

---

# 您作为纽约州境内医院 患者所享有的权利



请保留本手册以备参考。  
请仔细阅读本手册，并与  
参与您的护理的家人和朋友分享其中所含信息。

---

请保留本手册以备参考。请仔细阅读本手册，并与参与您的护理的家人和朋友分享其中所含信息。

州政府与联邦政府要求纽约州内所有医院在住院患者入院时向其提供特定信息及相关材料。此手册收集了所有相关信息，为住院患者就其所享有的各项权利做出解释，并就如何获得所需援助为其提供建议。

此手册共可分为两部分：

- 其中第一部分对纽约州内各住院患者所享有的各项权利做出解释。  
此部分中含术语表，可帮助患者理解医院中的常用专业术语。
- 第二部分则为根据法律要求纽约州内各医院须向其住院患者所提供的相关文件材料。

如有任何问题或建议，请发送邮件至：[hospinfo@health.ny.gov](mailto:hospinfo@health.ny.gov)

# 目录

<b>关于您的权利</b>	2
关于您的特殊需求	2
关于您医院护理的疑问/问题/投诉	3
如果您认为被要求过早出院	4
您有权就以下事项投诉：	
医生或医师助理相关问题	5
其他医疗护理专业人士相关问题	5
您的医院服务账单或医疗保险相关问题或投诉	6
获取您的病历	7
术语表	8
<b>法规与信息</b>	12
患者权利清单	13
关于您作为医院住院患者所享有权利的重要信息 （适用于尚未参保 Medicare 医疗保险的患者）	14
Medicare 患者入院通知	16
Medicare 重要信息	17
做出关于医疗护理的决定：患者和家属指南	21
简介	22
有能力做出知情决定的成年患者	22
预设医疗指示/医疗护理委托书	22
在医院和疗养院内的医疗护理决定	23
拒绝或撤回生命维持治疗的决定	24
法定监护人及代理人的决定标准	26
解决纠纷	27
医院或疗养院外 DNR 指令	28
指派您的健康护理代理人—纽约州委托书法	29
纽约州卫生部通知函 （SPARCS数据收集系统）	37
妊娠信息	38
家庭暴力：孕产妇患者通知	39
家庭暴力：受害者权利通知	41
父母权利清单	43

# 关于您的权利

**作为纽约州境内医院的患者，您享有由州及联邦法律法规保证的特定权利和保障。**这些法律法规有助于确保您获得优质、安全的医院护理服务。本手册由纽约州卫生部编制，旨在帮助您了解您的权利。

**请保留本手册以备参考。**请仔细阅读本手册，并与参与您的护理的家人和朋友分享其中所含信息。

您有权参与您的医疗护理相关决定，并了解您所获知的您的护理和治疗相关情况。例如，您有权获得关于您所接受的检验、治疗及为您开具的处方药物的清晰说明。如有任何疑问，您可随时咨询您的医生、护士或医院工作人员。**您有权知道当前所发生的事情。**

**每位患者均独一无二，每次住院治疗都各有不同。**了解您所享有的具体权利以及您认为自己需要帮助时该怎么做，这点十分重要。部分权利和保障，例如与出院时间相关权利和保障，应根据所收到的正确书面通知而定。其中还将就您可在何时向何处通过电话或书面形式寻求帮助作出说明。

**如有问题或不明之处，请与您的护士、医生、社工或患者代表沟通。**

**他们可以：**

- 帮助您解惑答疑；
- 安排特殊帮助；
- 联系您的家人；
- 为您安排外语译员和手语译员；及
- 使您的住院过程在总体上变得更为便捷。

## 关于您的特殊需求

**每家医院都必须安排工作人员解释或回答与您的权利有关的问题，并提供有关如何保障这些权利的信息。**

- 如果您的听力或视力受损，或英语不是您的第一语言，则必须提供熟练译员帮助您。如果您认为需要留存重要医院表格、说明及信息，则须为您提供其译文和/或记录。

**但您必须明确说出上述要求并提出问题。**

您可以在入院前联系患者代表，从而确保在您抵达时已为您进行特殊安排。

- 如果对本手册中的任何信息有疑问或认为您的需求未得到充分满足，请咨询患者代表或其他医院工作人员以获得进一步说明，或者也可联系纽约州卫生部（请参见第3页）。

## 关于您医院护理的疑问/问题/投诉

如果您住院期间护理服务的任何方面存在担忧、问题或欲进行投诉，请告知您的医生、护士或医院工作人员。如果医院工作人员未能解决问题，您可以通过信件或电话与纽约州卫生部联系。

您可以拨打免费专线1-800-804-5447 或以书面形式投诉，信件请寄至：

New York State Department of Health  
Centralized Hospital Intake Program Mailstop:CA/DCS  
Empire State Plaza  
Albany, NY 12237

# 如果您认为被要求过早出院

**您有权就您的医生与医院工作人员所做出的医疗决定**或您的管理式医疗计划提出上诉:

- 关于您的出院时间;
- 如果您认为被要求过早出院;
- 如果您认为给您提供的出院后医疗护理计划及其他服务存在不足或不妥; 或
- 如果无法为您提供所需服务。

法律要求事先向您出具**书面**通知, 告知您以下事项:

- 医师和/或医院计划允许您出院的日期;
- 如果您希望继续住院, 如何提出上诉; 及
- 出现任何出院相关问题时可供拨打的特殊号码。

请参见第 14 页以获得更多信息。

## 获取援助/帮助

关于您所在地区和您的保险给付范围相关问题, 将由一家独立专业审查机构 (IPRA) 负责处理。如果您需要 IPRA 的援助/帮助, 医院会告知您其联系电话/联系人。请参见第 9 页和第 15 页以获得更多信息。

## 仅适用于 Medicare 患者

如果您认为您被要求过早出院且事先未收到告知出院时间的通知, 请索取您的出院通知 (其标题为 “Medicare 关于您自身权利的重要信息”)。如果您是卫生保健机构 (HMO) 成员, 亦应要求提供 “Medicare 关于您自身权利的重要信息”。如需对医师和医院关于您出院时间的决定提出上诉, 则须持有该书面出院通知。请参见第 17 页的 “Medicare 关于您自身权利的重要信息” 以获得完整说明。

## 适用于管理式医疗患者

若您已参加 HMO 或管理式医疗计划且您认为您的福利受到不公平限制或拒绝、您被要求过早出院或具有医疗必要性的服务被不当地从您的给付范围中排除, 则应首先向该 HMO 或该计划的资源使用审查委员会申请/提交加急上诉。如果对上诉结果不满, 您可致电管理式医疗认证与监察署专线 **1-800-206-8125**, 与纽约州卫生部联络。

Managed Care Law of 1996 (1996 年管理式医疗法) 修订 Public Health Law 4408 (公共卫生法 4408), Disclosure of Information (信息披露)。

# 您有权就以下事项投诉

- 医生或医师助理

如果您认为您从医生或医师助理处获得的护理服务存在不称职、疏忽或欺诈之处，您可以向纽约州卫生部职业医疗行为办公室（OPMC）举报。OPMC 会对报告中提到的医师和医师助理可能存在失职行为进行调查。报告内容必须包括医生或医师助理的全名、地址以及所有相关信息。报告须以书面形式寄送至：

**New York State Department of Health  
Office of Professional Medical Conduct  
Intake Unit  
Riverview Center  
150 Broadway, Suite 355  
Albany, NY 12204-2719**

如需获得更多相关信息或投诉表，请致电 **1-800-663-6114** 或访问卫生部网站 [health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/](http://health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/)。

所有报告内容均严格保密。调查后可能会召开由职业医疗行为委员会委员参与的正式听证。该委员会由卫生部长所指定的医师和消费者成员组成。

关于医生或医师助理“医疗不端行为”的相关示例，请参见第 10 页术语表。

- 其他医疗护理专业人士

如果您认为从护士、牙医、社工、验光师、心理医师、物理治疗师或作业治疗师及足科医师等任何其他持有执照的医疗护理专业人士处得到的护理服务存在不称职、疏忽或欺诈之处，您可以通过以下联系方式进行投诉：

**New York State Education Department  
Office of Professional Discipline  
475 Park Avenue South  
2<sup>nd</sup> Floor  
New York, New York 10016  
1-800-442-8106**

# 您的医院服务账单或医疗保险相关问题或投诉

- 作为住院患者, 您有权获得分项账单。
- 您的医院服务账单上可能会列出名为“附加费”的收费项目。这些附加费将为重要公共项目提供资金, 尽管在账单上可能未作为单独收费项目出现, 但数年前便已设立。该附加费代表除纽约州医院服务账单总额外应收取的额外金额, 且视您的保险合同而有所不同, 纽约州法律允许医院向您收取其中部分费用。
- 医院将与保险公司、HMO、其他类型的管理式医疗计划以及商业保险公司和自保机构共同商定缴费率。上述费率可能存在差异。如对您的给付范围存有任何疑问, 请联系您的保险公司。

**如对您的给付范围、付费服务或已支付金额存有任何疑问, 请联系医院收费处及您的保险公司为您答疑解惑/解决问题。**

## 适用于 Medicare 患者

如果您是 Medicare 患者且需咨询医院服务账单相关问题, 请致电 Medicare 专线:  
**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

## 适用于管理式医疗患者

如果您已参加管理式医疗计划但未能获得所需护理服务或对您的护理服务不满意, 您可针对该计划提起投诉。该计划必须在其手册上向您说明如何投诉以及如何获得即时审查。如果对 HMO 或计划对您投诉而做出的回应不满意, 请联系纽约州卫生部:

**1-800-206-8125**

Medicare 管理式医疗计划参保人员可致电 Livanta:  
**1-866-815-5440**



# 获取您的病历

**纽约州法律要求所有医疗护理从业人员和机构允许患者获取其本人病历。**公共卫生法第 18 条规定了如何获取上述记录的相关程序以及在哪些情形下提供者可拒绝。患者及对子女所接受护理作出授权的家长或监护人可以书面形式索取信息。

如果您**希望查看**您的病历, 请询问您的医生和/或医院的病历主管。纽约州法律保证您可在提交书面申请后 10 个工作日内查阅您的病历。

如果您希望获得您的病历**副本**, 您必须向医院提交书面申请。将该申请提交至医院的病历主管。如果您申请获取记录副本, 医院最高可按每页 75 美分向您收费。

如果医院未确认收到或回应您的请求, 您可以致电 1-800-804-5447 向卫生部投诉。

**如果您在获取您的全部或部分住院记录时遭拒**, 您可以向纽约州卫生部病历获取审查委员会提出上诉。医院/医生需提供表格 (DOH -1989), 说明拒绝原因和此上诉流程相关信息。医疗服务提供者须提供上述表格并根据公共卫生法第 18 条规定将其填写完整。如需了解完整流程相关描述, 包括所需使用表格、该上诉如何生效以及上诉失败时可采取的措施, 可访问以下网址:

[health.ny.gov/professionals/patients/patient\\_rights/docs/you\\_and\\_your\\_health\\_records.htm](http://health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/docs/you_and_your_health_records.htm)

# 术语表

**预设医疗指示** 预设医疗指示是指您在发生导致丧失能力的疾病或伤害前做出的口头或书面指示（请参见第 22 页）。如果您病情过重或无法做出护理决定，预设医疗指示可以表达您本人关于治疗的意愿，医护人员即可据此行事。预设医疗指示包括但不限于**医疗护理委托书、您病历中所记录的拒绝心肺复苏术 (DNR) 指令**同意书以及**生前遗嘱**。

## 心肺复苏术 (CPR)

CPR 是当患者呼吸或循环停止时用于恢复其心肺功能的医疗程序（请参见第 24 页）。

## 诊断相关分组 (DRG)

系统将患者入院治疗的所有原因分为约 600 个组，从而确定由您的保险向医院支付的金额。DRG 系统以相同年龄段、诊断病情相同或相似且需要同种治疗方法的患者的平均治疗成本为基础。例如，需为肺炎患者与髋骨骨折患者支付的金额有所不同。该系统已将医院开支、地区成本、通货膨胀及患者需求等纳入考量。纽约州卫生部针对各医院内的各个 DRG 制定了相应的 Medicaid 和工伤赔偿/无过失缴费率。**患者住院天数不受限制**。您的住院时长完全取决于您的病情。（注：部分专科单位和机构尚未采用 DRG。）

## 出院通知

纽约州境内医院的出院通知应包含您的出院日期，以及若对通知持有异议时应如何提出上诉的相关信息。医院须在所有患者（收到“Medicare 重要信息”的 Medicare 患者除外）出院前 24 小时以**书面形式**向其提供出院通知。**如果 Medicare 患者不同意出院，须要求医院提供书面出院通知（“Medicare 重要信息”）**。如遇患者索要，则必须向患者提供该通知。医院提供该通知后，Medicare 患者如对该通知持有异议，即可提出上诉。

## 出院计划

纽约州境内医院的所有患者（包括 Medicare 患者）在出院前都必须收到**书面出院计划**。此计划应对您在出院后可能需要的任何医疗护理服务相关安排作出说明。**在您出院前，此计划中提及的必要服务必须已安排妥当或可合理获得**。

## 出院规划

出院规划是医院工作人员与您及您的家人或代理人就您出院后所需护理共同进行准备并做出安排的过程。上述护理可能是自我护理、家属护理、家庭健康援助或转入其他医疗护理机构接受护理。出院规划包括评估和确定您在出院时的需求，并对在您出院后可满足这些需求的相应护理进行规划。**在您出院前，必须向您提供书面计划**。出院规划通常涉及患者、家属或您指定的代理人、您的医生及医院工作人员。部分医院配备了被称为“出院规划师”的工作人员。而在另一些医院则可能由护士或社工协助进行出院规划。

## 拒绝心肺复苏术 (DNR) 指令

根据您的要求，您的治疗医嘱图表中可包含 DNR 指令。DNR 指令指示医务人员切勿在您呼吸或心跳停止时尝试实施抢救。这意味着医生、护士及其他医疗护理从业人员不会采取口对口复苏、胸外按压、电击、插管以打开气道、向心脏注射药物及开胸等急救程序。根据纽约州法律，所有成年患者均可在有两名见证人在场的情况下以口头或书面形式申请下达 DNR 指令。此外，医疗护理委托法允许您指定当您无法做出 DNR 及其他治疗相关决定时可代您做出决定者。

## 医疗护理委托书表

纽约州法律允许您指定家属或密友等您信任的人作为您的医疗护理代理人，在您本人丧失决定能力时做出与您的治疗有关的决定。您还可以通过该表表达关于在您去世后进行器官捐献的意愿（请参见第 29 页）。

## 独立专业审查机构 (IPRA)

如果 Medicaid 给付患者、私人保险承保患者或无任何保险的患者在出院后无法顺利获得其所需护理服务, 则将由此类审查机构处理其上诉。例如, IPRA 会对在专业医护人员认定该患者已可出院前对出院患者的病历进行审查, 并确认相应出院计划是否已完成或相应服务是否已就位。

