。

所有持有您“预立健康指令”副本的人士都应将副本交还予您,您应销毁收回的副本。

“**预立健康指令**”是否可包含对器官及组织捐赠的许可?

不能。“预立健康指令”不可用于正式表达您对器官及组织捐赠的意向。器官及组织捐赠的意愿应在donatelife.gov.au正式进行登记。您还应与家庭成员谈论这一决定,这非常重要,因为如您离世,亲属将被询问是否同意进行捐赠。

我是否可以在“**预立健康指令**”中提供对自愿协助死亡的许可?

不能。在西澳大利亚州,符合条件的人士可以合法地选择自愿协助死亡(请访问health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying获取关于自愿协助死亡的更多信息)。“预立健康指令”中不可包含对自愿协助死亡的许可,但如果自愿协助死亡是您可能考虑的选择,您可咨询您的健康护理提供者,或联系西澳大利亚州自愿协助死亡全州护理指导服务部门。该服务部门的护理指导人员是具有资质的医疗专业人士,对于将自愿协助死亡作为生命末期的一种选择,他们有深刻的了解,对于支持病人、其家庭及医护人员也具有丰富经验。。

多语言支持

“**预立健康指令**”提供其他语言的版本吗？

不提供。“预立健康指令”只提供英语表格，并且必须用英语填写才有效。本指南及其他预立护理计划信息有多种语言的版本。请访问healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives获取更多信息。

我可以获取翻译员协助完成我的“**预立健康指令**”吗？

是的，您可以在翻译员的协助下完成“预立健康指令”。我们建议您选择在笔译方面有资质以及/或者获得认证的翻译员。请参考[第二章：拟定“预立健康指令”的步骤](#)的第5.1部分，该部分[何处可获取更详尽信息](#)提供有如何获取翻译服务的信息。

我是否可以要求我的医生约请口译员协助与我讨论我的“**预立健康指令**”？

可以。如果您希望与您的医生（或者任何其他医疗专业人士）就您的“预立健康指令”进行讨论，您可以要求使用口译服务。口译员可以在现场进行翻译或者通过电话进行翻译。

在完成“**预立健康指令**”时，我和我的笔译员应该做些什么？

您和您的笔译员应完成本指南提供的[翻译员声明](#)，并将其附加至您“预立健康指令”的[第二章第5.1部分](#)。

如果我有视力障碍，或者我无法阅读以及/或者书写，可以怎样完成“**预立健康指令**”？

无法阅读以及/或者书写，以及/或者无法签名，都不会影响您拟定“预立健康指令”。您可请他人将“预立健康指令”（以及本指南）读给您听，您可请他人协助完成“预立健康指令”。

如您在完成“预立健康指令”后无法签名，可请他人代您签名。代您签名的人士需要完成第6部分签名区域的第二、第三行。

如您希望使用画押的方式，以签名之外的记号签署在“预立健康指令”上，您必须完成本指南提供的[画押人声明](#)并将其附加至您“预立健康指令”的第6部分。选择画押的方式签署时，关于见证人的要求与使用签名进行签署时相同。

如您的“预立健康指令”附加了画押人声明，我们建议您同时向事务律师或社区法律服务寻求法律建议。本指南的[何处可获取更详尽信息](#)部分提供了更多关于法律建议的信息。

生命维持治疗

什么是生命维持治疗？

生命维持治疗是在个人发生死亡危险时以保持其存活以及/或者持续生存为目标而进行的治疗。以下是一些生命维持治疗的示例：

- CPR (心肺复苏术) (如:在心脏停止跳动时,进行心肺复苏术以保持心脏的泵血功能)
- 辅助呼吸(如:通过面罩及呼吸管辅助呼吸的器械)
- 人工补液(如:通过补液管,将液体输入至静脉、组织或胃部)
- 人工给养(如:通过鼻胃管进行喂养)
- 接受血液产品(如:输血)
- 抗生素(如:通过口腔注射或静脉滴注,注入抗感染的药物)

持久监护人授权书

持久监护人授权书是什么？

持久监护人授权书 (EPG) 是一份法律文件,您通过它授权一位您选择的人士,在您不幸丧失为自己作出或者沟通决定的能力时,该人士将为您作出重要的关于个人、生活方式及治疗手段方面的决定。

您授权的这位人士被称为持久监护人。您可以授权一位持久监护人决定您的住处、所接受的支持与服务以及所接受的治疗。您不能授权持久监护人为您作出关于您的财产或经济方面事务的决定。您可以指定多位持久监护人,但是他们必须一同履行职责,这意味着他们必须在代表您作出决定时在所有决定上都达成一致。

请访问justice.wa.gov.au/epg获取更多关于持久监护人表及持久监护人的信息。

如果我拟定了“预立健康指令”,是否必须同时填写持久监护人表?

