



# MARYLAND

## Department of Health

行为健康管理局

精神健康  
治疗  
预立医疗指示

**注意：这是一份重要的法律文件。**  
在签署本文件之前，您应该了解以下重要事实。

## 引言

马里兰州法律赋予年满 16 岁人员参与有关其精神健康治疗决策的权利。但对于未满 18 岁的未成年人，即使未成年人反对，其父母或监护人也可以授权治疗。

法律还指出，有些人员无法做出治疗的决策。马里兰州法律规定，您有权通过名为“**预立医疗指示**”的过程提前做出决策，包括精神健康治疗相关决策。您可以使用预立指示来表明您的治疗选择，也可以用其来指定一名医疗护理代理人，为您做出医疗护理的相关决策。

- A. 如果您患有精神疾病，即使您无法做出精神健康医疗相关决策，本文件仍然能够为您提供在很大程度上参与决策的机会。本文件允许您表达您同意或拒绝使用精神疾病治疗药物及其他医疗护理决策的相关意愿，包括使用隔离和约束等干预。请知悉，如果您是非自愿收治于精神病医院，马里兰州法律允许卫生保健提供者在有限的情况下，否决您拒绝接受精神疾病药物治疗的决策。
- B. 本文件可由任何已满 18 岁且未被认定为无法做出知情决策的个人填写。预立医疗指示可为口头或书面形式。如果是书面形式，必须进行签名并注明日期。同时需要两名见证人签署本文件。医疗护理代理人不得作为见证人。同时，至少有一名见证人不得具备以下情况：此人在知情的情况下有权因您的死亡受益，例如继承金钱，获得保险赔偿等。见证人必须在文件上签字，表明做出指示的人为本人，并且看似处于精神健全状态。
- C. 如果您希望指导您的医疗保健提供者在您无法提供知情同意的情况下希望接受何种治疗，并且您不希望指定医疗护理代理人，请填写标题为“**精神健康治疗预立医疗指示**”的表格。如果您希望由代理人代您做出选择，请填写标题为“**指定医疗护理代理人**”的表格。如果您希望由代理人做出选择，并且您希望协助其进行，您可以同时填写这两份表格。如果指示为口头形式，则必须在您的主治医生和一名见证人的陪同下做出。

- D. 您还可以设立预立医疗指示，指定您的医疗护理代理人，在您无法做出精神健康相关决策时代您做出决策。代理人必须根据您在本文件中表达的全部意愿做出选择，或者如果您没有表达相关意愿，且代理人不了解您的意愿，代理人必须本着自己认为对您最有利的诚信原则代您做出决策。您本人需要告知代理人您在预立医疗指示中指定该人员作为您的代理人，同时要确保其同意成为您的代理人。需要告知您的医疗护理代理人您的精神疾病情况以及您在本表格中所做的决策。强烈建议您与家人和密友以及您的精神健康保健提供者讨论本文件中的内容。
- E. 州总检察长办公室已发布意见，表示医疗护理代理人可以将个人签入精神病医院等机构中接受治疗。如果您希望您的医疗护理代理人能够做出这种选择，应详细说明。
- F. 马里兰州律允许在某些条件下，违背患者表达的意愿给予患者治疗精神疾病的药物，或违背患者表达的意愿对患者实施隔离或约束干预。

## 精神健康治疗预立医疗指示

本人（姓名）\_\_\_\_\_作为一名成年人，在情绪和精神上，有能力设立该指示，自愿和自由地完成该预立医疗指示，如果经两名医生确定，本人由于精神或身体疾病而无法做出相关医疗决策时，应遵照本指示内容对本人进行医疗护理。（第二位医生可以是未参与本人治疗的医生）。本人希望，即使在本人无法代表自己做出选择的情况下，仍然能实施对本人的医疗护理。若为法院所指定监护人或其他决策者为本人做出医疗护理选择，本人希望，在可能的情况下，本文件优先于所有可及的其他方式。