## 岛屿同行评议机构 (IPRO)

岛屿同行评议机构 (IPRO) 与纽约州卫生部共同对医院向符合 Medicaid 医疗补助计划相关要求的患者所提供的护理服务进行审查。这是 Medicaid 医疗补助计划患者在认为院方过早安排其出院时应联系的机构。请致电 1-800-648-4776 或 1-516-326-6131 免费专线。

## Livanta

这是由联邦和纽约州政府签约的质量改进组织, 负责对纽约州境内医院向 Medicare 患者所提供的护理进行审查。

- 这是 Medicare 患者在认为院方过早安排其出院时应联系的机构。同时参保 Medicare 和 Medicaid 医疗补助计划的患者可拨打免费专线 1-866-815-5440 与 Livanta 联系。
- 如您为 Medicare 患者且希望就您所获得的护理服务质量进行投诉, 请致电 Livanta 免费专线 1-866-815-5440。
- TTY 用户请拨打 1-866-868-2289。
- Livanta 针对所有语言提供翻译服务。

## 生前遗嘱

生前遗嘱是事先表明您关于各种治疗方案及特定病情的具体指示和选择的书面文件。在您病重且无法交流时, 生前遗嘱可以被认定是您意愿的证明 (如果所述意愿明确且令人信服)。

## 管理式医疗

管理式医疗指个人 (或家属) 医疗护理的组织 and 付费方式。尽管卫生保健机构 (HMO) 是目前已知最为出色的管理式医疗计划, 但仍有多种医疗计划可供选择。如果您已参加管理式医疗计划, 则您所接受的医疗护理服务将由该计划和/或主治医师负责协调。因此, 对于可根据您所参加的计划之规定和所含福利获得医院服务等医疗护理服务的方式、时间和地点, 您应当有所了解。请仔细阅读您所参加计划的注册信息, 并咨询您的计划代表, 确保您已充分了解您的待遇、权利和责任。

## Medicaid 医疗补助计划 (《社会保障法》第 XIX 部分)

Medicaid 医疗补助计划是一项联邦计划, 由联邦、州和地方政府共同提供资金, 旨在为贫困人口, 尤其是符合收入水平等特定资格要求的特定人群提供医疗护理服务。

## 医疗不端行为

如果您认为您从医生或医师助理处所获得的护理服务不佳或不合格 (护理服务中存在不称职、疏忽或欺诈之处), 您可上报至纽约州卫生部。法律要求医师及其他健康专业人士在出现任何疑似不端行为时进行上报。

部分医疗不当行为示例包括:

- 欺骗性执业, 或存在严重不称职或渎职行为;
- 在受到酒精、毒品、生理残疾或精神残疾影响的情况下继续执业;
- 被定罪;
- 因种族、宗教信仰、肤色或人种等原因拒绝提供医疗服务;
- 保证通过医疗服务能够治愈患者疾病;
- 经患者书面要求, 仍拒绝向患者或其他医师提供 X 光片或病历副本;
- 故意制作或提交虚假报告或拒绝提交法律要求的报告, 或诱使他人如此行事;

- 故意骚扰、虐待或威吓患者；以及
- 要求进行过度检查或治疗；
- 以利用患者的方式推销服务、商品、器械或药品；
- 遗弃或忽视正在接受紧急专业护理及需要接受紧急专业护理的患者。

如需获取更多相关信息，《纽约州教育法》第 6531 条对医疗不端行为作出定义，可访问以下链接进行详细了解：[health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/laws.htm](http://health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/laws.htm)

### **Medicare**（《社会保障法》第 XVII 部分）

Medicare 是一项联邦计划，由联邦政府管理，为 65 周岁及以上人士或残障人士支付部分医疗服务费用。参保资格完全取决于参保人年龄和残障情况。

### **生命维持治疗医嘱 (MOLST)**

为提供高质量临终关怀服务，尊重患者意愿是其中的关键所在。为帮助医师及其他医疗服务提供者讨论并传达患者对于是否接受心肺复苏术 (CPR) 及其他生命维持治疗所表达的意愿，卫生部已批准全国范围内的医护人员及机构使用名为生命维持治疗医嘱 (MOLST) 的医师指令表 DOH-5003。MOLST 适用于出现严重健康问题且符合以下条件的患者：

- 希望拒绝或接受任一或所有生命维持治疗；
- 居住于长期护理机构内或需接受长期护理服务；以及/或
- 可能在一年内死亡。

如需获取上述表格或更多详细信息，请访问：

[health.ny.gov/professionals/patients/patient\\_rights/molst/](http://health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/)

**患者代表** 患者代表为医院工作人员，是患者、家属、医师及其他医院工作人员间的纽带。患者代表应当解答患者关于医院程序的疑问、满足患者的特殊需求或解决其担忧，并帮助患者解决问题。患者代表熟悉所有医院服务，将为您提供所需帮助。患者代表所提供的服务不收取任何费用。

### **品质改善机构 (QIO)**

QIO 是负责对为符合 Medicare 资格的患者所提供的住院医院服务进行持续审查的机构。纽约州境内的 QIO 为 Livanta (请参见第 9 页)。

### **资源使用审查**

资源使用审查是对护理的必要性、适当性和有效性进行评估的过程。资源使用审查由医院资源审查 (UR) 委员会、品质改善机构 (QIO) (请参见 QIO)、公共机构 (如卫生部门) 或独立机构执行。

# 法规与信息

本节将就法律规定您作为纽约州境内医院的住院患者应当收到的各项文件进行说明。

## 患者权利

患者权利清单 . . . . .	13
关于您作为医院住院患者所享有权利的重要信息 (适用于尚未参保 Medicare 医疗保险的患者) . . . . .	14
Medicare 患者入院通知 . . . . .	16
Medicare 重要信息 . . . . .	17
做出关于医疗护理的决定: 患者和家属指南 . . . . .	21
指派您的健康护理代理人—纽约州委托书法 . . . . .	29
医疗护理委托书格式 . . . . .	33

## 数据收集

纽约州卫生部通知函 (说明 SPARCS 数据收集系统) . . . . .	35
产妇患者预约时必须提供的信息:	
妊娠信息 . . . . .	36
家庭暴力: 孕产妇患者通知 . . . . .	37
家庭暴力: 受害者权利通知 . . . . .	39
父母权利清单 . . . . .	41

## 出院前必须提供的信息:

- **所有**患者均须收到书面出院计划。
- **Medicare**患者将收到“Medicare 重要信息”。
- 其他**所有**患者均须收到出院通知。

**如果您无法理解上述材料或对其存有任何疑问, 请要求医院工作人员为您做出解释。这是您的权利!**



# 患者权利清单

## 作为纽约州境内医院的患者，您依法享有以下权利：

- (1) 理解并行使这些权利。如果您因任何原因无法理解当前情况或需要帮助，医院必须为您提供帮助，包括安排口译人员。
- (2) 在不受种族、肤色、宗教、性别、民族、残障、性取向、年龄或收入来源歧视的前提下接受治疗。
- (3) 在无不必要限制且干净、安全的环境中接受周到细致的护理
- (4) 在需要时接受紧急护理。
- (5) 获知负责在您住院期间为您提供护理的医生的姓名和职务。
- (6) 获知所有参与您的护理的医院工作人员的姓名、职务和职能，以及拒绝其治疗、检查或观察。
- (7) 指定一名将包括在您的出院计划并提供出院后护理信息或指导的护理人员。
- (8) 获得关于您的诊断、治疗和预后的完整信息。
- (9) 获得需由您提供知情同意的拟定程序或治疗的所有相关信息。上述信息应当包括该程序或治疗的潜在风险和益处。
- (10) 获得需由您提供知情同意的拒绝心肺复苏指令的所有相关信息。您还有权指定当您病情过重无法做出知情同意时可代您行事的人员。如果希望得到其他信息，请索要一份“Deciding About Health Care — A Guide for Patients and Families”（做出医疗护理决定 — 患者和家属指南）手册。
- (11) 拒绝接受治疗并获知可能因此对您的健康情况造成的影响。
- (12) 拒绝参加研究。在决定是否参加时，您有权得到充分的解释。
- (13) 住院期间的隐私权及所有与您的护理有关的信息和记录的保密权。
- (14) 参与与您的治疗和出院相关的所有决定。医院必须向您提供书面出院计划以及如何就您的出院相关问题提出上诉的书面说明。
- (15) 免费查看您的病历；如需取得病历副本，医院可就此收取合理费用。医院不会仅因您无力付费而拒绝提供副本。
- (16) 收到分项账单以及对所有收费项目的说明。
- (17) 查看医院项目和服务的标准收费清单及医院参与的健康计划。
- (18) 通过独立争议解决流程对未预期账单提出质疑。
- (19) 不惧报复地就您获得的护理和服务进行投诉并要求医院做出回应，如您提出要求，医院应给予书面回应。如您对医院的回应并不满意，您可向纽约州卫生部投诉。医院必须向您提供州卫生部的联系电话。
- (20) 授权家人及其他具有优先探视权的成年人根据您可接受探视的能力进行探视。
- (21) 表达您关于解剖捐赠的意愿。16岁以上的人可以通过注册纽约州捐赠生命登记处或通过多种书面方式（例如医疗护理委托书、遗嘱、捐赠卡或其他签名文件）表达器官和/或组织捐赠授权来证明其同意在死亡时捐献器官、眼睛和/或组织。医疗护理委托书可从医院获得。

《公共卫生法》(PHL)2803 (1) (g) 患者权利, 10NYCRR, 405.7, 405.7(a) (1), 405.7(c)

# 关于您作为医院住院患者所享有权利的重要信息

## 您作为住院患者的权利

您有权获得为治疗您所患疾病或所受伤害所需的一切医院护理服务。您的出院日期仅取决于**您的**医疗护理需求,而非您的 DRG 类别或保险。

您有权充分了解可能对您的护理服务及保险给付范围产生影响的相关决定。**提出问题。**您有权指定可代您本人行事的代表。

您有权了解您的病情。与您的医生交流您的病情和医疗护理需求。如果对医院服务、您的出院日期或出院计划存有任何疑问或担忧,请咨询您的医生或医院代表(例如护士、社工或出院规划师)。

在您出院之前,您必须收到书面出院通知和书面出院计划。您和/或您的代表有权参与您的出院规划。

您有权对医院出具的书面出院计划或通知提出上诉。

## 如果您认为您被要求过早出院

请确保您已收到医院必须向您提供的书面出院通知。您需具备此出院通知方可提出上诉。

此通知将为您说明向谁以及如何提出上诉。为避免产生额外费用,您致电提出上诉的时间必须不晚于计划出院日期。若错过此时间,您仍然可以上诉。但如果您上诉失败,可能需要支付因继续住院而产生的费用。

## 出院计划

除上诉权外,您还有权获得书面出院计划,该计划会就您在出院后可能需要的所有后续医疗护理安排作出说明。在您的书面出院计划中所要求的服务已安排妥当或经医院确定您可合理获得该服务之前,建议您暂缓出院。您也有权对此出院计划提出上诉。

## 患者权利\*

此时必须为您提供有关您作为患者所享有的额外权利的基本声明。

## 获取援助/帮助

负责处理您所在地区和您的保险给付范围相关问题的独立专业审查机构（IPRA）是：

\*本手册现已包含此信息。

患者会收到关于其入院和出院权利的通知。Medicare 患者会收到 “Medicare 患者入院通知”，而其他所有患者均会收到 “关于您作为医院住院患者所享有权利的重要信息”。

《公共卫生法》 2803 (1) (g) 出院审查

10NYCRR, 405.9 (b) (14) (i) 和 405.9 (b) (14) (ii)

患者（或其指定的个人代表）会收到书面出院通知和出院计划副本。必须让患者（或其代表）有机会签署文件以及收到已签名文件副本。

10NYCRR, 405.9 (g) (1) 和 405.9 (g) (3) (i)



# MEDICARE 患者入院通知

## **根据纽约州法律，您享有以下权利：**

在您出院之前，您必须收到书面出院计划。您或您的代表有权参与您的出院规划。

您的书面出院计划必须就您在出院后可能需要的所有后续医疗护理安排作出说明。在您的书面出院计划中所要求的服务已安排妥当或经医院确定您可合理获得该服务之前，建议您暂缓出院。

如果您对出院计划持有异议或认为无法合理获得服务，您可以致电纽约州卫生部并要求其对您的投诉及您出院的安全性进行调查。医院必须应您要求向您提供州卫生部的联系电话。

如需进一步了解您作为 Medicare 患者所享有的权利，请参见下一页的“Medicare 重要信息”。

患者会收到关于其入院和出院权利的通知。Medicare 患者会收到“Medicare 患者入院通知”，而其他所有患者均会收到“关于您作为医院住院患者所享有权利的重要信息”。

《公共卫生法》 2803 (1) (g) 出院审查  
10NYCRR, 405.9 (b) (14) (i) 及 405.9 (b) (14) (ii)



# MEDICARE 关于您自身权利的重要信息

患者姓名:  
患者身份识别码:  
医师:

卫生和人类服务部  
Medicare & Medicaid 医疗补助服务中心  
OMB 审批号 0938-0692

## AN IMPORTANT MESSAGE FROM MEDICARE ABOUT YOUR RIGHTS

### 병원 내원 환자로서 여러분은 다음과 같은 권리를 가지고 있습니다:

- Medicare 보장이 되는 서비스를 받을 권리. 이는 의료적으로 필수인 병원 서비스와, 의사의 지시가 있는 경우 퇴원 후에 필요할 수 있는 서비스를 포함합니다. 귀하는 이러한 서비스와, 누가 이러한 서비스 비용을 지불하고, 어디서 서비스를 제공받을 수 있는지를 알 수 있는 권리가 있습니다.
- 본인의 병원 입원에 대한 모든 결정 사항에 참여하시고, 비용을 지불하는 사람이 누구인지를 알아두시기 바랍니다.
- 여기 나열된 품질 개선 기구(Quality Improvement Organization, QIO)에게 본인이 제공받은 치료의 품질에 대한 우려 사항을 모두 보고해 주시기 바랍니다:

QIO 이름

**Livanta**

QIO 전화번호

**1-866-815-5440**

### 귀하의 Medicare 퇴원 권리

**퇴원 계획하기:** 귀하의 병원 입원 중 병원 직원들은 여러분과 협력하여 여러분의 안전한 퇴원을 준비하고 병원을 떠나서도 여러분이 필요로 할 수 있는 서비스를 준비하도록 할 것입니다. 귀하가 더이상 내원 병원 치료를 필요로 하지 않게 되면, 귀하의 의사나 병원 직원은 귀하에게 예정된 퇴원 날짜를 알려드릴 것입니다

#### 지나치게 빨리 퇴원이 요구되었다고 생각하는 경우:

- 귀하는 병원 직원, 본인의 의사, 그리고 본인의 관리형 케어 플랜(본인이 그러한 플랜에 참여하고 있는 경우)과 함께 우려 사항을 의논하실 수 있습니다.
- 귀하는 또한 항소의 권리, 즉 본인의 사례를 품질 개선 기구(Quality Improvement Organization, QIO)로부터 검토받을 수 있는 권리를 가지고 계십니다. QIO는 Medicare가 고용한 외부 검토인으로 귀하의 사례를 검토하여 귀하가 퇴원할 준비가 되었는지를 결정하게 됩니다.
  - **이의 제기를 원하시면 본인의 예정된 퇴원일, 그리고 병원 퇴원 이전에 QIO에 연락하셔야 합니다.**
  - **만약 QIO에 연락을 하신다면, 귀하께서는 이의 제기 도중에 제공받는 서비스에 대한 비용을 지불하지 않으셔도 됩니다 (공동 부담금 및 공제금 제외).**
- 이의 제기를 하지 않고도 예정된 퇴원일을 넘겨 병원에서 계속 머무르기로 하시는 경우, 예정 퇴원일 이후에 받는 서비스에 대한 비용을 모두 지불하셔야 할 수도 있습니다.
- QIO에 연락하고 이의 제기를 하는 방법에 대한 단계별 지침은 2페이지에 설명되어 있습니다.