不是。并没有强制要求您在拟定“预立健康指令”时必须同时填写持久监护人表。

但是,指定持久监护人后,如您丧失作出或沟通决定的能力时,他人为您作出的决定将有更大机会体现您的价值观、信仰及重要选择。



经认证的副本及存放

我如何为我的“预立健康指令”创建经认证的副本？

经认证的副本即由法律授权见证人认证过为原件真实副本的文件影印件。在西澳大利亚州并没有法律说明如何认证一份文件的影印件或者由谁进行认证。

但是, 惯例是由2005年宣誓, 宣誓书及法律声明法附录2中的法律授权证人清单中的法律授权见证人对文件进行认证。请访问公众代言办公室网站publicadvocate.wa.gov.au或司法部justice.wa.gov.au资料页——认证文件的影印件以获取关于认证文件影印本的更多信息。

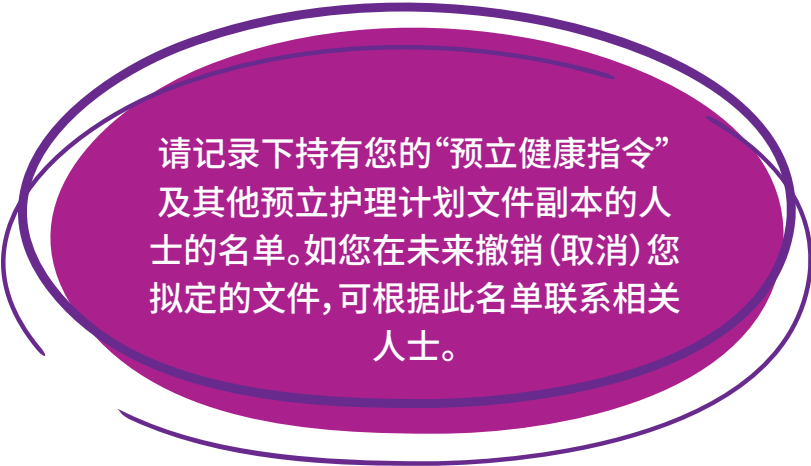
在完成“预立健康指令”之后, 我应该做什么？

您应将您的“预立健康指令”原件保存在安全的地方。

您可以在“我的健康记录”网页保存一份您的“预立健康指令”。请访问我的健康记录网址digitalhealth.gov.au, 上传您的“预立健康指令”。

我们建议您将拟定“预立健康指令”的事告知您亲近的人士或参与照护您的人士。您可与他们分享“预立健康指令”的副本。可以保存副本的人士没有人数限制, 可以包括以下人士:

- 您的家人、朋友及护工
- 持久监护人
- 全科医生/当地医生
- 其他医疗专家或医护人员
- 养老院
- 您当地的医院
- 法务人士



请记录下持有您的“预立健康指令”及其他预立护理计划文件副本的人士的名单。如您在未来撤销(取消)您拟定的文件, 可根据此名单联系相关人士。

您也可以选择以下的方式让他人知晓您有拟定好的“预立健康指令”。包括:

- 在您的钱包里携带“预立健康指令”警示卡——您可拨打联系健康部预立护理计划热线 9222 2300, 或发送电子邮件至acp@health.wa.gov.au索取该警示卡。
- 佩戴医疗警示手镯(请访问medicalert.org.au了解更多信息)。

拟定“**预立健康指令**”的自测清单

完成**粗体显示**的选项将确保您的“**预立健康指令**”有效。

- 阅读“预立健康指令”，并使用本指南进行准备，理解您在完成“预立健康指令”时需要考虑什么。
- 考虑对您而言最为重要的价值观、健康及健康护理方面的问题，以及如您在未来严重丧失健康或受伤时最为重要的是什么。
- 与亲近的家人及朋友谈论对您而言重要的事项，以及您的价值观及健康护理方面的重要选择，包括生命末期护理。
- 请您的医生为您解释在“预立健康指令”中列出的生命维持治疗项目。
- 思考您是否希望指定一位或者多位持久授权人，承担为您作出关于健康及生活方式方面决定的责任。如您决定指定，考虑具体的人选，并与其谈论您的愿望。
- 考虑拟定“预立健康指令”可能会怎样影响到您已经完成的其他预立护理计划文件。
- 通过手写或者向PDF文件电子输入的方式，完成您的“预立健康指令”内的个人信息部分。
- 完成第一部分——我的个人信息**
- 在第四部分——我在“预立健康指令”中关于治疗方面的决定中至少记录一个关于治疗的决定。**
- 如您在翻译的协助下完成“预立健康指令”，请完成“预立健康指令”的5.1部分以及本指南提供的翻译员声明，并将其附加到您“预立健康指令”的5.1部分。
- 在两位见证人在场见证的情况下签署“预立健康指令”的第六部分。两位证人都需要年满18周岁，并且其中一位需要是在西澳大利亚州获得见证法律文件的授权的人士。**
- 如您使用画押而非签名的方式签署“预立健康指令”，请完成本指南提供的画押人声明并将其附加至您“预立健康指令”的第六部分。**
- 创建“预立健康指令”的认证副本，请上传一份副本至**我的健康记录** (myhealthrecord.gov.au) 以确保在有需要的时候治疗您的医护人员可以获取您的“预立健康指令”。
- 将“预立健康指令”的原件存放在安全的地方。
- 将“预立健康指令”的认证副本交给亲近的家庭成员及朋友，以及参与照护您的人士。
- 规划一个回顾“预立健康指令”的时间(通常是2到5年)，或者在您的健康状况发生变化时立刻回顾。

