

律师或无律师当事人 姓名： 律师事务所名称： 街道地址： 城市： 州： 电话号码： 电子邮件地址： (姓名)的律师：	州律师执照号码： 州： 邮政编码： 传真号码：	仅供法院使用 存入机密文件夹 仅供参考 不得向法院提交
加利福尼亚州高等法院, 县： 街道地址： 邮寄地址： 城市和邮政编码： 分院名称：		
(姓名)的财产监护案： ☐ 个人 ☐ 遗产事宜 ☐ 被监护人 ☐ 拟议的被监护人		案件编号： 不得向法院提交
保密能力评估和 声明 — 遗嘱监护		听证日期 时间： 庭室或房间：
本表旨在记录第2项所列人员的能力评估结果,说明评估医生对其心智功能与能力的结论,并将结果与结论在宣誓后提交法院。申请人填写第1项和第2项,以向临床医生提供指示。临床医生填写表格的其余部分。		

申请人对临床医生的指示

- 需进行的评估。**除完成第I、II部分(第2–4页)外,请在第III部分(第5–6页)填写以下项目,以评估该人员执行所示行为或做出所示决定的能力(请勾选所有适用项):
 - ☐ 第20项:对申请书中指定的医疗处理给予或拒绝知情同意。《遗嘱认证法典》第811、813、2357条)
 - ☐ 第21项:一般医疗处理的知情同意——给予或拒绝。(同上,第811、1880–1891、2355条)
 - ☐ 第22项:在知情的情况下,同意或拒绝将(受保护人)安置于设有门禁管制的老年护理机构。(同上,§§ 811, 2356.5)
 - ☐ 第23项:在知情的情况下,同意或拒绝施用适用于护理和治疗严重神经认知障碍(例如痴呆症)的药物。(同上,第811、813、2356.5条)

申请人注意: 请向负责评估第2项所列人员的临床医生提供申请书副本以供参考。请**勿**附上《保密补充信息》(表格GC-312)。

- 待评估人员**
 - 姓名：
 - 地址：
 电话号码 电子邮件地址：
 - 出生日期：
 - 最高学历(年级或学位)：
 - 婚姻或伴侣关系状况： ☐ 单身 ☐ 已婚/伴侣 ☐ 已解除 ☐ 丧偶
 - 首选语言： ☐ 说 ☐ 读 ☐ 写

致临床医生: 请在下方填写您的联系方式及执照信息。

- 姓名：
 - 办公室地址：
 电话号码 电子邮件地址：
- ☐ 我是加州的执业医师。 执照号码：
 - ☐ 我是加州执业心理学家,在执照范围内执业。 执照号码：
☐ 我具有至少两年诊断严重神经认知障碍(含痴呆症)的经验。
 - 我作为执业医师或心理学家已执业 年。

(姓名)的财产监护案: ☐ 个人 ☐ 遗产事宜 ☐ 被监护人 ☐ 拟议的被监护人	案件编号: 不得向法院提交
---	--

评估相关信息

5. a. 第2项所列人员 ☐ 是 ☐ 不是 由我持续照护和治疗的病人。
 b. 我认识此人已 (请注明时间长度, 以月或年为单位):
6. a. 本评估所依据的检查日期, 或如基于多次检查, 则为我最近一次检查该人的日期:
 b. 最近一次检查所用时间:
7. 我对本表问题与提示的回答基于 (请勾选所有适用项):
- a. ☐ 为评估其能力而对该人员进行的检查。
 b. ☐ 为一般保健和医疗目的进行的多次检查。
 c. ☐ 使用标准化量表或工具测量其心智功能。所有测试及日期已列于 ☐ 下方 ☐ 附件7c。
- d. ☐ 我对该人员医疗记录的审阅。
 e. ☐ 与负责为此人提供医疗服务的其他从业人员的讨论。相关讨论详见 ☐ 下方 ☐ 附件7e。
- f. ☐ 与参与评估的团队成员或其他专业人士的讨论。相关讨论详见 ☐ 下方 ☐ 附件7f。
- g. ☐ 与该人员家人或朋友的讨论; 姓名及关系列于 ☐ 下方 ☐ 附件7g。
- h. ☐ 其他信息来源, 详见 ☐ 下方 ☐ 附件7h。

评估报告

如果问题或提示不适用于第1项中勾选的能力, 或您的评估未涉及某个问题或提示, 请在该项目中勾选相应方框; 如无方框, 则将该项目留空。妥善保管或销毁您的申请书副本。请勿将其送交法院。