이 병원 내의 누군가와 본 통지에 대해 의논하고자 하시면 전화로 연락해 주시기 바랍니다. \_\_\_\_\_

본 통지를 받으셨으며 본인의 권리를 이해했음을 표시하고자 여기에 서명과 날짜를 표기해 주시기 바랍니다.

환자 또는 대리인 서명

날짜/시간

## 出院上诉步骤

- **第 1 步：**您须在不晚于计划出院日期时及出院前与该 QIO 联系。若您按上述做法行事，则无需为您在上诉期间所接受的服务另行支付费用（共付额与免赔额等费用除外）。
  - 以下为该 QIO 联络信息：  
QIO 名称（显示为粗体） **Livanta**  
QIO 联系电话 **1-866-815-5440**
  - 您可在当周内任一天申请上诉。一旦您已与 QIO 工作人员就此事进行通话或已留下口信，**即视为上诉流程开始。**
  - 询问医院您是否需要他人协助联系该 QIO。
  - 医院名称为：

医院名称	提供者 ID 码
------	----------

- **第 2 步：**您将会自医院、您的 Medicare 优势计划或其他 Medicare 管理式护理计划（如您已参加某项计划）处收到一张详细通知，通知上将注明上述各方认为您已可出院的理由。
- **第 3 步：**该 QIO 将询问您的意见。若 QIO 要求您或您的代表与之就此事进行当面沟通，则您或您的代表须按要求行事。您或您的代表可向该 QIO 提供书面声明，但这并非强制要求。
- **第 4 步：**该 QIO 将审查您的医疗记录及其他案例相关重要信息。
- **第 5 步：**该 QIO 将在其已将所有必要信息收集完毕后 1 天内告知您其最终决定。
  - 若该 QIO 认为您尚不满足出院条件，Medicare 将继续为您承保您所接受的医院服务。
  - 若该 QIO 认为您已满足出院条件，Medicare 将在 QIO 告知您其决定当日正午前仍继续为您承保您所接受的医院服务。

## 若您错过了上诉截止日期，您仍享有其他上诉权：

- 您仍可要求该 QIO 或您所参加的计划（如您已参加某项计划）对您的案例进行审查：
  - 若您已参加基础 Medicare：请致电下列 QIO。
  - 若您已参加 Medicare 优势计划或其他 Medicare 管理式护理计划：请致电您所参加的计划。
- 若您在计划出院日期后仍未出院，医院可能会向您收取因您在计划出院日期后所接受的服务而产生的相关费用。

若欲了解更多详细信息，请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，或拨打 TTY：1-877-486-2048。

## 其他信息：

根据 1995 年《文书削减法》相关规定，遇收集信息要求时，如信息收集方未出示有效 OMB 控制号，则可不对该要求做出回应。适用于此类信息收集的有效 OMB 控制号为 0938-0692。完成此次信息收集预计所需时长为 15 分钟，其中包含阅读说明、搜索现有数据资源、采集所需信息、完成信息收集并进行审核等步骤。若您对预计所需时长的准确性有所质疑或有任何可帮助完善此表的意见及建议，请写信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

患者姓名：  
患者身份识别码：  
医师：

卫生和人类服务部  
Medicare & Medicaid 医疗补助服务中心  
OMB 审批号 0938-0692

## 通知说明： MEDICARE 重要信息

### 完成通知

### Medicare 重要信息第 1 页

#### A. 页眉

医院须注明“卫生和人类服务部，Medicare & Medicaid 医疗补助服务中心”及 OMB 号。

以下部分需由医院填写。医院可选择在 IM 空格内以 12 号及同等大小字体打印或清晰手写相应信息。医院亦可使用包含以下信息的患者标签：

**患者姓名：**请填写患者全名。

**患者 ID 码：**请填写可用于识别该患者的 ID 码。此号码不应为，亦不应含，患者社会保障号。

**医师：**请填写患者医师姓名。

#### B. 通知正文

#### 第 3 点——将您对您所接受的医疗服务品质的担忧上报至下列品质改善机构 (QIO)

医院可更改或加入 该 QIO 的名称及联系电话（包括 TTY）。

**若希望与医院职工就此通知进行沟通，请致电：**请填写可供患者或其代表就通知相关问题进行沟通的医院联系电话。如有可能，建议同时提供一位联系人姓名。

**患者或代表人签名：**患者或代表人需在通知上签名，表示其已收到此通知并已充分理解其中内容。

**日期/时间：**患者或代表人需在通知上签名并同时注明日期与时间。

### Medicare 重要信息第 2 页

**第 1 小点——以粗体显示该 QIO 的名称与联系电话：**请以粗体显示负责对医院进行审查的品质改善机构名称与联系电话（包括 TTY）。

**第 2 小点——医院名称为：**请注明/重新打印医院名称，包括其 Medicare 提供者 ID 码（非联系电话）。

**其他信息：**医院可在此部分内记录其他信息，包括受益人姓名首字母、日期、IM 后续副本文件送达时间以及拒绝承保记录。





# 做出关于 医疗护理的决定

患者和家属指南



纽约州卫生部

## 简介

### 哪些人应当阅读本指南？

本指南面向在纽约州境内就医的患者以及为患者做出医疗护理决定的人员。本指南包含在医院和疗养院内代为做出决定的相关信息。本指南亦涵盖了医疗护理机构或社区内的 DNR 指令。由于本指南内容围绕医疗护理决定而开展，因此“患者”一词用于指代任何获得医疗护理的人士。其中包括入住疗养院者。本指南**不包含**与发育障碍人士的法定监护人做出医疗护理决定相关的特殊规定。

### 患者或其他决定人是否可以获知患者的病情和拟定治疗方案？

可以。患者或其他决定人有权从医生处充分获知其病情以及医生为其拟定的治疗方案。在进行任何非紧急治疗或程序之前，均须由患者做出知情同意。知情同意是指在被告知治疗方案（以及替代治疗方案）的益处和风险相关信息后，允许继续执行该治疗方案。

## 有能力做出知情决定的成年患者

### 成年患者是否有权为自己做出医疗护理决定？

可以。凡具备决定能力的成年患者均可为自己做出治疗决定。

### 什么是“决定能力”？

“决定能力”是指理解和评估拟定医疗护理服务的性质和后果的能力。其中包括拟定医疗护理服务（及替代方案）的益处和风险。同时还包括做出知情决定的能力。

### 如果不确定患者是否具备决定能力，该如何处理？由谁确定患者是否具备上述能力？

除法院已指定为患者做出医疗护理相关决定的法定监护人外，医疗护理工作人员将假定患者具备决定能力。如果有充分理由认为患者欠缺此能力，医生会对患者进行检查。必须由医生认定患者欠缺做出医疗护理决定的能力。当且仅当患者的医生做出此判定后，方可由他人为患者做出医疗护理决定。

### 患者缺乏决定能力时，家属是否能始终为其做出医疗护理决定？

不能。有时患者在丧失决定能力之前已经做出关于医疗程序或治疗方案的决定。例如，患者可以在接受麻醉之前同意涉及全身麻醉的手术，而全身麻醉会导致其丧失决定能力。在其他时候，一个健康的人可能会突然丧失此能力。在这种情况下，医护人员可能需要在未经患者同意的情况下立即实施医疗护理。例如，某人可能会在事故中因撞击而失去意识。除非医疗护理提供者知晓该患者已经做出了拒绝紧急治疗的决定，否则他们会在未经患者同意的情况下实施紧急治疗。

## 预设医疗指示/医疗护理委托书

### 什么是预设医疗指示？

预设医疗指示是成年患者在丧失决定能力之前做出的关于医疗护理治疗的书面指示。在纽约州境内，能为您的治疗意愿和顾虑提供保障的最佳方式便是指定您信任的人在您丧失自行决定的能力时代您做出关于治疗的决定。通过填写被称为医疗护理委托书的表格，该受指定人将成为您的“医疗护理代理人”。



在指定医疗护理代理人之前，请确认该拟受指定人是否愿意成为您的代理人。与您的代理人讨论在您住院且患有危及生命的疾病或受到伤害的情况下，您希望获得或拒绝哪些类型的治疗。请确保您的医疗护理代理人了解您关于人工营养及水分补充的意愿（通过饲管或 IV 管供给）。如需获取关于医疗护理委托书的更多信息，请访问：[https://www.health.ny.gov/professionals/patients/health\\_care\\_proxy/](https://www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy/)。

某些患者还会以书面形式表达与治疗有关的具体指示及选择。书面声明可以包含在医疗护理委托书中，或者作为独立文件存在。某些人将此类预设医疗指示称为“生前遗嘱”。

### **医疗护理代理人如何根据医疗护理委托书做出决定？**

医疗护理代理人做出的决定视同于患者本人所做决定。医疗护理代理人根据患者的意愿做出医疗护理决定，其中包括关于拒绝或撤回生命维持治疗的决定。如果无法合理获知患者的意愿，医疗护理代理人会以患者的最大利益为出发点做出医疗护理决定。

### **医疗护理代理人能否做出拒绝或撤回人工营养或水分补充（通过饲管或 IV 管供给）的决定？**

医疗护理代理人只能在其了解患者治疗意愿的前提下，根据医疗护理委托书做出拒绝或撤回人工营养及水分补充的决定。不过，医疗护理代理人还可以作为法律规定的代理人名单上的代理人，在医院或疗养院内做出此类决定。

## **医院和疗养院内的医疗护理决定**

### **具备决定能力的成年患者如何在医院和疗养院内做出决定？**

患者可通过口头或书面形式表达自己的决定。除非有两名成年人在场见证其决定，否则医院患者或疗养院患者可能无法以口头形式做出拒绝或撤回生命维持治疗的决定。其中一名成年人必须为该机构的医疗护理从业人员。如果患者此时已丧失决定能力（但事先已做出关于拟定医疗护理方案的决定），则医院或疗养院将根据患者之前所做的决定行事。除出现患者预料之外的事项且决定如今已不再合理外，均应采用上述做法。

### **丧失能力的医院患者或入住疗养院者应如何做出医疗护理决定？**

如患者已出具医疗护理委托书，则应由委托书中指定的医疗护理代理人代为做出决定。如患者尚未出具医疗护理委托书，则由法定监护人（或代理人名单上优先级最高者，称为“代理人”）代为做出决定。

### **什么是代理人名单？**

代理人名单见下文。优先级最高者列于名单最上方。优先级最低的人则列于名单最下方。

- 尚未与患者合法分居的配偶或同居伴侣；
- 年满 18 周岁或以上的子女；
- 父母；
- 年满 18 周岁或以上的兄弟姐妹；及
- 密友。

## 什么是“同居伴侣”？

“同居伴侣”指以下人员：

- 已形成地方政府、州政府或联邦政府认可的正式同居关系的人。  
或此人已在政府机关或雇主处登记为同居伴侣；或此人
- 作为同居伴侣由同一员工福利项目或医疗保险承保；或此人
- 在考虑到当前所有事实与情况后与患者均有成为彼此同居伴侣的意愿，上述事实与情况包括：
  - 他们生活在一起。
  - 他们相互支持。
  - 他们共享房产或其他财产的所有权（或租赁权）。
  - 他们共享收入或共担开支。
  - 他们共同抚养孩子。
  - 他们计划结婚或成为正式的同居伴侣。
  - 他们已在一起生活较长时间。

## 哪些人不可以成为同居伴侣？

- 患者或患者配偶的父母、祖父母/外祖父母、子女、孙子女/外孙子女、兄弟、姐妹、叔伯/舅舅、姑妈/姨妈、侄子/外甥或侄女/外甥女。
- 不满 18 周岁者。

## 哪些人符合“密友”资格？

“密友”是患者年满 18 周岁或以上的朋友或亲属。该人必须与患者保持经常性联系；熟悉并了解患者的活动、健康状况、宗教或道德信仰；并且需向主治医生出示具有相应效力的签名文件。

## 如果优先级最高的代理人无法到场做出决定，该如何处理？

如果发生上述情况，应由下一名优先级最高的代理人做出决定。

## 如果优先级最高的代理人无法或不愿做出决定，该如何处理？

在上述情况下，则应由代理人名单上的其他人做出决定。优先级最高的代理人可以任意指定名单上的其他人作为代理人，只要没有优先级高于被指定代理人的代理人表示反对即可。

## 患者或其他决定者在做出治疗决定后是否可更改其决定？

可以。做出决定后，患者或其他决定者可以告知医院或疗养院的工作人员以撤销该决定。

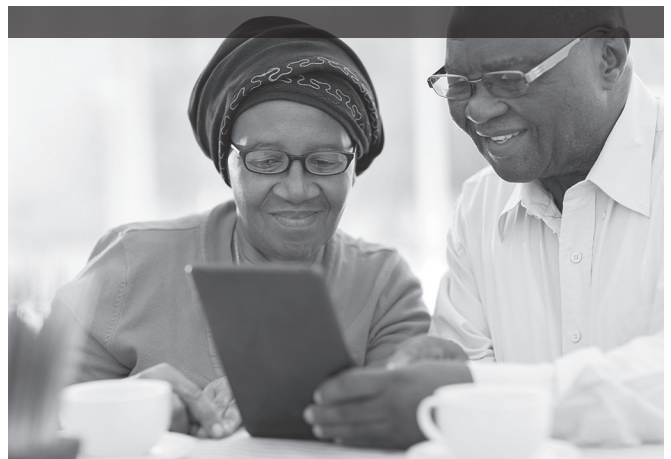
## 关于拒绝或撤回医院及疗养院内生命维持治疗的决定

### 什么是“生命维持治疗”？

“生命维持治疗”是指主治医生认为如果不向患者提供，则其将在相对较短的时间内死亡的治疗或程序。CPR 始终被视为生命维持治疗。

### 什么是 CPR？

CPR（心肺复苏术）是指在患者心跳停止和/或呼吸停止时尝试恢复其心跳或呼吸的医疗程序。



序。CPR 可能会以用于尝试使心脏恢复跳动的口对口复苏及胸部按压等方式开始。上述措施可能不起作用，因此 CPR 还可能会涉及电击（除颤）、经咽喉将导管插入气管（插管法）及为患者接通呼吸设备（呼吸机）。