何处可获取更详尽信息

本章提供了一张相关机构清单, 以下机构可协助您理解并拟定“**预立健康指令**”。

“预立健康指令”

西澳大利亚州健康部——预立护理计划信息热线

一般性咨询及免费索取预立护理计划相关自愿(如:“预立健康指令”)

电话号码:9222 2300

电子邮件:acp@health.wa.gov.au

网址:healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

姑息护理热线

提供关于预立护理计划、姑息护理、丧失与哀悼的信息与支持

电话号码:1800 573 299 (接听时间:每天早上9点至下午5点)

网址:palliativecarewa.asn.au

西澳大利亚州姑息护理

一般性咨询, 资源及预立护理计划免费社区工作坊信息

电话号码:1300 551 704 (接听时间:周一至周四)

网址:palliativecarewa.asn.au

澳洲预立护理计划免费支持服务

针对医护人员及大众的一般性咨询, 以及关于填写预立护理计划相关文件的支持

电话号码:1300 208 582 (接听时间:澳洲东部时间周一至周五早上9点至下午5点)

网址:advancecareplanning.org.au

持久监护人授权书

公众代言办公室

关于持久监护人表、持久监护人及能力评估的信息

电话号码:1300 858 455

电子邮件:opa@justice.wa.gov.au

网址:publicadvocate.wa.gov.au

医疗建议

请向您的全科医生、专家或者当地医生寻求意见

healthdirect Australia

保护致电者隐私的电话服务,为致电者提供健康建议

可将您推荐您本地的全科医生,或您也可以与healthdirect的注册护士交谈

电话号码:1800 022 222 (全年每日的所有时间都有人接听)

网址:healthdirect.gov.au

法律建议

请向您的律师或事务律师寻求法律建议

西澳大利亚州律师协会

电话号码:9324 8600

您可在以下网址搜索律师:lawsocietywa.asn.au/find-a-lawyer

公民咨询局

电话号码:9221 5711

网址:cabwa.com.au

社区法律中心

电话号码:9221 9322

网址:communitylegalwa.org.au

西澳大利亚州法律援助

电话号码:1300 650 579

网址:legalaid.wa.gov.au

关于持久监护人表及“预立健康指令”的生效申请

州行政审判庭(SAT)

电话号码:1300 306 017

网址:sat.justice.wa.gov.au

如您需要笔译员或口译员

如果您在理解本指南时感到困难,或者希望将本指南翻译成其他语言,西澳大利亚州口笔译员学院WAITI和笔译及口译国家认证机构NAATI的网站上有认证翻译员名录,您可从中选择翻译员协助您。您也可联系西澳大利亚原住民翻译(Aboriginal Interpreting WA)。

Aboriginal Interpreting WA

电话号码:0439 943 612

网址:aiwaac.org.au

如果您是失聪人士或有听力或者言语障碍

请使用全国中继服务致电本节列出的机构。请访问communications.gov.au/accesshub获取更多信息。



常见词汇

本节提供“**预立健康指令**”中常见的词汇及解释。

预立护理计划

这是一个自愿参与的为未来的健康及个人护理进行规划的计划。参与人的价值观、信仰及重要选择将被用于在未来其本人无法作出或沟通决定的时候指导相关决定。

预立护理计划文件

这是一个总称,指的是预立护理计划相关的所有文件(法定及非法定文件)。在西澳大利亚州,它包括“预立健康指令”、价值观及重要选择表:我的未来护理服务计划、持久监护人表、以及适用于不具备决定能力人士的预立护理计划。

预立护理计划

包含多个文件,用以记录个人的信仰、价值观及重要选择中与未来的护理决定相关,但是由于个人行为能力缺乏、决定能力缺乏或形式上的欠缺(如个人识别不足、签名及日期不全等)而导致达不到符合法定或一般法认可标准的部分。预立护理计划可以是口头或者书面的,推荐以书面形式作出。

“预立健康指令”

这是一份自愿拟定的、个人主导的法律文件,由具有完全法律行为能力的成年人完成,重点在于个人关于未来护理方面的决定的价值观及重要选择,包括其希望选择的治疗结果及护理。