本人精神疾病的常见症状可能包括：

---

---

---

本人指示本人的医疗保健提供者遵循本人的选择，具体如下所述：

### 治疗本人精神疾病的药物：

如果本人无法做出本人精神疾病治疗的知情选择，本人对药物治疗的意愿如下：

---

---

---

本人可能对以下药物过敏：

药物

反应

_____	_____
_____	_____
_____	_____

以下药物在过去对本人有所帮助，如果医生开具相关处方，本人同意用药：

---

---

---

请在所有适用项上签名（姓名首字母缩写）：

\_\_\_\_\_ 本人同意接受所有检查以及其他方式，识别或评估本人的精神健康。

\_\_\_\_\_ 本人同意接受所有检查以及其他方式，了解药物的疗效及其对本人身体的影响，比如血液检查。

\_\_\_\_\_ 本人明确表示，不同意接受以下药物，或其原研药或同等仿制药。

**药物**

**不同意的原因**

_____	_____
_____	_____
_____	_____

\_\_\_\_\_ 本人同意接受由本人的精神科医生开具的所有药物（上文列出的除外）。

**入住住院医院以外的机构并继续接受精神健康服务。**

请勾选一项

\_\_\_\_\_ 本人对从精神病医院以外的机构或其他提供者处接受精神健康服务没有偏好，比如诊所、精神康复项目 (PRP)、流动治疗服务。

\_\_\_\_\_ 本人同意从非医院的机构处接受服务。

\_\_\_\_\_ 本人不同意从医院以外的提供者或机构处接受精神健康服务。

条件/限制:

---

---

---

---

### **其他选择**

如果本人无法对本人的精神健康选择做出知情决策，本人对其他信息或选择的愿望如下:

---

---

---

---

### **病历公开**

本人授权将以下病历（请勾选一项）:

- 任何及所有精神健康相关病历  
 以下医疗保健提供者的以下精神健康相关病历

---

---

提供给:

---

(可接收病历人员的姓名)

## 指定医疗护理代理人

本人选择以下人员作为本人的代理人，为本人做出医疗护理选择：

姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

工作电话 \_\_\_\_\_ 家庭电话 \_\_\_\_\_

如果该代理人由于任何原因无法或不愿意作为本人的代理人，则本人选择以下人员作为代理人：

姓名： \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

工作电话 \_\_\_\_\_ 家庭电话 \_\_\_\_\_

本人的代理人有充分的权力和权利为本人做出医疗护理选择：

\_\_\_\_\_ 仅就上述说明而言。

\_\_\_\_\_ 如果本人的意愿没有在上面表达，并且本人的代理人不了解本人的意愿，或者如果本人的意愿未知或不清楚，本人的代理人将以保障本人的最大利益为原则为本人做出医疗护理选择，即本人的代理人将在审查给予某一治疗或暂停/停止某一治疗带来的获益、负担及风险情况后做出决策。

本人代理人的权限受制于以下条件和限制：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

本人的代理人有充分的权力和权利进行以下活动：

1. 索取、接收和审查关于本人身体或精神健康的任何口头或书面信息，包括但不限于医疗和医院记录，以及披露这些信息的权利。
2. 雇佣并解聘本人的医疗保健提供者。
3. 批准本人入住或离开任何机构（精神病医院或病房以外的机构）、疗养院、成人之家或其他受监督的处所或医疗机构。

请圈选一项：

本人的代理人有  无权批准本人入住或离开精神病医院或病房。

请圈选一项：

本人代理人的权力和权利在以下情况下生效：

\_\_\_\_\_ 当本人的主治医生和第二位医生认为本人无法做出医疗护理选择时；

**或**

\_\_\_\_\_ 本文件签署后。

本人的代理人不应仅根据本协议承担任何医疗护理费用。

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
签名

上述指定人员在本人陪同下签署或确认签署本预立医疗指示，且根据本人的个人判断，此人看似具有行为能力。

\_\_\_\_\_  
见证人姓名

\_\_\_\_\_  
见证人签名

\_\_\_\_\_  
见证人姓名

\_\_\_\_\_  
见证人签名