### **什么是拒绝或撤回生命维持治疗的决定？**

拒绝生命维持治疗的决定指在医护人员提供某项治疗之前决定拒绝该治疗。撤回生命维持治疗的决定指在医护人员提供某项治疗期间决定拒绝该治疗。每位成年患者都有权在充分了解（并理解）此类行为可能造成的后果之后拒绝用药及治疗。

### **医院或疗养院如何执行拒绝或撤回生命维持治疗的决定？**

医生可能会指示工作人员无需提供或停止提供特定药物、治疗或程序。这可能会导致患者在相对较短的时间内死亡。例如，医生可能会指示关闭用于维持患者呼吸的呼吸机。

如需拒绝生命维持治疗，医生可能会下达诸如以下医嘱：

- 拒绝心肺复苏术（DNR）指令：这意味着在患者心跳停止和/或患者呼吸停止时无需尝试实施 CPR。
- 拒绝插管（DNI）指令：这意味着无需向患者喉咙插入导管或将患者连接到呼吸设备（呼吸机）。

还可做出停止（或不采用）通过饲管或 IV 进行人工营养及水分补充的决定。这意味着医院不会通过插入胃部的导管——或通过插入患者血管、被称为导流管的导管向患者提供流体食物或液体。如果患者可自行进食及饮水，则医护人员将始终为其提供可经口食用的食物及饮用的液体。

医护人员也将根据用于限制用药、治疗或程序的其他决定（例如，停止透析）行事。

### **医院或疗养院是否会拒绝采取一切治疗？**

不会。即使患者已下达 DNR 指令或拒绝生命维持治疗的其他医疗指令，患者也应当获得用于缓解疼痛和其他症状以及有助于减轻患者痛苦的医疗护理和治疗。应当向所有有需求的患者提供舒适护理，也称为姑息护理。

### **患者何时应可下达 DNR 指令？**

任何具备决定能力的成年人均可请求下达 DNR 指令。不过，患者和家属必须就其诊断结果及 CPR 的可能后果咨询医生。只有医生才能签署 DNR 指令。对于希望在其心跳停止和/或呼吸停止时自然死亡的患者，DNR 指令将指示医疗护理专业人士切勿为该患者进行 CPR。例如，预期将因晚期疾病而死亡的患者可能会希望下达 DNR 指令。

CPR 成功时，可使患者恢复心跳和呼吸。CPR 成功与否取决于患者的整体病情。CPR 能否成功不仅取决于年龄因素。但是，随着年龄增长而产生的疾病及患者虚弱的身体状况往往会导致 CPR 有效性下降。患者病情严重时，CPR 可能不起作用或只能发挥部分作用。这可能会导致患者脑部受损或者病情较其心跳停止前有所恶化。接受 CPR 之后（取决于患者的病情），患者可能只能通过呼吸机维持生命。

### **DNR 指令是否会影响其他治疗？**

不会。DNR 指令仅与 CPR 相关 - 包括胸部按压、插管及机械通气 - 与任何其他治疗均无关。拒绝心肺复苏术并不意味着不予治疗。

### **如果患者由一家医院或疗养院转到其他医院或疗养院，该如何处理？**

在医疗护理从业人员对患者进行检查之前，包括 DNR 指令在内的医疗指令将继续执行。如新机构的医生决定取消医疗指令，应告知患者或其他决定者，或者患者或其他决定者可要求再次执行该命令。





## 医院及疗养院内法定监护人和代理人的决定标准

### 包括法定监护人在内的代理决定者应如何做出医疗护理决定？

代理人必须根据患者意愿做出医疗护理决定，上述患者意愿包括患者的宗教信仰及道德信仰。如果无法合理获知患者的意愿，代理人应以患者的“最大利益”为出发点并做出决定。如需确定患者的“最大利益”，代理人必须考虑到以下方面：每个人的尊严和独特性；维持患者生命并维持或改善患者健康状况的可能性；减轻患者的病痛；以及从患者角度出发希望纳入考虑的任何其他问题和价值观。在任何情况下，最为重要的始终是**患者**而非代理人的意愿和最大利益。医疗护理决定应当基于每位患者的具体情况而做出。同样，所做决定必须符合患者的价值观以及宗教和道德信仰。

### 代理人是否始终有权同意进行所需治疗？

可以。

### 代理人是否始终有权做出拒绝或撤回生命维持治疗的决定？

不是。医院或疗养院内的法定监护人或代理人仅可在以下情况下做出拒绝或撤回生命维持治疗的决定：

- 治疗会对患者造成极大的负担，并且：
  - 患者身患或遭受无论是否接受治疗均将在六个月内导致死亡的疾病或伤害；或
  - 患者永久性失去意识；

#### 或者

- 有合理理由认为治疗所产生的疼痛、痛苦或其他负担在当时情况下并不人道或将使患者不堪忍受，且患者病情不可逆转或无法治愈。在疗养院内，还须由道德审查委员根据此要点对决定（DNR 除外）进行审查并表示同意。在医院内，则须由主治医生或道德审查委员基于此要点对拒绝或撤回人工营养及水分补充的决定进行审查并表示同意。

### 如何在医院或疗养院内做出向未成年人提供生命维持治疗的决定？

如患者不满 18 周岁，则由其父母或监护人以未成年人的最大利益为出发点做出关于生命维持治疗的决定。上述人员会根据当前情况将未成年人的意愿纳入考虑。对于拒绝或撤回生命维持治疗的决定，如果未成年患者具备决定能力，则须经其同意。除由医生确定患者具备做出关于生命维持治疗的决定的能力外，一般均假定未婚未成年人缺乏上述决定能力。已婚未成年人可如成年人一般自行决定。

### 如果未婚未成年患者具备决定能力且其本人已为人父母，该如何处理？如果未婚未成年患者已年满 16 周岁或以上且不依赖其父母或监护人并独立生活，该如何处理？

如经主治医生及道德审查委员会同意，此类未成年人可自行做出拒绝或撤回生命维持治疗的决定。

## 医院和疗养院内争议处理

**如果拥有最高优先级的两人或以上人员无法达成一致，该如何处理？例如，如果成年子女具有最高优先级且他们不同意彼此的意见，该如何处理？**

在这种情况下，医院或疗养院工作人员可以尝试通过非正式手段处理争议。例如，可增加参与此决定讨论过程的医生、社工或神职人员数量。此外，每家医院和疗养院均必须设立道德审查委员会。可将此类案例提交至道德审查委员会，以寻求意见、建议并获得协助以解决纠纷。如患者意愿已知，则医院或疗养院必须遵循代理人基于患者意愿而做出的决定。如果无法合理获知患者的意愿，医院或疗养院必须遵循以患者的最大利益为出发点所做出的决定。

**如果该案例中的相关人员对代理人做出的治疗决定持有异议，该如何处理？所述相关人员可以是患者、在医院或疗养院内负责为患者提供治疗的医疗护理工作人员或在代理人名单上优先级较低者。**

同样，医院或疗养院工作人员可以尝试通过非正式手段处理争议。如未成功解决，则持有异议者可以请求道德审查委员会提供帮助。对决定者持异议者可提请道德审查委员会帮助进行争议处理。此人可以向委员会提供相关信息和意见。道德审查委员会可以提出意见和建议，并且可以协助处理争议。

**道德审查委员会的建议和意见是否具有约束力？**

没有。道德审查委员会的建议和意见仅具有建议性，不具有约束力，但三种特定类型的决定除外。在以下三种情况下，所做决定必须经道德审查委员会同意：

- 代理人为疗养院内患者做出拒绝或撤回生命维持治疗（CPR 除外）的决定。预计患者在六个月内不会死亡且患者未永久性失去意识。在此情况下，以下决定必须经道德审查委员会同意。患者的病情无法逆转或治愈。以及，有合理理由认为提供生命维持治疗所



产生的疼痛、痛苦或其他负担在当时情况下并不人道或将使患者不堪忍受。

- 代理人为医院患者做出拒绝或撤回人工营养及水分补充的决定。但遭到主治医生反对。预计患者在六个月内不会死亡且患者未永久性失去意识。在此情况下，以下决定必须经道德审查委员会同意。患者的病情无法逆转或治愈。以及，有合理理由认为提供人工营养及水分补充所产生的疼痛、痛苦或其他负担在当时情况下并不人道或将使患者不堪忍受。
- 在医院或疗养院内，未婚且离开父母独自生活的未成年人在未经父母或监护人同意时做出的关于拒绝或撤回生命维持治疗的决定，必须经道德审查委员会批准。
- 医师决定将能力欠缺且尚未出具医疗护理委托书或指定代理人的患者收治进入收容所。委员会也必须对收容所的护理计划是否符合此类治疗之代理人决定标准进行审查，上述护理计划可能包括拒绝或撤回生命维持治疗的相关决定。

在此三种情况下，不得在获得道德审查委员会批准前拒绝或撤回生命维持治疗。

**道德审查委员会的建议和意见仅具有建议性而不具有约束力是什么意思？**

这意味着优先级最高的代理人可以做出合法的医疗护理决定。即使代理人名单上优先级较低者或其他人仍然对代理人所做决定者持有异议，代理人仍可自行做出决定。

**如果医院或疗养院存在基于宗教或道德信仰而制定的政策，且该政策禁止该机构执行某项医疗护理决定，该如何处理？**

机构须尽可能在患者入院之前或入院时告知患者或家属该政策。做出决定时，该机构必须协助将患者转至可合理到达且愿意执行该决定的其他机构。同时，除法院另行裁定外，该机构必须执行该决定。如果该决定有悖于某医疗护理从业人员的宗教或道德信仰，则须将患者及时转由其他医疗护理从业人员护理。

**医院或疗养院外 DNR 指令**

**如果患者不在医院或疗养院内，患者如何下达 DNR 指令或 DNI 指令？**

患者的医生可以在经纽约州卫生部批准的标准表格上写下 DNR 指令：DOH-3474（非住院者拒绝心肺复苏指令）。除非住院者 DNR 指令外，医生还可以通过标题为 MOLST（生命维持治疗医嘱）的 DOH-5003 表签署非住院者 DNI 指令。EMS、家庭护理机构及收容所必须执行上述指令。

**若患者在家且已下达非住院者 DNR 指令或 MOLST 指令但家人或好友已呼叫救护车，该如何处理？**

如果患者已下达非住院者 DNR 指令，且已向急救人员出示该 DNR 指令，则急救人员不会尝试对患者实施心肺复苏术或将患者转至医院急救室进行 CPR。急救人员仍然会将患者转至医院内以便为其提供其他必要护理，包括用于缓解疼痛并减轻患者痛苦的舒适护理。

**如果患者由医院患者或入住疗养院者转为家庭护理患者，在医院或疗养院内下达的 DNR 指令该如何处理？**

患者于医院或疗养院内下达的指令可能不适用于家庭护理环境。患者或其他决定者必须在 DOH-3474 表或 DOH-5003 MOLST 表上下达非住院者 DNR 指令。如果患者出院或离开疗养院时尚未下达非住院者 DNR 指令，则可由医生在家下达该指令。



Department  
of Health

# 医疗护理委托书

## 指定您在纽约州境内的医疗护理代理人

如果您已失去自行决定的能力，纽约州医疗护理委托法允许您指定您信任的人——例如家人或密友——代您做出医疗护理决定。通过指定医疗护理代理人，您能够确认医疗服务提供者是否遵循您的意愿行事。当您的病情发生变化时，您的代理人还能够决定如何根据您的意愿行事。医院、医生和其他医疗服务提供者将您的代理人所做出的决定视同于您本人所做出的决定并予以遵循。您可以向您选定的医疗护理代理人授予您认为适当的权利。您可以允许您的代理人代您做出所有医疗护理决定，或仅代您做出部分医疗护理决定。您还可以向您的代理人下达其必须遵守的指示。本表格也能够用于记录您捐赠器官及/或组织的意愿或指示。



## 关于医疗护理委托书表格

### **这是一份重要的法律文件。在签署之前，您应当明了以下事实：**

1. 除您在本表格中另行说明外，本表格授权您选择的代理人为您做出所有医疗护理决定，包括移除或提供生命维持治疗的决定。“医疗护理”是指用于诊断或治疗您的身体或精神状况的任何治疗、服务或程序。
2. 除您的代理人已以合理方式知晓您关于人工营养和水分补充（通过饲管和静脉注射供给营养和水）的意愿外，其不得代您拒绝或同意接受此类措施。
3. 如果您的医生确定您已无法自行做出医疗护理决定，您的代理人将开始为您做出决定。
4. 您可在本表格上写下您不愿接受的治疗类型和/或您希望确保获得的治疗示例。上述指示可用于限制代理人的决定权限。您的代理人在为您做决定时必须遵照您的指示。
5. 您填写本表格时无需律师在场。
6. 您可任意选择包括家人或密友在内的成年人（18 周岁或以上）作为您的代理人。如果您选择一名医生作为您的代理人，由于医生不能同时作为您的主治医生及代理人，因此其将必须在上述两个身份之间做出选择。此外，如果您是某医院、私人疗养院或心理卫生机构的患者或住院医师，如需指定该机构工作人员作为您的代理，则需符合特殊限制。请咨询该机构工作人员详细了解上述限制。
7. 在指定某人作为您的医疗护理代理人之前，可先同其就此事进行讨论并确认其是否愿意成为您的代理人。告知您所选择的人士，其将成为您医疗护理代理人。请和您的代理人就您医疗护理医院以及本表格进行讨论。请务必向您的代理人提供已签名副本。您的代理人不会因善意做出的决定而受到控告。
8. 如果您指定自己的配偶作为医疗护理代理人，且在之后二位已离婚或合法分居，根据法律规定，除您另行声明外，您的前配偶不得再继续作为您的代理人。如果您仍希望自己的前配偶继续作为代理人，可在本表格上予以说明并写下日期，或可另行填写新表格并在其中指定您的前配偶作为您的代理人。
9. 即使您已签署本表格，只要您具备相应能力，您仍有权自行做出医疗护理决定。如您反对接受某项治疗，则医护人员将不会为您提供或停止相应治疗，在此项上，您的代理人将无权反对。
10. 您可通过口头或书面形式告知代理人或您的医疗服务提供者以取消您对代理人的授权。
11. 指定医疗护理代理人属于自愿行为。没有人能强制要求您指定自己的医疗护理代理人。
12. 您可在本表格上表达自己关于器官和/或组织捐赠的意愿或指示。