这份表格明确拟定人对于具体治疗手段在特定背景下提供的许可或拒绝,只有在其本人丧失沟通其意愿的能力时才会生效。

行为能力

个人在以下情况被视为具有行为能力:

- 能够理解为了帮助其在“预立健康指令”中作出决定而提供的任何信息或建议
- 能够理解其在“预立健康指令”中作出的决定可能会对未来的治疗及护理产生怎样的影响
- 能够权衡其关于未来治疗及护理作出的决定可能具有的益处与弊端
- 能够用某种方式对其关于未来治疗与健康护理的决定进行沟通。

经认证的副本

按照要求进行有效见证的“预立健康指令”原件的影印件,在法律授权见证人认证为原件的真实副本之后,即为经认证的副本。

生命末期

个人在患有限制寿命的或潜在致命性疾患的情况下生存的时段。一般在预期寿命不超过未来12个月时,被认为是进入生命末期。

持久授权委托书

个人通过这一文件,授权他人(被称为持久授权委托书被授权人)为自己管理财务上的事务。

持久监护人授权书(EPG)

持久监护人授权书是一份法律文件。个人通过这一文件,指定他人在未来自己无法就个人、生活方式及治疗决定作出合理决定时,代自己作出决定。

持久监护人

在持久监护人授权书 (EPG) 中被指定以为授权人作出关于个人、生活方式、治疗及医疗研究方面决定的个人。

健康护理

健康护理可包括医学治疗、生命维持治疗、手术、精神健康治疗、药物、牙科治疗、孕期护理、紧急护理、医疗护理、足科诊疗、物理治疗、眼科验光检查、心理咨询、原住民健康护理、职业治疗, 以及其他由已注册的执业健康从业者提供的服务, 比如传统中医。

医护人员

任何经过注册的在健康领域涉及身体研究的某一学科或职业从业的人士, 包括在法律规定的特定行业从业的人士。

LGBTQIA+

自我认知为女同性恋者、男同性恋者、双性恋者、跨性别者、间性者、疑性者、无性恋者以及/或者其他多元的性取向及性别认知者。

生命维持手段及治疗

使用医学、手术或医疗的程序将不能独立运作的重要身体功能重新恢复。包括辅助呼吸及心肺复苏术。

医学研究

在医药及健康领域进行的、研究患病个体 (或与其相关因素)、其数据或组织的研究, 包含为了研究目标而进行的研究活动。

姑息护理

以为患有危及生命的疾病的病人及其家人与护工提高生活质量为关注点的健康护理。

姑息护理重视病人的重要性及其家人/护工的独特性, 并且考虑生理、社会、经济、情感及精神方面的压力, 所有这些压力都可能影响病人的体验, 影响其治疗结果。

公众代言

依据1990年监护及行政管理法任命的法定官员, 其职责是推动保障具有决定能力障碍的成年人的权利。

州行政审判庭 (SAT)

依据1990年监护及行政管理法对持久监护人及“预立健康指令”相关事务进行审理的司法机构。

治疗决定

关于开展或继续任何治疗的许可或者拒绝许可。

紧急治疗

紧急治疗是为了拯救病人生命、避免对其健康造成严重损害或避免其遭受痛苦或持续遭受重大痛苦或压力而进行的治疗。

以下是“预立健康指令”中使用的医学词汇

抗生素

一种用于治疗感染的药物。

人工补液

通过补液管,将液体输入至静脉、组织或胃部。

人工给养

通过鼻胃管进行喂养。

血液产品

血液包含血红细胞、白细胞、血小板、抗体及维持生命的蛋白质,如协助凝血的蛋白。“血液产品”指的是任何从血液某一成分衍生的产品。

输血

通过输液管将血液或血液产品注入病人的血管内。

心肺复苏术(CPR)

