

让我们提前考虑



我的预先 护理计划



Chinese (simplified)
version:
My Anticipatory
Care Plan



Scottish Government
Riaghaltas na h-Alba
gov.scot

预先护理计划（**Anticipatory Care Planning, ACP**）是关于提前考虑并了解您的健康状况。它是关于了解如何更好地使用服务，以及帮助您对将来的医疗护理做出选择。

提前计划能帮助您更好地进行掌控，应对您的健康与福祉的任何变化。

与对您来说重要的人交谈能帮助您制定正确的计划。



这就是您的计划 — 它在各方面都不具有法律约束力，以自愿原则填写完成。此文件的所有部分也许现在并不适用于您。填写对您来说重要的方面。

日期:

审查日期:

最好不时地考虑更新或审查您的计划。



由对您帮助最大的专业人员在您的计划末尾的临床管理计划中来总结重要的临床细节是比较合适的。

目录

我的计划	4
关于我	4
重要的人	5
对我来说什么是重要的	8
我目前的健康状况	10
了解我的健康状况以及什么会对我有帮助	11
如果我病重，我需要做什么以及我能联系谁	13
我服用的药物	14
参与我医疗护理的人	18
我未来的计划	20
需要考虑的事情	23
有关复苏急救的信息	27
临终关怀	28
我的责任	29
其他信息	31
有用联系方式	33
我的概述	34
临床管理计划概述	36



我的计划

关于我

您可能希望自己填写您的计划的某些部分。您可能也想和您的家人或朋友谈论这件事。请记住，您也可以和一位帮助支持您的专业人士讨论您的计划。您可能会选择在不同的时间填写计划的不同部分。这个计划的所有部分现在可能并不适用于您。

如果您有精神健康问题、学习障碍或痴呆症，一位独立代言人可以与您讨论您想在预先护理计划（Anticipatory Care Plan）中包含什么内容。

我的详细情况

姓名：

别名：

出生日期：

地址：

电话号码：

手机号码：

关于我的更多信息

您希望别人了解您什么？

例如，您的健康状况、工作、爱好和您喜欢做的事。



重要的人

我的直系亲属

例如，可以是一位至亲或朋友。



姓名：

地址：

电话号码：

他们与我的关系：

我的紧急联系人

姓名：

地址：

电话号码：

他们与我的关系：

我的看护人

有人给您提供支持和帮助吗？

是 ☐ 否 ☐

例如，家庭成员或朋友。如果有，他们是谁？



姓名：

地址：

电话号码：

他们与我的关系：

姓名：

地址：

电话号码：

他们与我的关系：



看护人有权利获得支持和信息来帮助他们履行照护职责。
看护人享有福利和津贴，还有支持。您的地方政府应提供个体看护人评估。
如果您想为您或您的看护人获得更多信息，您可从本地看护人中心或访问
www.careinfoscotland.scot 网站获取

您自己是看护人吗？ 是 ☐ 否 ☐

您照顾谁？

对我很重要或者帮助我的其他人

姓名：

地址：

电话号码：

为什么他们对我很重要：

姓名：

地址：

电话号码：

为什么他们对我很重要：

您是否有一位被指定人（Named Person）、福利监护人（Welfare Guardian）或独立代言人（Independent Advocate）？

姓名：

地址：

电话号码：

为什么他们对我很重要：

姓名：

地址：

电话号码：

为什么他们对我很重要：



更多有关被指定人、福利监护人和独立代言人的信息可在名为《需要考虑的事情》（Things to think about）小册子中查到，此小册子可从GP诊所或从网站 myacp.scot 获得

对我来说什么是重要的

现在在我的生命中什么对我是重要的

例如，本地支持网络、我的家庭、邻居、我的宠物和我的花园。



我的精神和文化信仰

如果我的健康状况或环境发生改变的话，这是我所希望发生的情况

例如，待在家里、搬去跟家人一起住，或者去福利院或养老院。

这可能取决于当时的情况。



与我交谈

您在与他人交流时需要帮助吗（如听觉方面、记住一些事情、需要翻译或独立代言人或其他支持）？



您更希望您身边亲近的人在
场，还是您更愿意私下交谈？





我目前的健康状况

我的主要健康状况问题是：

我的健康问题如何影响到我...