## 常见问题

### 我为什么应选择医疗护理代理人？

如果您不能，即使是临时不能做出医疗护理决定，则必须由他人代您做出决定。医疗服务提供者通常希望从您的家人处获得指示。家人可表达他们认为您会就此具体治疗所表达的相关意愿。指定代理人使您可以通过下述方式来掌控您的治疗方案：

- 允许您的代理人在您希望做出医疗护理决定时代您做出该决定；
- 选择您认为能够做出最佳决定的人为您做出医疗护理决定；
- 选择代理人以避免家人和/或亲密伴侣之间产生矛盾或困惑。

如果您的首选代理人无法为您做出决定，您还可以指定候补代理人替其行事。

### 哪些人能够成为医疗护理代理人？

任何年满 18 周岁或以上者均能够成为医疗护理代理人。经您指定作为您的代理人或候补代理人者不得以见证人身份在医疗护理委托书表格上签字。

### 怎样才能指定医疗护理代理人？

年满 18 周岁或以上且具完全行为能力的成年人可通过签署医疗护理委托书表格指定医疗护理代理人。您在指定代理人时无需律师或公证人到场，只需两名成年见证人即可。您的代理人不能作为见证人签字。您可以使用在此处打印的表格，但这并非强制要求。

### 我的医疗护理代理人什么时候可开始为我做出医疗护理决定？

如您的医师认定您已无法自行做出医疗护理决定后，您的医疗护理代理人可开始为您做出医疗护理决定。如您仍有能力自行做出医疗护理决定，您将始终有权自行决定。

### 我的医疗护理代理人能够做出哪些决定？

除您对您的医疗护理代理人权限有所限制外，您的代理人将可以做出您在有能力自行决定时可能做出的任何医疗护理决定。根据您的意愿和利益所在，您的代理人能够同意您接受治疗、在不同治疗方案中做出抉择以及决定不接受所提供的治疗。但是，如果您的代理人知晓您已口头说明或书面表达的意愿，则她或他只能做出人工营养和水分补充（通过饲管或静脉注射提供营养和水分）相关决定。医疗护理委托书表格并未授予您的代理人代您做出非医疗护理决定的权力，如财务决定。

### 我年轻且健康，为什么仍需指定医疗护理代理人呢？

即使您并非老年人或临终病人，指定医疗护理代理人仍不失为良策。即使是您临时无法自行做出医疗护理决定（例如，当您全身麻醉或因事故已经昏迷时），医疗护理代理人也能代您做出医疗护理决定。当您再次能够自行做出医疗护理决定时，您的医疗护理代理人便无权继续代您做出医疗护理决定。

### 我的医疗护理代理人将如何做出决定？

您的代理人必须遵循您的意愿以及您的道德和宗教信仰。您可以在您的医疗护理委托书表格上写下您的指示，或可与您的代理人就其进行简单的讨论。

## 常见问题, 接上页

### **我的医疗护理代理人将如何获知我的意愿？**

与您的医疗护理代理人就您的意愿进行开诚布公的讨论将使其能更好地为您的利益服务。如果您的代理人尚不知晓您的意愿或信仰，法律要求您的代理人在行事时以您的最大利益为出发点。由于这是您所指定的医疗护理代理人的主要职责，因此您应与该代理人一起就不同情况下您希望接受或拒绝的治疗类型进行讨论，例如：

- 如果您永久性昏迷，您是否想要开始/继续/停止生命维持治疗；
- 如果您患有晚期疾病，您是否想要开始/继续/停止治疗；
- 您是否想要开始/拒绝、继续或停止人工营养和水分补充，以及上述指令在哪些情况下适用。

### **我的医疗护理代理人是否能够否决我的意愿或此前的治疗指令？**

不能。您的代理人有义务根据您的意愿做出决定。如果您已经清楚地表达了特殊意愿或下达了特殊治疗指令，除您的代理人善意认为您的意愿有所变化或您的意愿不适用于当时的情况外，其有义务在做出决定时遵循上述意愿或指示。

### **哪些人将对我的代理人有所关注？**

法律规定，所有医院、疗养院、医生和其他医疗服务提供者向您的医疗护理代理人所提供的信息须与向您提供的信息一致，且须将您的代理人所做出的决定视同于您本人所做出的决定并予以遵循。如果医院或疗养院反对采用某些治疗方案（例如停止某些治疗），他们须尽可能在您入院前或入院时将此事告知您或您的代理人。

### **如果我的医疗护理代理人未能在必须做出决定时到场决定，该怎样处理？**

如果您的医疗护理代理人未能在必须做出决定时到场决定，或该医疗护理代理人不能或不愿意做出决定，您可以指定候补代理人为您做出决定。否则，医疗服务提供者将根据您尚具备决定能力时所下达的指示为您做出医疗护理决定。在这种情况下，您写在医疗护理委托书表格上的任何指示均将为医疗服务提供者提供指导。

### **如果我改变想法，该如何处理？**

您可以轻松取消您的医疗护理委托书、更换您所指定的医疗护理代理人或修改您在医疗护理委托书中写明的任何指令或限制。只需简单填写一份新表格。此外，您可以表明在某个指定日期到来或发生某些特定事件时，您的医疗护理委托书即行失效。否则，医疗护理委托书将无限期生效。如果您选择您的配偶作为您的医疗护理代理人或您的候补代理人，但您已与其离婚或合法分居，该任命将自动失效。如果您仍希望自己的前配偶继续作为您的代理人，可在本表格上予以说明并写下日期，或可另行填写新表格并在其中指定您的前配偶作为您的代理人。

## 常见问题, 接上页

### **我的医疗护理代理人是否将为代我做出的决定承担法律责任？**

不会。您的医疗护理代理人无需对善意而代您做出的医疗护理决定负责。此外, 由于其只是您的代理人, 所以亦无需负责承担您的护理费用。

### **医疗护理委托书是否与生前遗嘱相同？**

不。生前遗嘱是提供具体医疗护理决定相关指示的文件。您可以在医疗护理委托书表格中写明此类指示。医疗护理委托书允许您选择您信任的人代您做出医疗护理决定。与生前遗嘱的不同之处在于, 医疗护理委托书不要求您事先就可能出现的所有决定做出相应决定。相反, 您的医疗护理代理人能够在医疗情况发生变化时对你的意愿做出解释, 并能够做出您可能事先不知情但却必须做出的决定。

### **在签署医疗护理委托书表格后, 我应将它保存在哪里？**

向您的代理人、医师、律师以及您希望由其持有副本的其他家人或好友提供一份副本。在您的钱包或手提袋中保存一份副本或将其与其他重要文件保存在一起, 但请勿保存在没人能够取得的地方, 例如保险箱内。即使您因小手术住院或接受门诊手术, 也应随身携带一份副本。

### **我可以用医疗护理委托书表达我捐赠器官和/或组织的意愿吗？**

可以。您可在医疗护理委托书表格上选填器官及组织捐赠章节以表达您的捐赠意愿, 请确保有两人在场见证您填写该章节。您可以规定您的器官和/或组织将被用于移植、研究或是教学目的。在委托书该章节中应注明您的上述意愿是否存在限制条件。**即使您未在医疗护理委托书表格中注明您的意愿和指示, 也不意味着您不希望成为一名器官和/或组织捐赠者。**

### **我的医疗护理代理人能够代我做出捐赠器官和/或组织相关决定吗？**

可以。自 2009 年 8 月 26 日起, 您的医疗护理代理人已获得授权, 可在您去世后做出与器官和/或组织捐赠相关的特定决定。您的医疗护理代理人须按您的医疗护理委托书表格中所示做出相应决定。

### **如果我当时未表达我的意愿, 谁能够代我同意进行捐赠？**

如果您已指定代理人, 则应向您的医疗护理代理人、您所指定的身后事代理人以及您的家人提及您捐赠器官和/或组织的意愿, 这一点至关重要。纽约州法律提供了有权代您同意捐赠器官和/或组织的人员名单。他们的优先顺序如下: 您的医疗护理代理人、您的身后事代理人、您未合法分居的配偶或您的同居伴侣、年满 18 周岁或以上的子女、您的父母、年满 18 周岁或以上的兄弟姐妹、在捐赠人去世前由法院指定的监护人或其他有权处置遗体者。

# 医疗护理委托书表格说明

**第(1)项**写下您选定的代理人姓名、家庭地址和联系电话。

**第(2)项**如果您希望指定候补代理人,可写下您选定的候补代理人姓名、家庭地址和联系电话。

**第(3)项**除您已设定失效日期或失效条件外,您的医疗护理委托书将无限期保持有效。此章节为选填内容,仅在您希望自己的医疗护理委托书在特定日期失效时方需填写。

**第(4)项**如果您对自己的代理人有特殊指示,可在此注明。此外,如果您希望以任何方式限制代理人的权限,您也可在此说明或与您的医疗护理代理人讨论相关内容。如果您未对任何限制作出说明,您的代理人将能够代您做出任何医疗护理决定,包括同意或拒绝接受生命维持治疗的决定。

如果您希望赋予您的代理人较大的权限,可直接在该表上注明。只需写明:我已经和自己的医疗护理代理人及候补医疗护理代理人就本人意愿进行了讨论,他们已了解我的一切意愿,其中包括人工营养和水分补充相关意愿。

如果您希望作出更为具体的说明,您可以注明:

如果我生命垂危,我希望/不希望接受下列治疗...

如果我昏迷或神志不清且毫无康复希望,我希望/不希望接受下列治疗: ....

如果我脑部受损或患有脑部疾病,导致我无法辨识他人或说话,且我的身体状况毫无改善希望,我希望/不希望接受下列治疗: ....

我已经同我的代理人就 \_\_\_\_\_ 进行了讨论,并且我希望由我的代理人做出与上述措施相关的一切决定。

下方列出了您可能希望向您的代理人下达特殊指令的医疗方案示例。这并非完整清单:

- 人工呼吸
- 人工营养和水分补充(通过饲管供应营养和水)
- 心肺复苏(CPR)
- 抗精神类疾病药物治疗
- 电击休克疗法
- 抗生素治疗
- 手术治疗
- 透析
- 移植
- 输血
- 流产
- 消毒

**第(5)项**您必须签署本医疗护理委托书表格并注明日期。如果您无法亲自签名,可指定他人在您在场的情况下代您签署。请务必填上您的地址。

**第(6)项**您可在该表格上表达自己有关器官和/或组织捐赠的医院或指令。纽约州法律提供了有权代您同意捐赠器官和/或组织的人员的名单,其优先顺序从高到低依次如下:您的医疗护理代理人、您的身后事代理人、您未合法分居的配偶或您的同居伴侣、年满 18 周岁或以上的子女、您的父母、年满 18 周岁或以上的兄弟姐妹以及在捐赠人去世前由法院指定的监护人。

**第(7)项**两名年满 18 周岁或以上的见证人须在此医疗护理委托书表格上签名。您选定的代理人或候补代理人不得作为见证人签名。

# 医疗护理委托书

**(1) 我,** \_\_\_\_\_  
在此指定 \_\_\_\_\_  
(姓名、家庭住址及联系电话)

作为我的医疗护理代理人,除我另作声明外,其将为我做出任何及一切医疗护理决定。该委托书仅在我无法自行做出医疗护理决定时生效。

**(2) 可选: 候补代理人**

如果我指定的上述个人不能、不愿意或无法到场作为我的医疗护理代理人代我做出决定,我在此指定 \_\_\_\_\_  
(姓名、家庭住址及联系电话)

作为我的医疗护理代理人,除我另作声明外,其将为我做出任何及一切医疗护理决定。

**(3)** 除我撤销委托书或声明委托书失效日期或失效条件外,此委托书将无限期地保持有效。(可选:如果您希望设定此委托书的失效时间,可在此注明该日期或失效条件。) 该委托书将在以下日期或出现以下情况时失效(注明日期或条件):

**(4) 可选:** 我指定我的医疗护理代理人根据其所知的或如下所述的我的意愿及限制条件做出医疗护理决定。(如果您希望限制您的代理人为您做出医疗护理决定的权限或给出具体指示,您可在说明您的意愿或限制。) 我指定我的医疗护理代理人根据以下限制和/或说明做出医疗护理决定(可根据需要额外增加页数):

为了使您的代理人能够为您就人工营养和水分补充(通过饲管和静脉注射供应营养和水)做出医疗护理决定,您的代理人必须以合理方式知晓您的愿望。您也可告知代理人您的意愿为何或在本节中注明您的意愿。如果您选择在此表上注明自己的意愿(包括人工营养和水分补充相关意愿),请参见您所使用的示例语言说明。



**(5) 您的身份** (请用正楷填写)

您的姓名 \_\_\_\_\_

您的签名 日期 \_\_\_\_\_

您的地址 \_\_\_\_\_

**(6) 可选：器官和/或组织捐赠**

我据此做出解剖捐赠决定，在我去世后立即生效，并选择将以下部分捐赠：(勾选任何适用项)

☐ 任何为他人所需的器官和/或组织

☐ 以下器官和/或组织 \_\_\_\_\_

☐ 限制 \_\_\_\_\_

即使您未在该表格上表达自己有关器官和/或组织捐赠的意愿或指示，也仍不意味着您不希望进行捐赠或禁止有人在法律允许的前提下代表您同意捐赠。

您的签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

**(7) 见证人声明** (见证人必须年满 18 周岁或以上，并且不能同时作为医疗护理代理人或候补代理人。)

我声明，我本人熟识签署此文件者，其心智健全且出于自愿做出相应行为。其在我在场的情况下亲自签署 (或者请求其他人代为签署) 此文件。

**见证人 1**

日期 \_\_\_\_\_

姓名 (正楷填写) \_\_\_\_\_

签名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

**见证人 2**

日期 \_\_\_\_\_

姓名 (正楷填写) \_\_\_\_\_

签名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_



## 纽约州卫生部通知函

# 全州规划与研究合作系统（SPARCS）

此通知函旨在告知所有医院患者纽约州卫生部已开设了名为全州规划与研究合作系统（SPARCS）的州级数据系统。所有急性护理医院均须向 SPARCS 提交其所有患者的特定费用清单及医疗记录信息。向 SPARCS 提交的信息将用于财务研究、费率设定、资源使用审查、健康规划、流行病学及科研项目。