为了保持心脏的泵血功能而进行的紧急手段。在心脏停止跳动以及/或者呼吸停止时,通过胸腔按压以及/或者使用心脏除颤器,以及辅助呼吸手段。

化学疗法

用以治疗癌症的药物。化学疗法包括使用药物杀死或者遏制癌症细胞在身体内的传播。

血液透析

通常在肾脏衰竭病人身上使用的治疗手段,目的是从血液中清除代谢废物并纠正液体及电解质失衡。

疾病

任何具有明确的、清楚定义的症状的病痛或不适。

深切护理

医学的一个分支,为病情危急、需要深切监护的个人提供生命或器官支持。又称重症加护医学。

气道插管及机械通气

在个人无法自主呼吸时进行的医疗手段。气道插管是将通气管(通常通过口腔)深入肺部。机械通气指空气通过通气管。

静脉内注射

静脉内的意思是“进入静脉”。静脉内注射指的是通过注射或滴注将液体注入病人的静脉内。

限制生命的疾病/状况

指的是一种疾病、状况或者损伤可能会造成死亡。此处并不限于死亡将在短时间内发生的最终阶段。

止痛药物

任何为减轻疼痛而给予的药物。疼痛药物可通过多种方式给药,口服、注射或通过皮表药贴。

病人

任何需要治疗的个人。

瘫痪

丧失使用或者控制身体某部分肌肉的功能。瘫痪常由神经损伤导致。

败血症

一种致命的病症,体现为身体为应对感染而摧毁自身的组织和器官。败血症可引起败血性休克、器官衰竭,如果没有得到及早确诊及治疗,甚至会导致死亡。

中风

由脑血管阻塞或爆裂而引起的大脑功能的突然丧失,典型表现是丧失肌肉控制功能,感官衰减或丧失甚至失去意识、眩晕、口齿含糊或者其他由于大脑损伤程度及严重性不一而导致的不同症状。

已完成的“预立健康指令”示例

后续页面提供了一份已完成的“预立健康指令”示例。您可参考这份示例，准备及完成您自己的“预立健康指令”。

拟定“预立健康指令”需要较多时间，您可分次完成，并不需要一次完成。

本指南附带的额外书写页

本指南附带一份空白的“预立健康指令”。

如您因为以下原因需要额外附加页面，可使用本指南提供的额外书写页：

- 您需要额外的书写页面完成第4.2部分——其他治疗方面的决定
- 您在填写“预立健康指令”的过程中使用了翻译
- 您需要使用签名之外的任何记号对您的“预立健康指令”进行签署。

您也可从以下网址获取这些书写页：healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives。



XY310580

Advance Health Directive

This form is for people who want to make an Advance Health Directive in Western Australia.

To make an Advance Health Directive, you **must be 18 years or older and have full legal capacity.** Your Advance Health Directive is about your future treatment. It will only come into effect if you are unable to make reasonable judgements or decisions at a time when you require treatment.



Part 4 marked with this symbol, contains your treatment decisions. If you choose not to make any treatment decisions in Part 4, then the document is not considered a valid Advance Health Directive under the *Guardianship and Administration Act 1990*.

Please tick the box below to indicate that by making this Advance Health Directive you revoke all prior Advance Health Directives completed by you.

In making this Advance Health Directive, I revoke all prior Advance Health Directives made by me.

This form includes instructions to help you complete your Advance Health Directive. For more information on how to complete the form and to see examples, please read the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia*.

Before you make your Advance Health Directive, you are encouraged to seek medical and/or legal advice, and to discuss your decisions with family and close friends. It is important that people close to you know that you have made an Advance Health Directive and where to find it. Once you complete your Advance Health Directive, it is recommended that you:

- store the original in a safe and accessible place
- tell your close family and friends that you have made an Advance Health Directive and where to find it
- upload a copy of your Advance Health Directive to My Health Record – this will ensure that your Advance Health Directive is available to your treating doctors if it is needed
- give a copy of your Advance Health Directive to health professionals regularly involved in your healthcare (for example, your General Practitioner (GP), a hospital you attend regularly, and/or other health professionals involved in your care).

If English is not your first language, you may choose to engage a translator. Western Australian Institute of Translators and Interpreters (WAITI) and National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) have online directories which list qualified and credentialed translators able to assist you.

Advance Health Directive

Part 1: My personal details

You must complete this section

You **must** complete this section.

You **must** include the date, your full name, date of birth and address.

This Advance Health Directive is made under the **Guardianship and Administration Act 1990 Part 9B** on the:

	15th	(day)
of:	October	(month)
	2021	(year)
by:	Marie Catherine Richards	(name)

Full name	Marie Catherine Richards		
Date of birth	3rd October 1951		
Address	5 Richmond Street		
	Canning Vale	WA	6155
	Suburb	State	Postcode
Phone number	9000 0000		
Email	marierichards@gmail.com.au		

Part 2: My health

2.1 My major health conditions

Use Part 2.1 to list details about your major health conditions (physical and/or mental).

Cross out Part 2.1 if you do not want to complete it.

Please list any major health conditions below:

I was diagnosed with bowel cancer 7 years ago. I had surgery and chemotherapy.

I am in remission but have been told there is a chance the cancer may come back.

I also have high blood pressure and cholesterol. I am on medication for the blood pressure.

2.2 When talking with me about my health, these things are important to me

Use Part 2.2 to provide information about what is important to you when talking about your treatment.

This might include:

- How much do you like to know about your health conditions?
- What do you need to help you make decisions about treatment?
- Would you like to have certain family members with you when receiving information from your health professionals?

Cross out Part 2.2. if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you when talking to health professionals about your treatment:

I like to know as much as I can about all my health conditions.

