

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/。

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目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。

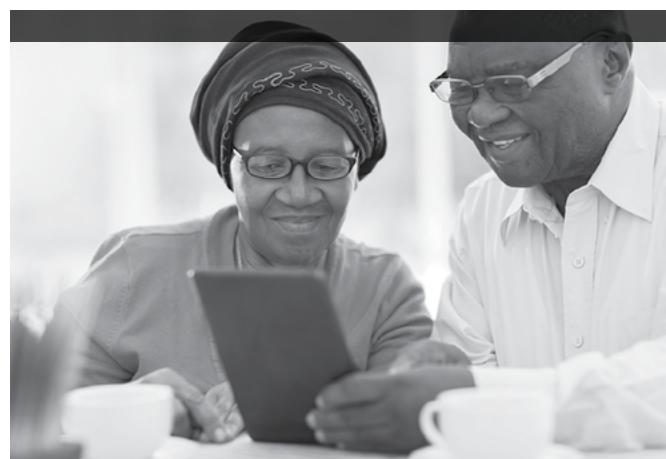
关于拒绝或撤回医院及疗养院内生命维持治疗的决定

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。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。

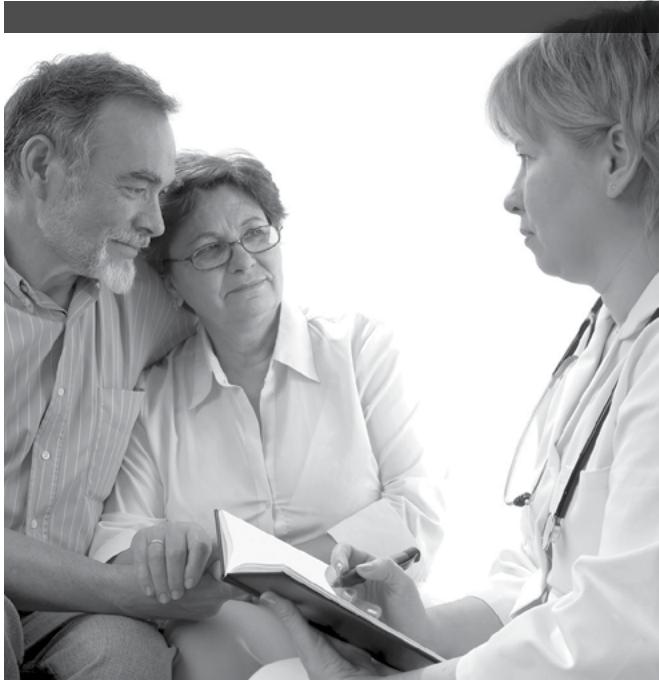
CPR 成功时，可使患者恢复心跳和呼吸。CPR 成功与否取决于患者的整体病情。CPR 能否成功不仅取决于年龄因素。但是，随着年龄增长而产生的疾病及患者虚弱的身体状况往往会导致 CPR 有效性下降。患者病情严重时，CPR 可能不起作用或只能发挥部分作用。这可能会导致患者脑部受损或者病情较其心跳停止前有所恶化。接受 CPR 之后（取决于患者的病情），患者可能只能通过呼吸机维持生命。

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。

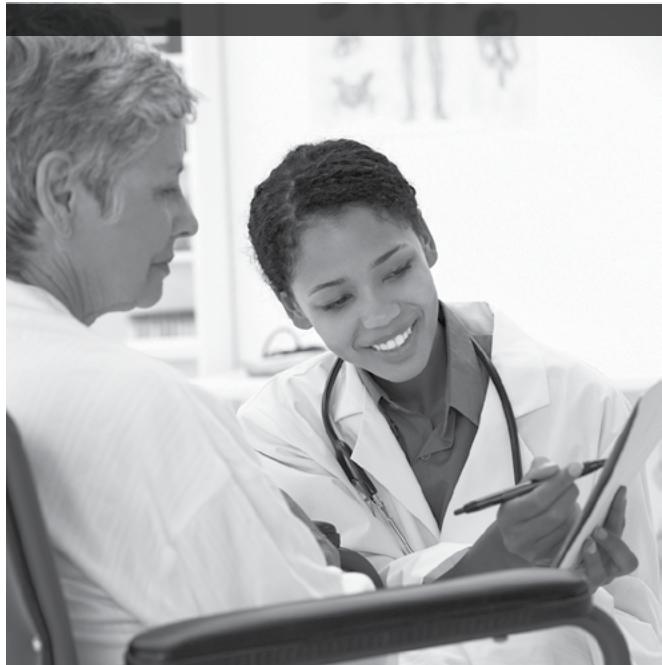
如果该案例中的相关人员对代理人做出的治疗决定持有异议，该如何处理？所述相关人员可以是患者、在医院或疗养院内负责为患者提供治疗的医疗护理工作人员或在代理人名单上优先级较低者。

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。对决定者持有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**

- 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://nyulangone.org) 上。

疑問或疑慮

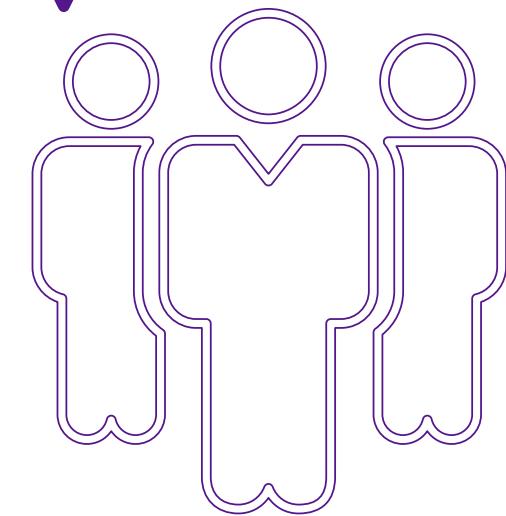
如果您有任何疑問或想要行使本通知所述的權利，請聯絡隱私專員：寄信至 One Park Avenue, 3rd Floor, New York, New York 10016, Attention: Privacy Officer、撥打 1-877-PHI-LOSS 或 212-404-4079，或寄送電子郵件至 compliance.help@nyulangone.org。

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。



隱私實務 通知



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 מעילונג פון פריאו אטקיי פירונגען אויז אוחעלעבל אין אידיש. צו באקומשן די אידיש ווערטע, פארלאנטס א קאפייע בים פאציענט רעניטראאיצע טיסטל.

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 resevwa vèsyon an kreyòl la, ou ka mande yon kopi nan biwo anregistreman 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，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 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疑犯或失蹤人口
- 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您的意愿做出解释，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之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和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, 您可在此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 _____



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)