请放心，在此项目中：

1. 纽约州卫生部并不会收集患者姓名或任何可用于在 SPARCS 系统内识别用户的信息。
2. 目前已制定用于保护患者隐私及确保信息严格保密的相关规定，访问 SPARCS 内所有敏感信息时均受到严格管控且需由独立公共审查委员会对所有访问请求进行审查。
3. 目前已制定用于保护患者隐私及确保信息严格保密的相关规定，访问 SPARCS 内所有敏感信息时均受到严格管控且需由数据管理委员会对所有访问请求进行审查。
4. SPARCS 成立的宗旨并非识别某些特定患者；反之，该系统旨在提供更多与疾病模式及医院内护理费用相关的信息。

此医院须根据《纽约州官方法典、条例与法规汇编》第 10 部分（卫生）第 V 章 A 节第 400.18 条第 1 款相关规定，向卫生部提交患者医疗记录与费用相关数据。上述信息的隐私性、保密性与安全性均受到《纽约州官方法典、条例与法规汇编》第 10 部分（卫生）第 V 章 A 节第 400.18(e) 条第 1 款相关规定保护。

如需了解更多 SPARCS 相关信息，请联系：

SPARCS Operations  
Bureau of Health Informatics  
Office of Quality and Patient Safety  
New York State Department of Health  
Empire State Plaza  
Corning Tower, Room 878  
Albany, New York 12237

电话：(518) 473-8144 传真：(518) 486-3518

疑问/意见建议：

[sparcs.submissions@health.ny.gov](mailto:sparcs.submissions@health.ny.gov)

数据访问请求：

[requests@health.ny.gov](mailto:requests@health.ny.gov)

医院须向患者提供一封由纽约州卫生部发出的通知函，其中将就 SPARCS 州级数据收集系统作具体介绍。  
10NYCRR, 400.18 (b) (2) 及 (c) (2) (SPARCS 通知函)

# 妊娠信息

医院（及生育中心）须应要求向产妇患者或其指定代表人（在预订、参与产前分娩课堂或入院时）以及一般公众提供**母乳喂养产妇权利清单**及**妊娠信息折页**。

**母乳喂养产妇权利清单**要求告知所有女性医院有义务提供母乳喂养指南、协助与支持，以及在不掺杂商业利益的前提下提供有关母乳喂养益处的信息。上述信息可帮助您了解可能产生的后果以及您在分娩时所享有的选择与权力，并帮助您对您的分娩进行规划。

**妊娠信息折页**包含您的医院可提供的妊娠相关程序与操作信息。特定医院统计数据与纽约州境内所有可提供妊娠护理的医院的平均统计数据每年更新一次。您可将您的医院的统计数据与其他纽约州境内医院的同类数据进行比较，着重查看分娩类型（如剖宫产）、分娩时所选程序的采用情况、母乳喂养率，或产房或母婴同室病房可用率。

- 纽约州境内的**住院保险承保范围**适用于产妇及其新生儿，经阴道自然分娩产妇至少可在分娩后 48 小时内享受保险福利，剖宫产产妇则至少可在分娩后 96 小时内享受保险福利。此外，各家医院须提供有关母乳喂养或奶粉喂养的患者教育、协助与培训，以及一切必要的产妇或新生儿临床评估。请咨询您的保险公司，了解更多妊娠保险相关信息。
- 分娩后可能出现**产妇抑郁症或婴儿抑郁症**。您的身体经历了生理与激素变化，可能导致您在分娩后数日或数周内感到悲伤、出现情绪起伏、愤怒、焦躁且有自我贬低倾向。婴儿抑郁症十分常见，将随时间流失而消失。您的医生可为您提供建议，帮助您缓解症状。产妇抑郁症则并不常见。其症状更为严重，可能导致产妇感到无望、高度焦虑、进食困难并感到“失控”，最终导致自我伤害或伤害新生儿。若出现此类症状，请与您的医生联系，同时谨记产妇抑郁症是完全可以治愈的。若您有自我伤害或伤害新生儿的倾向，请立即联系您的医生。
- **婴儿摇晃综合征**是指因剧烈摇晃婴儿或幼童而导致的伤害。新手父母需了解摇晃婴儿或幼童的危险性。许多时候，照料者因情绪低落而失控，希望通过摇晃婴儿而使其停止啼哭。一般来说，照料者无意伤害孩子，只是希望婴儿停止啼哭。照料新生儿所带来的压力可能使包括父母在内的任何照料者开始摇晃婴儿。在您离开医院前，医院会要求您观看一段视频，该视频将对摇晃婴儿与幼儿所产生的危险作出详细说明。医院将要求您签署一份表格，表明您已观看该视频或拒绝观看该视频。如需了解更多婴儿摇晃综合征相关信息，请访问卫生部官方网站 [health.ny.gov/prevention/injury\\_prevention/shaken\\_baby\\_syndrome/](http://health.ny.gov/prevention/injury_prevention/shaken_baby_syndrome/)。
- **安全睡眠空间与姿势**对防止婴儿因睡眠相关原因而意外死亡十分重要。婴儿不应与他人同睡，应采用平躺姿势，小睡及夜间入睡时均应使用安全性较高的摇篮。摇篮中应含硬褥垫及床套。建议婴儿与父母同室但不同床。不应让婴儿在沙发或椅子上入睡。在从医院或生育中心出院并带您的孩子回家前，您将获得更多与安全睡眠相关的信息。请访问卫生部网站 [health.ny.gov/publications/0672/](http://health.ny.gov/publications/0672/)。

10NYCRR, 405.21 (c) (8) (iii): 医院须确保所有已预定在此分娩的产妇均可参加产前分娩课堂，其中将对孕期、分娩与生产；婴儿护理与喂养；母乳喂养；抚养教育；营养；香烟、酒精与其他药物对婴儿的影响及新生儿筛查等相关问题作出解释。

《公共卫生法》，§ 2803-j: 产妇患者信息

《公共卫生法》，§ 2505-a: 母乳喂养产妇权利清单



# 家庭暴力： 孕产妇患者通知

**如您为家庭暴力受害者，此通知将含对您而言极有价值的信息。如您为家庭暴力受害者，您应要求与他人讲述您的处境并在私下以保密方式获取此信息。如医院工作人员在您的任何陪同者或家人面前询问您是否为家庭暴力受害者，则视为您的患者权利受到侵害。**

## 您和您的孩子是否安全？

如果您的生活中存在家庭暴力，那么您可能就不安全。以下问题可帮助您确认自己是否正在受到虐待：

### **您的伴侣是否会用言语伤害您？**

他是否会侮辱您，使您感到自己毫无价值？

### **他是否会在人前贬低您？**

他是否会在肉体上伤害您？

他是否会推您、扇您、敲击您、捶打您、踢您、掐您或打您？

他是否会强迫您进行您不愿进行的性行为或在进行性行为时伤害您？

他是否试图掌控一切？

他是否会告诉您可以及不可以见谁或与谁说话？

他是否掌控家中所有经济大权？

### **他是否会时常恐吓您？**

他是否极易动怒、妒忌或毁坏物品？

他是否会威胁要伤害您、孩子、宠物或他自己？

家庭暴力受害者不一定会在肉体上受到伤害。如果您对上述任一问题的回答为“是”，那么您可能正遭受虐待。您或您的孩子可能正处于危险之中。

### **您并非只有您自己。**

### **这并不怪您。**

### **您不应受到虐待。**

您是否知道家庭暴力有时始于孕期，或可能在孕期内变得更为严重？

受到伤害的不仅有您自己：

- 在孕期受到虐待的女性更易流产、受到感染、出血、贫血及出现其他健康问题。上述问题对孕妇及其新生儿均有影响。
- 其新生儿体重较轻的可能性提高一倍。
- 大多数虐待自己伴侣的男子也会虐待自己的孩子。有些甚至会性虐待自己的孩子。
- 若父亲会虐待母亲，则孩子可能会出现健康问题、睡眠问题、产生愤怒情绪、愧疚感、恐惧感及焦虑感。
- 每年美国境内有逾 1000 个孩子死于自己的父母、监护人或他人造成的伤害。

**您和您的孩子不应受到这样的对待。**

**您有权让自己身处安全环境。**

**有人能够为您提供帮助。**

### **您需要哪类帮助？**

绝大多数社区均可提供下列服务。您所说的一切均将严格保密。

- **热线：**一名咨询顾问将与您在电话上进行沟通并为您提供所需信息，或可仅仅聆听您所说的内容。她或他将告知您如有需要，您可致电或前往何处寻求帮助。热线电话如下所示。
- **支持小组：**您可与其他拥有相同经历的女性（即支持小组）交流。您可以感受到自己并非孤身一人，且可与她人分享安全相关想法与信息。
- **儿童服务：**多个项目均可为儿童提供咨询与支持服务，并帮助他们理解正在发生的事。这让他们有机会谈论自己的感受。
- **辩护与其他支持服务：**有人可通过“系统”为您提供帮助。此人便是家庭暴力辩护人。辩护服务一般包括帮助搜寻法律建议、咨询服务、医疗护理服务、提供住所、工作及社会服务。
- **警方与法院：**警方可通过多种方式为您提供帮助，包括在紧急情况下将您和您的孩子安置于安全之处。家庭与刑事法院可通过发出保护令或决定抚养权、探访权或是否需提供儿童支持服务以帮助受害者。
- **收容所：**绝大多数州县均已设立收容所及安全之家，您和您的孩子可在此暂居。收容所可帮助您获取上述多种服务。

无人会“主动”或应该生活在恐惧中。您亏欠您的孩子——和您自己的——便是一个安全的环境。

**您并非只有您自己。**

**有人能够为您提供帮助。**

---

## **纽约州热线**

**纽约州家庭与性暴力热线：1-800-942-6906**

所有内容均严格保密 24小时/ 7 天全年无休 英语及西班牙语，  
可以多种语言提供服务 聋人或听力障碍患者请拨打：711

纽约州居民请拨打：311 或 1-800-621-HOPE (4673)

TDD: 1-866-604-5350

如需获取更多纽约州及全国（青少年、军人及 LGBT 群体）资源，  
请访问：

**家庭暴力防范办公室：**

<http://www.opdv.ny.gov/>

**Rape Crisis and Sexual**

**暴力防范项目：**

[https://www.health.ny.gov/prevention/sexual\\_violence/resources.htm](https://www.health.ny.gov/prevention/sexual_violence/resources.htm)

## **儿童与家庭服务办公室**

如需上报虐待儿童案例，请致电：1-800-342-3720

**国家虐待儿童防范委员会：1-800-342-7472**

防范信息与家长服务专线

# 家庭暴力：受害者权利通知

**受害者权利通知旨在告知家庭暴力受害者根据法律规定由其所享有的合法权利与可用措施。如您是家庭暴力受害者，您可随时与社工或任何可帮助您的人私下进行交流。相关询问应在私下进行，并避开您的陪同者的视线或听力范围。如医院工作人员在您的任何陪同者或家人面前询问您是否为家庭暴力受害者，则视为您的患者权利受到侵害。**

**若您是家庭暴力受害者：**

**警方可为您提供帮助：**

- 前往远离施暴者的安全之所；
- 获取法庭可如何帮助并保护您远离施暴者的相关信息；
- 获取医疗护理服务，为您或您的孩子治疗可能遭受的伤害；
- 从您的家中为您和您的孩子拿出必要随身物品；
- 获取由警方出具的暴力相关报告副本；或
- 向刑事法院提起控诉，并告知您所在地区的刑事与家庭法院位于何处。

**法院可通过以下方式帮助您：**

- 您有权向刑事法院、家庭法院或同时向两者就您的案例提起诉讼。
- 您可从家庭法院及刑事法院获取所需表格。
- 法院可决定是否为您、您的孩子或可能需要临时保护令的证人颁布临时保护令。
- 若家庭法院发现您无法承担聘请律师所需费用，则可为您指派一名律师以在开庭时为您提供帮助。
- 家庭法院可能会为您的孩子提供临时儿童支持与为您的孩子指派临时监护人。

**纽约州法律中曾提及：**

“若您是家庭暴力受害者，您可要求官员为您和您孩子的安全提供协助，其中包括提供如何获取临时保护令的相关信息。您也可要求该官员帮助您打造必要个人影响力、知晓您身在何处、带您或协助安排您和您的孩子前往位于该官员司法辖区内的安全之所，包括但不限于家庭暴力项目、家人或朋友的住所，或类似安全场所。若该官员的司法辖区不仅限于单一州县内，您可要求该官员带您或协助安排您和您的孩子前往位于事件发生地所在州县的安全之所。若您或您的孩子需要医疗服务，您有权要求该官员协助您获取此类医疗服务。您可要求从执法机关免费获得一份事件报告副本。”

“您有权自行选择法律顾问并获得法律建议。若您继续选择由家庭法院审理此案且法院认定您无法承担聘请律师而产生的相关费用，法院须为您指派一名代表律师，您无需支付任何费用。您可要求地方检察官或执法人员提起刑事诉讼。若您遭遇家庭犯罪，您亦有权向家庭法院提出申诉。您有权在您出庭当日进行申诉并向法庭申请颁布保护令，上述诉求须在开庭当日或次日得到满足。无论您选择由那个法庭审理您的案例，该法庭均会向构成家庭犯罪的行为所有者颁发保护令，其中包括根据其他相关规定向抗辩人或答辩人发出限制其接近您与您的孩子的限制令。家庭法院可能会指定哪一方将为您孩子支付临时儿童支持相关费用并为您孩子指派临时监护人。若家庭法院尚未开庭，您也可立即向刑事法院寻求帮助以获取保护令。您可自家庭法院及刑事法院获取申请保护令所需表格。您可致电下列 800 系列电话号码获取此社区内家庭暴力相关信息、损伤治疗与安全之所及收容所等资源。提起刑事诉讼或向家庭法院提起申诉时，若蓄意提供虚假证词，将触犯法律，属犯罪行为。”

**立即获得帮助  
获得安全  
保持安全**

**请致电：**

**1-800-942-6906**（英语及西班牙语）（24 小时）

或联络您所在地区的家庭暴力项目

# 父母权利清单

## 作为在医院接受护理的小儿患者的家长、法定监护人或决定者,您依法享有以下权利:

- 1) 若已知您孩子的初级保健医师姓名,请告知医院,并将此信息记录在您孩子的病历上。
- 2) 请放心,医院仅会按照自身能力接收小儿患者,并根据小儿患者的独特需求提供合格的工作人员、空间和规模适当的设备。
- 3) 允许至少一名父母或监护人全程陪护您的孩子,满足您孩子的健康和安全需求。
- 4) 您孩子在住院或急救期间完成的所有检验结果均应由熟悉您孩子当前病情的医师、医师助理或执业护士进行审核。
- 5) 据合理预计会产生重大结果的任何检验需在经由医师、医师助理和/或执业护士审核并与您或其他决定者以及您的孩子(若适当)沟通后,方可出院或撤离急救室。关键结果是指表明生命垂危或需要立刻治疗的其他紧急情况。
- 6) 在适当情况下,当且仅当您或您的孩子收到书面出院计划且医护人员亦已以口头方式与您和您孩子或其他医疗决定者沟通后,您的孩子方可出院或撤离急救室。书面出院计划将具体说明,您的孩子在住院期间经实验室或其他诊断检验的关键结果,也会说明尚未得出结果的任何其他检验。
- 7) 获得您孩子的关键检验结果和出院计划,从而合理确保您、您的孩子(若适当)或其他医疗决定者了解所提供的医疗信息,并可据此做出适当的医疗决定。
- 8) 若已知您孩子的初级保健医师姓名,则应向其提供住院或急救期间的所有检验结果。
- 9) 要求了解护理期间考虑的诊断结果或潜在诊断结果、可能出现的并发症,以及与您孩子的初级保健医师间的来往信息。
- 10) 在您的孩子出院或离开急救室后,获取您的孩子在出现并发症或其他问题时可致电咨询的电话号码。