It takes me a long time to understand what my GP and health professionals tell me in appointments. I like to take my son with me to appointments – he knows how best to explain everything to me.

Part 3: My values and preferences

This part encourages you to think about your values and preferences relating to your health and care now and into the future. This may help you to decide what future treatment decisions you want to make in Part 4: My Advance Health Directive Treatment Decisions.

In this part, you are not making decisions about your future treatment. Use Part 4 to make decisions about your future treatments.

Cross out any parts that you do not want to complete.

3.1 These things are important to me

Use Part 3.1 to provide information about what 'living well' means to you now and into the future.

This might include:

- What are the most important things in your life?
- What does 'living well' mean to you?

Cross out Part 3.1 if you do not want to complete it.

Please describe what 'living well' means to you now and into the future. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe:

My family and friends are the most important thing in my life. I also like to go to my local lawn bowls at the community centre where I have a regular group of friends that I bowl with every week. I would like to keep visiting them and bowling for as long as I can.

- Spending time with family and friends
- Living independently
- Being able to visit my home town, country of origin, or spending time on country
- Being able to care for myself (e.g. showering, going to the toilet, feeding myself)
- Keeping active (e.g. playing sport, walking, swimming, gardening)
- Enjoying recreational activities, hobbies and interests (e.g. music, travel, volunteering)
- Practising religious, cultural, spiritual and/or community activities (e.g. prayer, attending religious services)
- Living according to my cultural and religious values (e.g. eating halal, kosher foods only)
- Working in a paid or unpaid job

Part 3: My values and preferences

3.2 These are things that worry me when I think about my future health

Use Part 3.2 to provide information about things that worry you about your future health.

This might include:

- Being in constant pain.
- Not being able to make your own decisions.
- Not being able to care for yourself.

Cross out Part 3.2 if you do not want to complete it.

Please describe any worries you have about the outcomes of future illness or injury:

I have occasional aches and pains that come with being 70 years old but I really worry about constant pain. I don't think I could cope if I was always in pain.

I also worry about my family and friends not being able to understand me and about not being able to communicate as I have always done.

3.3 When I am nearing death, this is where I would like to be

Use Part 3.3 to indicate where you would like to be when you are nearing death.

When you are nearing death, do you have a preference of where you would like to spend your last days or weeks?

Cross out Part 3.3. if you do not want to complete it.

Please indicate where you would like to be when you are nearing death. Tick the option that applies you. You can provide more detail about the option you choose in the space below.

- I want to be at home – where I am living at the time
- I do not want to be at home – provide more details below
- I do not have a preference – I would like to be wherever I can receive the best care for my needs at the time
- Other – please specify:

Please provide more detail about your choice:

I would really like to stay at home for as long as possible. If my family find it too hard to look after me at home, then I understand it will be best if I move into a nursing home. I trust them to choose a home that is right for me.

Part 3: My values and preferences

3.4 When I am nearing death, these things are important to me

Use Part 3.4 to provide information about what is important to you when you are nearing death.

This might include:

- What would comfort you when you are dying?
- Who would you like around you?

Cross out Part 3.4 if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you and what would comfort you when you are nearing death. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe: *I grew up on a farm in the country so I would really like to visit the countryside and be near open spaces as I am nearing death.*

- I do not want to be in pain, I want my symptoms managed, and I want to be as comfortable as possible. (Please provide details of what being comfortable means to you)

- I want to have my loved ones and/or pets around me (Please provide details of who you would like with you)

I would like my sister, my children, grandchildren and my dog, Abbey, to be with me.

- It is important to me that cultural or religious traditions are followed (Please provide details of any specific traditions that are important for you)

- I want to have access to pastoral/spiritual care (Please provide details of what is important for you)

- My surroundings are important to me (e.g. quiet, music, photographs) (Please provide details of what is important for you.)

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions

This part of your Advance Health Directive contains treatment decisions in respect of your future treatment. A **treatment** is any medical or surgical treatment including palliative care and life-sustaining measures (such as assisted ventilation and cardiopulmonary resuscitation), dental treatment, or other healthcare.

A **treatment decision** in an Advance Health Directive is a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of any treatment and includes a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of the person's participation in medical research. This decision applies at any time you are unable to make reasonable judgements in respect of that treatment.

Treatment to which you consent in this Advance Health Directive can be provided to you. Treatment to which you refuse consent to in this Advance Health Directive cannot be provided to you. Your enduring guardian or guardian or another person cannot consent or refuse consent on your behalf to any treatment to which this Advance Health Directive applies.

It is recommended that you discuss your treatment decisions with your doctor before completing this part.

Cross out any parts if you do not want to complete them.

Note: You MUST make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions

Use Part 4.1 to indicate your instructions for future life-sustaining treatments.

You can give an overall instruction or list individual treatments that you consent or refuse consent to receiving in future. You can also list circumstances in which you consent or refuse consent to a particular treatment.