例如，呼吸困难、疼痛、疲劳、难以走动、头晕、跌倒、感觉低落或健忘。



...好的时候：

...糟糕的时候：

现在对我来说最困难的是什么

了解我的健康状况以及什么会对我有帮助

什么能帮助我更好地管理我的健康

我能做什么来帮助自己

我需要支持或帮助的方面



例如，戒烟、减肥或压力。

那些我没有联系但可能会有所帮助的服务

例如，使我保持独立的服务，锻炼课程、支持团体或扶助服务。



我对未来的担忧

例如，我的健康、我身边亲近的人、我照顾的人，如果我病情危重，我将如何应对，以及会发生什么情况。



如果我病重，
我需要做什么以及能联系谁



医疗或护理专业人员能帮助您填写这一部分，这样的话，如果您注意到您的健康状况有任何明显变化，您就知道怎么做。

问题	我能做什么？	我应该联系谁？



如果您立即需要建议，您可以联系您的GP。在您的GP诊所关门时，您可以联系非工作时间医疗服务或NHS 24。

NHS 24
电话号码 - **111**
网站 - **www.nhs24.com**

将重复处方与此计划放在一起可能非常有用。

[illegible]

药名	为什么服用	看上去它是否对我有帮助？



不要用尽重复处方药物 — 在充足的时间内仅订购您所需要的药物。

关于我的药物，对我来说什么是重要的

例如，什么是有效的，以及确保不会对我产生副作用。



我过敏的药物	这会导致什么反应

我的服药情况怎样

没有问题 ☐

我在服药时需要帮助 ☐

例如，打
开包装或瓶
子，或者记
住要吃药。





如果您有任何问题或疑虑，最好与您的GP、护士或药剂师交谈。



帮助您安全服药

请记住，当您因呕吐或腹泻而感不适时，则**停止**服用以下药物：

- **血管紧张素转换酶抑制剂（ACE inhibitors）** - 药名以“普利”（pril）结尾的药物，例如，赖诺普利（lisinopril）、培哚普利（perindopril）、雷米普利（ramipril）
- **血管紧张素受体阻滞剂类（ARBs）** - 药名以“沙坦”（sartan）结尾的药物，例如，洛沙坦（losartan）、坎地沙坦（candesartan）、缬沙坦（valsartan）
- **非甾体抗炎药（NSAIDs）** - 消炎止痛药，例如，布洛芬（ibuprofen）、双氯芬酸（diclofenac）、萘普生（naproxen）
- **利尿剂** - 有时称为“去水丸”，例如，速尿（furosemide）、安体舒通（spironolactone）、吲达帕胺（indapamide）、苄氟噻嗪（bendroflumethiazide）
- **二甲双胍（Metformin）** - 治疗糖尿病的一种药物

当您好转时（正常饮食**24—48**小时后）再**重新开始**服用。

如果您对所服用的药物有任何疑问，请联系您的药剂师、GP或护士。

参与我医疗护理的人

GP

姓名：

电话号码：

执业护士

姓名：

电话号码：

地区护士

姓名：

电话号码：

社区药剂师

姓名：

电话号码：

看护管理者

姓名：

电话号码：

社会关怀服务人员

姓名：

电话号码：

其他人，例如护理专家、咨询师或治疗师

职务：

姓名：

电话号码：

职务：

姓名：

电话号码：

职务：

姓名：

电话号码：

职务：

姓名：

电话号码：

职务：

姓名：

电话号码：

我在寻求帮助或建议时首先会联系的人：

我未来的计划

如果我的病情加重了

很多人在病重时更愿意待在家里。有时候，您的健康状况可能会发生变化，您可能需要住院或转到其他地方，而不是待在家里。制定一个计划可以帮助您更好地控制您的医疗护理。

如果我需要住院，对我来说重要的事情是...

您可能需要帮助来尽到您的任何照护职责、其他家庭成员、宠物，让您的雇主知道您在休病假、支付账单或照看您的房子和花园。

会发生什么事情可能取决于您当时的情况。

我想要的事物

如果您病情加重，可能会有不同的治疗方案或护理供您选择。最好的选择取决于您当时的情况。



我不想要的事物

您应该总是尽量参与有关您的医疗护理的决定。



如果我不再住在我目前的家中，我希望住在：



您可能想要考虑一下对您来说什么是现实的，例如，与家人或朋友住在一起、住在福利院或养老院。

需要考虑的事情



更多有关此部分中各种话题的信息可在名为《需要考虑的事情》（Things to think about）小册子中查到，此小册子可从GP诊所或从网站 myacp.scot 获得。