《公共卫生法》(PHL) 2803(i)(g) 患者权利 10NYCRR, Section 405.7



Department  
of Health







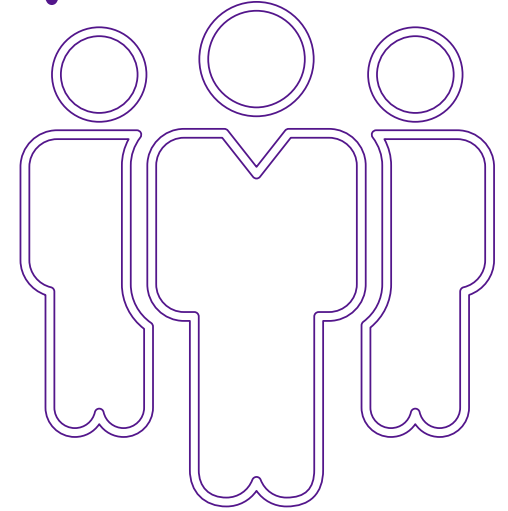
若有任何问题或建议, 请发送邮件至:  
**[hospinfo@health.ny.gov](mailto:hospinfo@health.ny.gov)**



您可通过以下方式关注我们:

[health.ny.gov](http://health.ny.gov)  
[facebook.com/nysdoh](https://facebook.com/nysdoh)  
[twitter.com/HealthNYGov](https://twitter.com/HealthNYGov)  
[youtube.com/nysdoh](https://youtube.com/nysdoh)

# 隱私實務 通知



- 用於我們的患者名冊，包括披露給我們的宗教服務部門，如牧師或拉比。
- 披露給您的家人、朋友或其他涉及您的護理或為您的護理付費的人士。

在以下情況中，我們僅會在您給予我們書面許可的情況下使用或分享您的資訊：

- 出於市場行銷目的
- 出售您的資訊，或接受來自第三方的付款
- 大部分心理治療記錄的分享
- 任何其他在本通知中沒有提及的理由

您可以聯絡隱私官員撤銷（收回）該許可，但我們已經根據該許可使用資訊的情況除外。

## 您的權利

在涉及您的健康資訊時，您擁有特定的權利。

您可以：

- 檢視或取得包含帳單在內的電子或書面病歷副本。您可能需要為相關記錄支付合理的費用。如有任何延遲，我們都會通知您。您也可以使用我們的患者安全入口網站 NYU Langone Health MyChart（網址 <https://mychart.nyulmc.org/>）直接存取您的健康資訊。
- 要求保密通訊。您可要求我們以特定方式與您聯絡，例如透過手機。我們會「同意」所有合理的要求。
- 要求限制我們使用或分享用於您的治療、付款與健康照護操作的資訊。我們不一定會同意您的要求，但我們會對其進行評估。當您全額自付服務自費，並要求我們不要與您的保險計畫分享資訊時，除非法律要求分享，否則我們都會同意。
- 若您的病歷不準確或不完整，可要求我們修正。我們可能會「拒絕」您的要求，但我們會在 60 天內以書面方式告知您原因。
- 取得我們的資訊分享對象列表。您可要求我們提供您要求之前六年內我們分享您的資訊的次數與理由列表（合計描述）。該列表並未包含所有的披露，例如那些針對治療、付款或醫療保健操作的披露。您有權每 12 個月免費取得該列表一次，但在此時間段內若要求提供額外的列表則可能要付費。

- 獲得本隱私通知的副本。只要提出要求，我們會以您要求的形式（紙本或電子）為您提供副本。
- 選擇某人代表您行事。這位「個人代表」可行使您的權利及做出與您健康資訊相關的選擇。一般而言，未成年人的雙親與監護人有此權利，除非法律允許此未成年人自行做決定。
- 如果您覺得自己的權利受到侵犯，可提出投訴。您可以聯絡隱私專員或美國衛生與公眾服務部部長。我們不會因為您提出投訴而報復您或採取不利於您的行動。
- 要求關於您電子病歷的額外隱私保護。

## 我們的責任

- 我們依法必須維護您的受保護健康資訊的隱私。
- 如果出現任何洩露，造成可辨識您身分的資訊隱私度或安全性降低，我們都會通知您。
- 我們必須遵循本通知中說明的實踐方式，並會提供一份副本給您。
- 我們保留改變本通知條款的權利，並且這些改變將適用於我們已持有的關於您的所有資訊。新的通知將會應您的要求而提供，並且會置於我們的網站 [www.nyulangone.org](http://www.nyulangone.org) 上。

## 疑問或疑慮

如果您有任何疑問或想要行使本通知所述的權利，請聯絡隱私專員：寄信至 One Park Avenue, 3rd Floor, New York, New York 10016, Attention: Privacy Officer、撥打 1-877-PHI-LOSS 或 212-404-4079，或寄送電子郵件至 [compliance.help@nyulangone.org](mailto:compliance.help@nyulangone.org)。

大部分行使權利的要求必須以書面形式向隱私專員或適當的醫師辦公室或醫院科室提出。欲取得更多資訊或索取要求表格，請聯絡隱私專員或造訪 <http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy>。

本通知從 2022 年 9 月 1 日起生效。

El Aviso sobre prácticas de privacidad también está disponible en español. Para recibir la versión en español de este aviso, solicite una copia en la mesa de registros.

Уведомление о соблюдении конфиденциальности доступно также на русском языке. Для получения копии этого уведомления, пожалуйста, обратитесь в приемное отделение.

私隱守則通知也有中文版本。要獲取該通知的中文版本，請於接待處索取。

דער מעלדונג פון פריוואטקייט פירונגען איז אויך אוועקלעבן אין אידיש. צו באקומען די אידישע ווערסיע, פארלאנגט א קאפיע בייים פאציענט רעגיסטראציע טישל.

كما أن إخطار ممارسات الخصوصية متاح باللغة العربية. للحصول على نسخة باللغة العربية، اطلب نسخة من مكتب تسجيل المرضى.

Avi sou pratik konfidansyalite a disponib tou an kreyòl. Pou resewva vèsyon an kreyòl la, ou ka mande yon kopi nan biwo anrejistremen malad la.

本通知說明了我們可能如何使用及披露您的醫療資訊，以及您可以如何存取此類資訊。請仔細閱讀。

## 我們致力於保護您的隱私

NYU Langone Health 致力維護您健康資訊的隱私和機密性。我們將僅按照本通知所述使用或披露（分享）您的健康資訊。您需要簽署收到本通知的確認函。

## 誰需要遵守本通知？

這是一份聯合通知，NYU Langone Health 在下列地點的所有員工、醫護人員、受訓人員、學生、志工和代理必須遵從：

- NYU Langone Hospitals  
（包括 NYU Langone Health Home Care）
- NYU Grossman School of Medicine  
（包括我們的 Faculty Group Practices）
- NYU Langone Health 的 Family Health Centers
- Southwest Brooklyn Dental Practice
- Long Island Community Hospital （「LICH」）

NYU Langone Hospitals 和 NYU Grossman School of Medicine 與下列實體簽訂了有組織的醫療保健協議（「OHCA」）：

- NYU Langone Health 的 Family Health Centers；
- Southwest Brooklyn Dental Practice；以及
- Long Island Community Hospital （「LICH」）

這些簽訂了 OHCA 的實體可能會使用和相互分享您的資訊，以進行此項安排所涉及的治療、付款和醫療保健操作。

若 NYU Langone Health 專業醫護人員在其他地點（比如 Manhattan VA Medical Center 或 Bellevue Hospital Center）為您提供治療或服務，您收到的本隱私實務通知仍然適用。

## 使用與分享您的資訊

本節說明了我們可能會以哪些不同方式來使用及分享您的資訊。我們通常會基於這些目的打電話通知您，但如果您已提供電子郵件地址或允許我們給您發送簡訊，我們可能會使用這些方式與您聯絡。透過簡訊

和電子郵件進行的通訊可能不安全且未加密，並且您向我們提供手機號碼或電子郵件，即表示您授權 NYU Langone Health 以這種方式與您聯絡。

我們主要是基於治療、付款與醫療保健操作目的使用及分享您的資訊。這表示我們可於以下情形使用及分享您的健康資訊：

- 與其他醫療保健提供者或為您配給處方藥的藥房分享您的健康資訊；
- 與您的健康保險計畫分享您的健康資訊，以收取醫療保健服務的付款或取得治療的事先核准；以及
- 運作我們的業務、提升您的護理、教育我們的專業人員，以及評估護理提供者的表現。

有時候我們可能會與我們的業務合作夥伴（比如記帳服務公司）分享您的資訊，以協助我們的業務營運。我們所有的業務合作夥伴必須和我們一樣保護您健康資訊的隱私與安全。

我們可能會為了以下事項使用或分享您的資訊來聯絡您：

- 健康相關的利益或服務。
- 即將到來的約診。
- 確認您是否願意參加研究項目。
- 為 NYU Langone Health 進行的募款。

您有權選擇退出而不再收到募款通訊。要退出，您可以發送電郵至 [developmentoffice@nyulangone.org](mailto:developmentoffice@nyulangone.org)，或撥打 212-404-3640 或免費電話 1-800-422-4483 聯絡 NYU Langone Health 發展辦公室。

若您不希望我們通知您可供您參加的研究項目，您可以發送電郵至 [research-contact-optout@nyulangone.org](mailto:research-contact-optout@nyulangone.org) 或撥打 1-855-777-7858。

若我們使用或分享您的敏感健康資訊，會啟動特別保護措施。這包括 HIV 相關資訊、心理健康資訊、酒精或藥物濫用治療資訊，或是基因資訊。例如，根據紐約州法律，機密的 HIV 相關資訊僅能與依法

允許取得該等資訊的人士，或是您簽署特定的授權表單允許取得該等資訊的人士分享。如果您的治療涉及此資訊，您可以聯絡隱私專員以取得更進一步的說明。

我們獲許，且有時會因法律要求，以其他方式分享您的資訊。我們必須符合特定法律條件才能出於以下原因分享您的資訊。各項規定的一些範例包括：

- 公共衛生及安全：通報疾病、出生或死亡；通報疑似虐待、疏忽或家庭暴力情況；避免嚴重的衛生或公共安全威脅；監測產品召回；及出於安全與品質目的而通報資訊
- 研究：對已獲得人體研究倫理審查委員會 (IRB) 核准的、對您的隱私而言為低風險的健康記錄專案進行分析；準備研究試驗；僅涉及死者資訊之研究
- 司法與行政訴訟：回應法庭或行政命令
- 工傷賠償及其他政府要求：工傷賠償索賠或聽證會；法律授權之衛生監督機構；特殊政府部門的職能（軍隊、國家安全）
- 執法：執法人員辨識或尋找嫌犯或失蹤人口
- 遵守法律：由衛生與公眾服務部 (Department of Health and Human Services) 確認我們是否遵守聯邦隱私法律
- 災害救助：為協助緊急情況救助，分享您的所在地及一般位置給您的家人、朋友與法律特准之機構
- 將資訊披露給處理器官、組織或眼睛捐贈或移植的機構
- 根據工作需要將資訊披露給驗屍官、法醫或喪禮承辦者
- 與經許可的使用及披露情形附帶出現：在候診區呼叫您的名字時，其他在場的人可能會聽到您的名字。我們會在合理範圍內盡量控制這些附帶的使用及披露情形。

在以下情況中，我們可能使用或分享您的資訊，除非您反對或是您明確給予我們許可。如果您因故無法告知我們您的偏好（比如您意識不清），當我們認為分享您的資訊符合您的最佳利益時，則可能分享您的資訊。



# 医疗护理委托书

## 指定您在纽约州境内的医疗护理代理人

如果您已失去自行决定的能力，纽约州医疗护理委托法允许您指定您信任的人——例如家人或密友——代您做出医疗护理决定。通过指定医疗护理代理人，您能够确认医疗服务提供者是否遵循您的意愿行事。当您的病情发生变化时，您的代理人还能够决定如何根据您的意愿行事。医院、医生和其他医疗服务提供者将您的代理人所做出的决定视同于您本人所做出的决定并予以遵循。您可以向您选定的医疗护理代理人授予您认为适当的权利。您可以允许您的代理人代您做出所有医疗护理决定，或仅代您做出部分医疗护理决定。您还可以向您的代理人下达其必须遵守的指示。本表格也能够用于记录您捐赠器官及/或组织的意愿或指示。

# 关于医疗护理委托书表格

## **这是一份重要的法律文件。在签署之前，您应当明了以下事实：**

1. 除您在本表格中另行说明外，本表格授权您选择的代理人为您做出所有医疗护理决定，包括移除或提供生命维持治疗的决定。“医疗护理”是指用于诊断或治疗您的身体或精神状况的任何治疗、服务或程序。
2. 除您的代理人已以合理方式知晓您关于人工营养和水分补充（通过饲管和静脉注射供给营养和水）的意愿外，其不得代您拒绝或同意接受此类措施。
3. 如果您的医生确定您已无法自行做出医疗护理决定，您的代理人将开始为您做出决定。
4. 您可在本表格上写下您不愿接受的治疗类型和/或您希望确保获得的治疗示例。上述指示可用于限制代理人的决定权限。您的代理人在为您做决定时必须遵照您的指示。
5. 您填写本表格时无需律师在场。
6. 您可任意选择包括家人或密友在内的成年人（18 周岁或以上）作为您的代理人。如果您选择一名医生作为您的代理人，由于医生不能同时作为您的主治医生及代理人，因此其将必须在上述两个身份之间做出选择。此外，如果您是某医院、私人疗养院或心理卫生机构的患者或住院医师，如需指定该机构工作人员作为您的代理，则需符合特殊限制。请咨询该机构工作人员详细了解上述限制。
7. 在指定某人作为您的医疗护理代理人之前，可先同其就此事进行讨论并确认其是否愿意成为您的代理人。告知您所选择的人士，其将成为您医疗护理代理人。请和您的代理人就您医疗护理医院以及本表格进行讨论。请务必向您的代理人提供已签名副本。您的代理人不会因善意做出的决定而受到控告。
8. 如果您指定自己的配偶作为医疗护理代理人，且在之后二位已离婚或合法分居，根据法律规定，除您另行声明外，您的前配偶不得再继续作为您的代理人。如果您仍希望自己的前配偶继续作为代理人，可在本表格上予以说明并写下日期，或可另行填写新表格并在其中指定您的前配偶作为您的代理人。
9. 即使您已签署本表格，只要您具备相应能力，您仍有权自行做出医疗护理决定。如您反对接受某项治疗，则医护人员将不会为您提供或停止相应治疗，在此项上，您的代理人将无权反对。
10. 您可通过口头或书面形式告知代理人或您的医疗服务提供者以取消您对代理人的授权。
11. 指定医疗护理代理人属于自愿行为。没有人能强制要求您指定自己的医疗护理代理人。
12. 您可在本表格上表达自己关于器官和/或组织捐赠的意愿或指示。