Life-sustaining treatments are treatments used to keep you alive or to delay your death.

Read all options before making a decision. The options are over 2 pages.

Cross out Part 4.1 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

If I do not have the capacity to make or communicate treatment decisions about my healthcare in the future, I make the following decisions about life-sustaining treatment:

Tick only one of the following options. If you choose Option 4, complete the table overleaf.

Option 1 **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

Option 2 **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life unless it is apparent that I am so unwell from injury or illness that there is no reasonable prospect that I will recover to the extent that I can survive without continuous life-sustaining treatments. In such a situation, I withdraw consent to life-sustaining treatments.**

Or

Option 3 **I refuse consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

Option 4 **I make the following decisions about specific life-sustaining treatments as listed in the table below. (Tick a box in each row of the table).**

Or

Option 5 **I cannot decide at this time.**

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

**Please complete this table if you have ticked Option 4 above.
If you have ticked Option 1, 2, 3 or 5, do not complete this table.**

This table lists some common life-sustaining treatments. Use the boxes to indicate which treatments you consent to or refuse consent to receiving. You can also list circumstances in which you consent to treatment. There is also space for you to add any life-sustaining treatments not listed here.

Tick one box per row in the table below.

If you choose Option B for any treatments, please specify the circumstances in which you consent to the treatment.

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
CPR Cardiopulmonary resuscitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Assisted ventilation A machine that helps you breathe using a face mask or tube	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment? <i>Only if this treatment was temporary and if I could then return home, even with oxygen. I do not want to be permanently on a breathing machine in hospital or in a nursing home.</i>			
Artificial hydration Fluids given via a tube into a vein, tissues or the stomach	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Artificial nutrition A feeding tube through the nose or stomach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
Receiving blood products such as a blood transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Antibiotics Drugs given to help fight infection, given by mouth, injection or by drip tube	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Use the boxes below to list any other life-sustaining treatments you do/do not consent to receive:				
Other life-sustaining treatment (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Other life-sustaining treatment (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.2 Other treatment decisions

Use Part 4.2 to indicate your decisions for other (non-life-sustaining) treatments.

There are a range of other treatments that may be options for you in future.

Examples include treatments for mental health (e.g. electroconvulsive therapy) and drugs used to prevent certain health conditions (e.g. aspirin, cholesterol treatments).

When making the treatment decision, list the circumstances in which you want your decision to apply (e.g. in all circumstances, or specify particular circumstances).

A treatment decision only applies in the circumstances you specify.

Please ensure you indicate in the 'My treatment decisions' column whether you consent or refuse consent to any treatment you refer to.

If you need more space, use the blank My Advance Health Directive treatment decisions form provided as an insert with the Advance Health Directive form.

Cross out Part 4.2 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Health circumstances	My treatment decisions
<i>I have very high cholesterol</i>	<p><i>Do not give me cholesterol absorption inhibitors.</i></p> <p><i>I cannot tolerate the side effects.</i></p>

I have made more treatment decisions using the template and attached _____ (specify number of pages) additional pages.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research

Use Part 4.3 to provide treatment decisions about the types of medical research you consent or refuse consent to take part in, and any circumstances in which these decisions apply.

Taking part in medical research may be an option for you even if you are unable to make or communicate decisions.

A treatment decision may include deciding whether to start or continue to take part in medical research. Your involvement in medical research, and any treatments you receive as part of the medical research, must be consistent with what you have agreed in your Advance Health Directive. The decisions you make in your Advance Health Directive about participating in medical research only operate while you are alive.

If you do not make a decision about participation in medical research, Part 9E of the *Guardianship and Administration Act 1990* will operate as to how decisions will be made about participation in medical research.

Cross out Part 4.3 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Please tick a box showing whether you consent to taking part in the listed medical research activities and the circumstances in which you would consent. You may tick more than one circumstance for each research activity.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
The administration of pharmaceuticals or placebos (inactive drug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
The use of equipment or a device	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Providing health care that has not yet gained the support of a substantial number of practitioners in that field of health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Providing health care to carry out a comparative assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Taking blood samples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taking samples of tissue or fluid from the body, including the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any non-intrusive examination of the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A non-intrusive examination of height, weight or vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Being observed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Undertaking a survey, interview or focus group	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Collecting, using or disclosing information, including personal information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considering or evaluating samples or information taken under an activity listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Any other medical research not listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Part 5: People who helped me complete this form

5.1 Did you use the services of a translator when completing this form?

Use Part 5.1 to show whether you engaged a translator in completing this form.

If English is not your first language, you can engage a translator when completing this form.

If you engaged a translator when making this Advance Health Directive, you and your translator should complete the translator statement provided in the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia* and attach it to your Advance Health Directive.

