



## 填写“用药申请”表的说明

在您见到同意参加《华盛顿有尊严死亡法案》并提交所需的州级表单的主治医师（开处方者）和咨询医师之前，请勿签署此表。

如果您无法签署您的姓名，您可以签署替代标记，只要见证人承认其可代表您的签名即可。常见的替代标记是“X”。

请阅读表单上有关哪些人可以或不可以成为见证人的说明。两位见证人都必须看到您签署此表。此表上的所有日期必须相同，否则此表无效。

- 一份“用药申请”表格将送至主治（开处方）医师处。
- 我们建议您保留一份副本，以存档备案。

如果您有任何疑问或需要协助来填写此表，请联系 **End of Life Washington**。

*End of Life Washington 是一家非营利性组织，为面临绝症或不可逆转疾病的人们提供信息、咨询和情感支持。我们提倡卓越的临终关怀、使用预立指示和以患者为中心的护理。我们维护符合条件的患者使用《华盛顿有尊严死亡法案》的权利。机密性受到严格保护。我们的服务从不收取任何费用。*

# 用药申请

## 以人道和有尊严的方式结束我的生命

本人, \_\_\_\_\_ 是一个心智健全的成年人。  
名字 中间名 姓氏

本人患有 \_\_\_\_\_, 我的主治医生已**确定**这是一种无法治愈、不可逆转的绝症, 将在六个月内导致死亡, 并已得到咨询医生的医学证实。

本人已充分了解我的诊断、预后、处方药物性质和潜在相关风险、预期结果以及可行替代方案, 包括舒适护理、临终关怀和配对控制。

本人请求主治医生开出我可以自行服用的药物, 以人道和有尊严的方式结束我的生命, 并要求主治医生配药或联系药剂师配药。

请在其中一栏进行首字母签名

- \_\_\_\_\_ 本人已将此决定通知本人家属, 并考虑了他们的意见。
- \_\_\_\_\_ 本人决定不将此决定通知本人家属。
- \_\_\_\_\_ 本人没有家属可以向其告知此决定。

本人了解, 本人有权随时撤销此请求。

本人理解此请求的全部含义, 并且希望在服用处方药后死亡。本人进一步理解, 虽然大多数死亡发生在三小时内, 但我的死亡可能需要更长时间, 并且我的医生已向我告知这种可能性。

本人自愿且毫无保留地提出这一请求; 本人对自己的行为承担全部道德责任。

本人进一步声明, 本人心智健全, 没有受到胁迫、欺诈或不当影响。

签名: <b>Please only use this for reference. Only English form is honor in WA. Thank you.</b>	居住县:	日期:
--	------	-----

### 见证人声明

通过在下方进行首字母签名并签名, 我们声明提出并签署上述请求的人:

见证人 1    见证人 2  
姓名首字    姓名首字  
母            母

- \_\_\_\_\_ 1. 是我们认识的人或已向我们提供身份证明;
- \_\_\_\_\_ 2. 在此人签名的日期, 在我们在场的情况下签署此请求;
- \_\_\_\_\_ 3. 看起来心智健全, 没有受到胁迫、欺诈或不当影响;
- \_\_\_\_\_ 4. 并非我们任何一方作为主治医师的患者。

正楷姓名: 见证人 1	签名:	日期:
正楷姓名: 见证人 2	签名:	日期:

注: 一名见证人不能是以下人员: (1) 与提出此请求的人有血缘、婚姻或收养关系, 或 (2) 有权在此人死亡后获得其任何部分遗产, 或 (3) 拥有、经营或受雇于提出此请求的人正在接受医疗或居住的医疗机构。另一名见证人可有血缘、婚姻等关系。如果患者是医疗保健机构的住院患者, 则其中一名见证人应是该机构指定的个人。主治(开处方)医师不能作为见证人。