授权委托书（Power of Attorney）

提前考虑也意味着您可能想要考虑谁能为您代言，或者确保别人知道您的意愿。这可以包括指定一名授权代理人。

您有授权委托书吗？ 是 ☐ 否 ☐

如果有，您的授权委托书是否有福利授权委托（医疗和福利）或持续性授权委托（经济和房产）或两者兼有？

福利授权委托书
（Welfare Power of Attorney）

是 ☐ 否 ☐

姓名：

地址：

电话号码：

他们与我的关系：

持续性授权委托书
（Continuing Power of Attorney）

是 ☐ 否 ☐

姓名：

地址：

电话号码：

他们与我的关系：

授权委托书资料副本保存在：



更多有关授权委托书的信息可浏览
www.publicguardian-scotland.gov.uk/power-of-attorney

预先指示（Advance Directive）

您可能想让别人知道您的个人意愿和您对自己医疗护理的决定。预先指示就是让您提供一份由您签署的书面声明，表明如果您病重，您愿意如何接受治疗（或不接受治疗）。

您有预先指示吗？ 是 ☐ 否 ☐



尽管治疗可能会延长您的生命，但如果您坚决不愿意接受治疗，那么您可能需要考虑订立一份预先指示。这意味着即使您无法与他们交流，但您的意愿也会得到遵循。

谁有您的预先指示副本？

姓名：

地址：

电话号码：

他们与我的关系：



更多有关预先指示的信息可浏览

<http://compassionindying.org.uk/wp-content/uploads/2014/11/AD02-Understanding-Advance-Directives-Scotland.pdf>

被指定人（Named Person）

如果根据《2003年精神健康（照顾和治疗）（苏格兰）法令》（Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003），您需要接受治疗，那么您能选择某人为您的利益行事。此人称为“被指定人”，能在您无法自己做决定时为您的医疗护理做出重要决定。您能选择自己的被指定人，但不能是参与您医疗护理的专业人员。如果您不选择，您的看护人或亲属将成为您的被指定人。

您有被指定人吗？ 是 ☐ 否 ☐

姓名：

地址：

电话号码：

他们与我的关系：

预先声明（Advance Statement）

如果您因精神疾病病重，您可能需要治疗。有时候，当人们病得很严重时，他们无法或不愿同意进行治疗。

在某些情况下，如果您的病情加重，即使您不愿意，您也会得到治疗。

您有预先声明吗？ 是 ☐ 否 ☐



您也许发现在您健康状况良好的时候写一份预先声明会很有帮助，说明如果您将来患病时，您希望获得怎样的治疗。任何决定您的治疗的人，如医生或裁判官，都应阅读您的预先声明并考虑您的意愿。

谁有您的预先声明副本？

姓名：

地址：

电话号码：

他们与我的关系：



更多有关预先声明的信息可浏览

www.mwscot.org.uk/media/128044/advance-statement_find_version_jan_2014.pdf

关于复苏急救的更多信息

在适当的时候可能会和您讨论心肺复苏，也称为**CPR**。**CPR**是在一个人的心脏或呼吸停止时进行的。尽管**CPR**对很多人来说是正确的治疗方法，但当一个人接近自然死亡时，它也许并不适合。

重要的是要考虑您目前的健康状况和生活，并讨论**CPR**是否会对您有益。

与您最亲近的人讨论这个问题是一个好方法。

如果决定**CPR**无效或效果不佳，那么这个不实施**CPR**的决定会在“不施行心肺复苏术”的表格上记录为“**DNACPR**”。如果可能，会与您讨论这个问题。如果您无法讨论**CPR**这个问题，将与您的家人、直系亲属或福利授权代理人讨论。

在此方框内写下您对复苏急救的想法或问题

如果怀疑心肺复苏是否有效或者可能会让您的健康状况变得更差，您可能会被问到关于**CPR**的看法。



更多有关**CPR**的信息可浏览 www.gov.scot/Resource/Doc/312784/0098903.pdf

临终关怀

此计划在于帮助您尽可能生活得更好，但在某一时刻您会走到生命的终点。与您身边最亲近的人谈论死亡不是一件容易的事，这意味着他们将知道在最后时刻到来时您的意愿是什么，并帮助他们以您想要的方式照顾您。

您也可以选择与独立代言人讨论。

“临终”这个词对不同的人来说会有不同的含义。在此文件中，我们关注的是为生命中最后的几个月、几星期、几天和几个小时做准备。我们列出了很多人在这个时候提出的问题，但您也许有其他您想与身边最亲近的人谈论的事情。

众所周知，对每个人来说，不知道什么时候死亡可能是有关死亡最困难的一个方面。准确地预测死亡是不可能的，一个人的状况在此期间可发生意想不到的变化。

定期审查是评估个人状况和护理需求的最好方法。

在我生命的临终阶段，我希望在哪里得到照护



如果您的病情加重，走到了生命的临终阶段，您最希望在哪里得到照护（例如，在家里、跟家人在一起、养老院、医院、临终关怀院、护理院）？这可能取决于当时的评估情况。

我对我的医疗护理的意愿

对于您在临终阶段的医疗护理，您有什么担心或忧虑吗？一些人发现与身边最亲近的人或参与其医疗护理的人讨论这些问题会有帮助。



我的责任

如果您是某人的看护人，您是否想过当您无法再照顾他们时，谁来照顾他们？这可能包括跟您很亲的孩子或孙子、有精神健康问题的人，或者您认为需要得到支持帮助的人。为避免您担心和您照护的人担忧，提前讨论可行方案会有帮助。