Cross out Part 5.1 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	<input checked="" type="checkbox"/>	English is my first language – I did not need to engage a translator.
Option 2	<input type="checkbox"/>	English is not my first language – I engaged a translator when making this Advance Health Directive and I have attached a translator statement.
Option 3	<input type="checkbox"/>	English is not my first language – I did not engage a translator when making this Advance Health Directive.

Part 5: People who helped me complete this form

5.2 Have you made an Enduring Power of Guardianship (EPG)?

Use Part 5.2 to indicate whether you have made an Enduring Power of Guardianship (EPG) and provide details if relevant.

An Enduring Power of Guardianship (EPG) allows you to name and legally appoint one or more people to make decisions about your lifestyle and healthcare if you lose capacity.

A person you appoint to make decisions on your behalf is called an enduring guardian.

An enduring guardian cannot override decisions made in your Advance Health Directive.

Cross out Part 5.2 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	<input type="checkbox"/>	I have not made an Enduring Power of Guardianship.
Option 2	<input checked="" type="checkbox"/>	I have made an Enduring Power of Guardianship.

My EPG was made on:

	<input type="text" value="10th"/>	(day)
of:	<input type="text" value="March"/>	(month)
	<input type="text" value="2015"/>	(year)

My EPG is kept in the following place (be as specific as possible):

<input type="text" value="The top drawer of my office drawers with my birth certificate."/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

I appointed the following person/s as my enduring guardian:

Name: <input type="text" value="Anna Falkner"/>	Phone: <input type="text" value="9222 0000"/>
---	---

Joint Enduring Guardian (if appointed):

Name: <input type="text"/>	Phone: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

Substitute enduring guardian/s (if any):

Name: <input type="text"/>	Phone: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

Other substitute enduring guardian (if more than one):

Name: <input type="text"/>	Phone: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

Part 5: People who helped me complete this form

5.3 Did you seek medical and/or legal advice about making this Advance Health Directive?

Use Part 5.3 to indicate whether you obtained medical and/or legal advice before making this Advance Health Directive and provide details if relevant.

You are encouraged (but not required) to seek medical and/or legal advice to make an Advance Health Directive.

Cross out Part 5.3 if you do not want to complete it.

Medical advice

Option 1	<input type="checkbox"/>	I did not obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.
Option 2	<input checked="" type="checkbox"/>	I did obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained medical advice from:

Name:	<i>Dr Alan Ng</i>
Phone:	<i>9000 0000</i>
Practice:	<i>Shepperton Road Family Practice</i>

Legal advice

Option 1	<input checked="" type="checkbox"/>	I did not obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.
Option 2	<input type="checkbox"/>	I did obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained legal advice from:

Name:	
Phone:	
Practice:	

Part 6: Signature and witnessing

You must complete this section

- You **must** sign this Advance Health Directive in the presence of 2 witnesses. If you are physically incapable of signing this Advance Health Directive, you can ask another person to sign for you. You must be present when the person signs for you.
- 2 witnesses must be present when you sign this Advance Health Directive or when another person signs for you.
- Each of the witnesses must be 18 years of age or older and cannot be you or the person signing for you (if applicable).
- At least one of the witnesses must be authorised by law to take statutory declarations.
- The witnesses must also sign this Advance Health Directive. Both witnesses must be present when each of them signs. You and the person signing for you (if applicable) must also be present when the witnesses sign.

You must sign this form in the presence of 2 witnesses. Both witnesses must be present when you sign this form. The witnesses must sign in each other's presence.

Signed by: (signature of person making this Advance Health Directive)

[Handwritten signature]

Date: (dd/mm/year) 04/08/2022

Or

Signed by: (name of person who the maker of Advance Health Directive has directed to sign)

Date: (dd/mm/year)

In the presence of, and at the direction of: (insert name of maker of Advance Health Directive)

Date: (dd/mm/year)

Witnessed by a person authorised by law to take statutory declarations:

Authorised witness's signature: *[Handwritten signature]*

Authorised witness's full name: Georgina Tulloch

Address: 16 Wallock Street, West Leederville, WA 6007

Occupation of authorised witness: Teacher

Date: (dd/mm/year) 04/08/2022

And witnessed by another person:

Witness's signature: *[Handwritten signature]*

Witness's full name: Robert Williams

Address: 45 Fort Avenue, Wembley, WA 6014

Date: (dd/mm/year) 04/08/2022

残障人士如有需要,可联系本部以获取本资料的其他形式(请致电9222 2300或发送电子邮件至 acp@health.wa.gov.au)。

© 健康部2022

除有特殊声明外,本资料享有西澳大利亚州法律保护的版权。除依据1968年版权法案准许的出于私人学习、研究、评论或审阅目的的合理使用之外,未经西澳大利亚州的书面许可,本资料的任何部分不得被复制或重新使用于任何用途。