# 常见问题

## 我为什么应选择医疗护理代理人？

如果您不能，即使是临时不能做出医疗护理决定，则必须由他人代您做出决定。医疗服务提供者通常希望从您的家人处获得指示。家人可表达他们认为您会就此具体治疗所表达的相关意愿。指定代理人使您可以通过下述方式来掌控您的治疗方案：

- 允许您的代理人在您希望做出医疗护理决定时代您做出该决定；
- 选择您认为能够做出最佳决定的人为您做出医疗护理决定；
- 选择代理人以避免家人和/或亲密伴侣之间产生矛盾或困惑。

如果您的首选代理人无法为您做出决定，您还可以指定候补代理人替其行事。

## 哪些人能够成为医疗护理代理人？

任何年满 18 周岁或以上者均能够成为医疗护理代理人。经您指定作为您的代理人或候补代理人者不得以见证人身份在医疗护理委托书表格上签字。

## 怎样才能指定医疗护理代理人？

年满 18 周岁或以上且具完全行为能力的成年人可通过签署医疗护理委托书表格指定医疗护理代理人。您在指定代理人时无需律师或公证人到场，只需两名成年见证人即可。您的代理人不能作为见证人签字。您可以使用在此处打印的表格，但这并非强制要求。

## 我的医疗护理代理人什么时候可开始为我做出医疗护理决定？

如您的医师认定您已无法自行做出医疗护理决定后，您的医疗护理代理人可开始为您做出医疗护理决定。如您仍有能力自行做出医疗护理决定，您将始终有权自行决定。

## 我的医疗护理代理人能够做出哪些决定？

除您对您的医疗护理代理人权限有所限制外，您的代理人将可以做出您在有能力自行决定时可能做出的任何医疗护理决定。根据您的意愿和利益所在，您的代理人能够同意您接受治疗、在不同治疗方案中做出抉择以及决定不接受所提供的治疗。但是，如果您的代理人知晓您已口头说明或书面表达的意愿，则她或他只能做出人工营养和水分补充（通过饲管或静脉注射提供营养和水分）相关决定。医疗护理委托书表格并未授予您的代理人代您做出非医疗护理决定的权力，如财务决定。

## 我年轻且健康，为什么仍需指定医疗护理代理人呢？

即使您并非老年人或临终病人，指定医疗护理代理人仍不失为良策。即使是您临时无法自行做出医疗护理决定（例如，当您全身麻醉或因事故已经昏迷时），医疗护理代理人也能代您做出医疗护理决定。当您再次能够自行做出医疗护理决定时，您的医疗护理代理人便无权继续代您做出医疗护理决定。

## 我的医疗护理代理人将如何做出决定？

您的代理人必须遵循您的意愿以及您的道德和宗教信仰。您可以在您的医疗护理委托书表格上写下您的指示，或可与您的代理人就其进行简单的讨论。

## 常见问题, 接上页

### **我的医疗护理代理人将如何获知我的意愿?**

与您的医疗护理代理人就您的意愿进行开诚布公的讨论将使其能更好地为您的利益服务。如果您的代理人尚不知晓您的意愿或信仰, 法律要求您的代理人在行事时以您的最大利益为出发点。由于这是您所指定的医疗护理代理人的主要职责, 因此您应与该代理人一起就不同情况下您希望接受或拒绝的治疗类型进行讨论, 例如:

- 如果您永久性昏迷, 您是否想要开始/继续/停止生命维持治疗;
- 如果您患有晚期疾病, 您是否想要开始/继续/停止治疗;
- 您是否想要开始/拒绝、继续或停止人工营养和水分补充, 以及上述指令在哪些情况下适用。

### **我的医疗护理代理人是否能够否决我的意愿或此前的治疗指令?**

不能。您的代理人有义务根据您的意愿做出决定。如果您已经清楚地表达了特殊意愿或下达了特殊治疗指令, 除您的代理人善意认为您的意愿有所变化或您的意愿不适用于当时的情况外, 其有义务在做出决定时遵循上述意愿或指示。

### **哪些人将对我的代理人有所关注?**

法律规定, 所有医院、疗养院、医生和其他医疗服务提供者向您的医疗护理代理人所提供的信息须与向您提供的信息一致, 且须将您的代理人所做出的决定视同于您本人所做出的决定并予以遵循。如果医院或疗养院反对采用某些治疗方案(例如停止某些治疗), 他们须尽可能在您入院前或入院时将此事告知您或您的代理人。

### **如果我的医疗护理代理人未能在必须做出决定时到场决定, 该怎样处理?**

如果您的医疗护理代理人未能在必须做出决定时到场决定, 或该医疗护理代理人不能或不愿意做出决定, 您可以指定候补代理人为您做出决定。否则, 医疗服务提供者将根据您尚具备决定能力时所下达的指示为您做出医疗护理决定。在这种情况下, 您写在医疗护理委托书表格上的任何指示均将为医疗服务提供者提供指导。

### **如果我改变想法, 该如何处理?**

您可以轻松取消您的医疗护理委托书、更换您所指定的医疗护理代理人或修改您在医疗护理委托书中写明的任何指令或限制。只需简单填写一份新表格。此外, 您可以表明在某个指定日期到来或发生某些特定事件时, 您的医疗护理委托书即行失效。否则, 医疗护理委托书将无限期生效。如果您选择您的配偶作为您的医疗护理代理人或您的候补代理人, 但您已与其离婚或合法分居, 该任命将自动失效。如果您仍希望自己的前配偶继续作为您的代理人, 可在本表格上予以说明并写下日期, 或可另行填写新表格并在其中指定您的前配偶作为您的代理人。

## 常见问题, 接上页

### **我的医疗护理代理人是否将为代我做出的决定承担法律责任?**

不会。您的医疗护理代理人无需对善意而代您做出的医疗护理决定负责。此外, 由于其只是您的代理人, 所以亦无需负责承担您的护理费用。

### **医疗护理委托书是否与生前遗嘱相同?**

不。生前遗嘱是提供具体医疗护理决定相关指示的文件。您可以在医疗护理委托书表格中写明此类指示。医疗护理委托书允许您选择您信任的人代您做出医疗护理决定。与生前遗嘱的不同之处在于, 医疗护理委托书不要求您事先就可能出现的所有决定做出相应决定。相反, 您的医疗护理代理人能够在医疗情况发生变化时对你的意愿做出解释, 并能够做出您可能事先不知情但却必须做出的决定。

### **在签署医疗护理委托书表格后, 我应将它保存在哪里?**

向您的代理人、医师、律师以及您希望由其持有副本的其他家人或好友提供一份副本。在您的钱包或手提袋中保存一份副本或将其与其他重要文件保存在一起, 但请勿保存在没人能够取得的地方, 例如保险箱内。即使您因小手术住院或接受门诊手术, 也应随身携带一份副本。

### **我可以用医疗护理委托书表达我捐赠器官和/或组织的意愿吗?**

可以。您可在医疗护理委托书表格上选填器官及组织捐赠章节以表达您的捐赠意愿, 请确保有两人在场见证您填写该章节。您可以规定您的器官和/或组织将被用于移植、研究或是教学目的。在委托书该章节中应注明您的上述意愿是否存在限制条件。**即使您未在医疗护理委托书表格中注明您的意愿和指示, 也仍不意味着您不希望成为一名器官和/或组织捐赠者。**

### **我的医疗护理代理人能够代我做出捐赠器官和/或组织相关决定吗?**

可以。自 2009 年 8 月 26 日起, 您的医疗护理代理人已获得授权, 可在您去世后做出与器官和/或组织捐赠相关的特定决定。您的医疗护理代理人须按您的医疗护理委托书表格中所示做出相应决定。

### **如果我当时未表达我的意愿, 谁能够代我同意进行捐赠?**

如果您已指定代理人, 则应向您的医疗护理代理人、您所指定的身后事代理人以及您的家人提及您捐赠器官和/或组织的意愿, 这一点至关重要。纽约州法律提供了有权代您同意捐赠器官和/或组织的人员名单。他们的优先顺序如下: 您的医疗护理代理人、您的身后事代理人、您未合法分居的配偶或您的同居伴侣、年满 18 周岁或以上的子女、您的父母、年满 18 周岁或以上的兄弟姐妹、在捐赠人去世前由法院指定的监护人或其他有权处置遗体者。



# 医疗护理委托书表格说明

**第(1)项**写下您选定的代理人姓名、家庭地址和联系电话。

**第(2)项**如果您希望指定候补代理人,可写下您选定的候补代理人姓名、家庭地址和联系电话。

**第(3)项**除您已设定失效日期或失效条件外,您的医疗护理委托书将无限期保持有效。此章节为选填内容,仅在您希望自己的医疗护理委托书在特定日期失效时方需填写。

**第(4)项**如果您对自己的代理人有特殊指示,可在此注明。此外,如果您希望以任何方式限制代理人的权限,您也可在此说明或与您的医疗护理代理人讨论相关内容。如果您未对任何限制作出说明,您的代理人将能够代您做出任何医疗护理决定,包括同意或拒绝接受生命维持治疗的决定。

如果您希望赋予您的代理人较大的权限,可直接在该表上注明。只需写明:我已经和自己的医疗护理代理人及候补医疗护理代理人就本人意愿进行了讨论,他们已了解我的一切意愿,其中包括人工营养和水分补充相关意愿。

如果您希望作出更为具体的说明,您可以注明:

如果我生命垂危,我希望/不希望接受下列治疗...

如果我昏迷或神志不清且毫无康复希望,我希望/不希望接受下列治疗: ....

如果我脑部受损或患有脑部疾病,导致我无法辨识他人或说话,且我的身体状况毫无改善希望,我希望/不希望接受下列治疗: ....

我已经同我的代理人就 \_\_\_\_\_ 进行了讨论,并且我希望由我的代理人做出与上述措施相关的一切决定。

下方列出了您可能希望向您的代理人下达特殊指令的医疗方案示例。这并非完整清单:

- 人工呼吸
- 人工营养和水分补充(通过饲管供应营养和水)
- 心肺复苏(CPR)
- 抗精神类疾病药物治疗
- 电击休克疗法
- 抗生素治疗
- 手术治疗
- 透析
- 移植
- 输血
- 流产
- 消毒

**第(5)项**您必须签署本医疗护理委托书表格并注明日期。如果您无法亲自签名,可指定他人在您在场的情况下代您签署。请务必填上您的地址。

**第(6)项**您可在该表格上表达自己有关器官和/或组织捐赠的医院或指令。纽约州法律提供了有权代您同意捐赠器官和/或组织的人员的名单,其优先顺序从高到低依次如下:您的医疗护理代理人、您的身后事代理人、您未合法分居的配偶或您的同居伴侣、年满 18 周岁或以上的子女、您的父母、年满 18 周岁或以上的兄弟姐妹以及在捐赠人去世前由法院指定的监护人。

**第(7)项**两名年满 18 周岁或以上的见证人须在此医疗护理委托书表格上签名。您选定的代理人或候补代理人不得作为见证人签名。

# 医疗护理委托书

(1) 我, \_\_\_\_\_  
在此指定 \_\_\_\_\_  
(姓名、家庭住址及联系电话)

作为我的医疗护理代理人, 除我另作声明外, 其将为我做出任何及一切医疗护理决定。该委托书仅在我无法自行做出医疗护理决定时生效。

**(2) 可选: 候补代理人**

如果我指定的上述个人不能、不愿意或无法到场作为我的医疗护理代理人代我做出决定, 我在此指定 \_\_\_\_\_  
(姓名、家庭住址及联系电话)

作为我的医疗护理代理人, 除我另作声明外, 其将为我做出任何及一切医疗护理决定。

**(3)** 除我撤销委托书或声明委托书失效日期或失效条件外, 此委托书将无限期地保持有效。(可选: 如果您希望设定此委托书的失效时间, 可在此注明该日期或失效条件。) 该委托书将在以下日期或出现以下情况时失效(注明日期或条件):

**(4) 可选:** 我指定我的医疗护理代理人根据其所知的或如下所述的我的意愿及限制条件做出医疗护理决定。(如果您希望限制您的代理人为您做出医疗护理决定的权限或给出具体指示, 您可在说明您的意愿或限制。) 我指定我的医疗护理代理人根据以下限制和/或说明做出医疗护理决定(可根据需要额外增加页数):

为了使您的代理人能够为您就人工营养和水分补充(通过饲管和静脉注射供应营养和水)做出医疗护理决定, 您的代理人必须以合理方式知晓您的愿望。您也可告知代理人您的意愿为何或在本节中注明您的意愿。如果您选择在此表上注明自己的意愿(包括人工营养和水分补充相关意愿), 请参见您可使用的示例语言说明。

**(5) 您的身份** (请用正楷填写)

您的姓名 \_\_\_\_\_

您的签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

您的地址 \_\_\_\_\_

**(6) 可选: 器官和/或组织捐赠**

我据此做出解剖捐赠决定, 在我去世后立即生效, 并选择将以下部分捐赠: (勾选任何适用项)

☐ 任何为他人所需的器官和/或组织

☐ 以下器官和/或组织 \_\_\_\_\_

☐ 限制 \_\_\_\_\_

即使您未在该表格上表达自己有关器官和/或组织捐赠的意愿或指示, 也仍不意味着您不希望进行捐赠或禁止有人在法律允许的前提下代表您同意捐赠。

您的签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

**(7) 见证人声明** (见证人必须年满 18 周岁或以上, 并且不能同时作为医疗护理代理人或候补代理人。)

我声明, 我本人熟识签署此文件者, 其心智健全且出于自愿做出相应行为。其在我在场的情况下亲自签署 (或者请求其他人代为签署) 此文件。

**见证人 1**

日期 \_\_\_\_\_

姓名 (正楷填写) \_\_\_\_\_

签名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

**见证人 2**

日期 \_\_\_\_\_

姓名 (正楷填写) \_\_\_\_\_

签名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