我负责照顾：

例如，孩子、其他亲属或好友。



额外支持会有益于：

他们是否已经有提供支持的人？

是 ☐ 否 ☐

他们目前的支持来自：

这可能是一位主要专业人员或社会工作者。



当我不能再照顾他们时，我希望：

其他信息

您立遗嘱了吗？ 是 ☐ 否 ☐

订立遗嘱是一种确保人们知道您的意愿的方式，保证您的家人和朋友以您想要的方式得到妥善照顾和保障。



更多有关立遗嘱的信息可浏览

<http://dyingmatters.org/page/writing-will>

您有器官捐赠卡吗？ 是 ☐ 否 ☐

很多人把器官捐赠看成是一种帮助他人的方式。



更多有关器官捐赠的信息可浏览

www.organdonationscotland.org

您是否将所有的重要文件都安全存放起来了？ 是 ☐ 否 ☐

您可能想要收集所有的重要文件，并告诉您身边亲近的人它们放在哪。如果您有门禁键盘密码，记得告诉您的GP，以防遇到紧急情况。

在此方框内写下您希望包括在您的计划中的任何方面。



关键信息概述（Key Information Summary，简称 KIS）

“关键信息概述”可在GP病历记录中完成，包含来自您的预先护理计划的相关细节。在您的同意下，这可以和其他参与照护您的人分享。

信息也可与苏格兰救护车服务（Scottish Ambulance Service）、NHS 24、GP非工作时间医疗服务（GP Out of Hours）、急诊科和医院内其他参与照护您的医疗专业人员共享。



有用联系方式

更多有关预先护理计划
的信息可浏览
myacp.scot

NHS inform

NHS inform 提供有关疾病、测试、治疗、手术、常见健康问题和
支持服务的在线信息。

电话号码： 0800 22 44 88

网站： www.nhsinform.scot

您也会看到当地或全国性的信息手册，它们涵盖了一系列话题，包
括：

- 关节炎
- 呼吸道疾病
- 癌症
- 慢性肾病
- 痴呆症
- 糖尿病
- 心脏和循环系统疾病
- 甲状腺功能减退
- 心理健康
- 神经疾病
- 骨质疏松症
- 临终关怀
- 中风/短暂性脑缺血
- 福利建议

ALISS

可以通过这个在线资源访问有关各种第三部门和社区服务与支持的
信息。

网站： www.aliss.org

NHS 24

电话号码： 111

网站： www.nhs24.com

Organ Donation Scotland

电话号码： 0300 123 2323

网站： www.organdonationscotland.org

Citizens Advice Scotland

网站： www.citizensadvice.org.uk/scotland

Scottish Independent Advocacy Alliance

网站： www.siaa.org.uk

The Care Inspectorate

电话号码： 0345 600 9527

网站： www.careinspectorate.com

Care Information Scotland

电话号码： 0800 011 3200

网站： www.careinfoscotland.scot



我的概述

此概述是为了帮助您让别人知道您最重要的愿望。请将此信息与您的**GP**诊所共享。

直系亲属：

授权委托书 是 ☐ 否 ☐

姓名：

我的紧急联系人：

对我来说什么是重要的：

我首选的护理场所：

我负责看护的人：

我对住院的看法：

复苏急救信息（如适用）：

如果我病重，对我来说什么是重要的：

任何我想要或不想要的事物：

预先指示或声明 是 ☐ 否 ☐

被指定人 是 ☐ 否 ☐

姓名：

我同意此信息可被添加到我的“关键信息概述”（KIS）中。是 ☐ 否 ☐

签名：

日期：

临床管理计划概述



由医疗保健主要负责人完成。

姓名	社区健康指数（CHI）
地址	号码
	出生日期

目前的健康问题：

必需药物	过敏

针对潜在恶化的个人行动计划

问题	商定行动

复苏急救意愿（如适用）：

DNACPR（不施行心肺复苏术） 是 ☐ 否 ☐

临床管理计划同意者：

签名：

日期：

审查日期	审查者

您可以通过我们的网站阅读和下载此文件。我们乐意考虑其他语言和格式的需求。请拨打**0141 225 6999**或发邮件与我们的平等和多样性顾问 (Equality and Diversity Advisor) 联系 contactpublicinvolvement.his@nhs.net

爱丁堡办公室
Gyle Square
1 South Gyle Crescent
Edinburgh
EH12 9EB

0131 623 4300

格拉斯哥办公室
Delta House
50 West Nile Street
Glasgow
G1 2NP

0141 225 6999