第一部分: 一般身心健康 本部分描述第2项所列人员的整体身体与精神健康状况。 ☐ 有关健康状况对其心智功能影响的信息见第16-18项。

8. 身体健康

- a. 整体身体健康状况: ☐ 极好 ☐ 良好 ☐ 一般 ☐ 差 ☐ 我不知道
 b. 整体身体健康可能: ☐ 改善 ☐ 保持稳定 ☐ 恶化 ☐ 我不知道
 ☐ 应于 周后重新评估。
 c. 需持续护理与治疗的慢性病列于 ☐ 下方 ☐ 附件8c。

9. 精神健康

- a. 整体身体健康状况: ☐ 极好 ☐ 良好 ☐ 一般 ☐ 差 ☐ 我不知道
 b. 整体心理健康可能: ☐ 改善 ☐ 保持稳定 ☐ 恶化 ☐ 我不知道
 ☐ 应于 周后重新评估。
 c. 所有已确诊的心理健康障碍 (依据现行《精神障碍诊断与统计手册》) 列于 ☐ 下方 ☐ 附件9c。

(姓名)的财产监护案: ☐ 个人 ☐ 遗产事宜 ☐ 被监护人 ☐ 拟议的被监护人	案件编号: 不得向法院提交
---	---

第II部分心智功能本部分记录我评估第2项所述人员心智功能时发现的任何缺陷及其程度。缺陷在第10–14项中表示如下：

a =无缺陷; b =轻度缺陷; c =中度缺陷; d =重度缺陷或无功能; e =不适用或未评估

10. 警觉性与注意力 (识别并对刺激作出反应的能力)

- a. 觉醒或意识水平 (缺陷可能表现为嗜睡、在没有持续刺激的情况下缺乏反应或昏迷)
- ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- b. 定向力:
- (1) 时间 (何时? (年、月、日、时) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- (2) 地点 (何地? 州、城市、地址) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- (3) 人物 (何人? 姓名、关系) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- (4) 情境 (什么? 如何? 为什么?) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- c. 注意和专注完成任务的能力 (注意刺激物的能力; 在短时间内集中注意力于刺激物)
- ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- 备注:

11. 信息处理

- a. 记忆力
- (1) 即时回忆 ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- (2) 短期记忆和学习 (编码、存储和检索信息的能力) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- (3) 长期记忆 (回忆过去信息的能力) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- b. 理解力 (接收和准确处理书面、口头、视觉或其他媒体给出的信息的能力) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- c. 沟通能力 (以言语、书写、手势、图片等表达自己和表明偏好的能力) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- d. 视觉-空间推理 (识别熟悉的物体; 空间感知、问题解决和设计) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- e. 定量推理 (理解基本数量和进行简单计算的能力) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- f. 言语推理 (比较选项、运用抽象概念推理并就结果进行逻辑推理的能力) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- g. 执行功能 (在具备身体条件的前提下, 规划、组织并执行符合自身理性利益的行动的能力) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- 备注:

12. 思维过程

- a. 思维组织 (缺陷可能表现为严重混乱、无意义或不连贯的思维) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- b. 思维与现实的对应性 (缺陷可能表现为幻觉或妄想) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- c. 思维控制 (缺陷可能表现为无法控制、重复或侵入性思维) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e
- 备注:

(姓名)的财产监护案: ☐ 个人 ☐ 遗产事宜 ☐ 被监护人 ☐ 拟议的被监护人	案件编号: 不得向法院提交
---	---

a =无缺陷;b =轻度缺陷;c =中度缺陷;d =重度缺陷或无功能;e =不适用或未评估

13. 调节自身情绪与情感表达的能力 (能力缺陷可能体现为:当事人持续、普遍或反复地表现出不恰当的情绪或情感,即其情绪/情感的种类或激烈程度与当时情况不匹配。) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e

备注:

14. 接受并配合适当照护或协助的能力 (若存在缺陷,可能表现为无法承认疾病或障碍、行为不顾后果,或无法/拒绝接受适当照护) ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e

备注:

15. 波动性 (上述部分或全部缺陷的发生频率、严重程度或持续时间可能有所不同):
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道 已描述缺陷的波动性 ☐ 下方 ☐ 在附件15中。

精神功能缺陷的可能暂时性或可逆性原因

16. 药物

a. 该人员目前是否在服用任何可能影响其心智功能的药物 (处方药或非处方药)?
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道 ☐ 不适用
 如果是,则需列出每种药物的剂量及治疗适应症 ☐ 下方 ☐ 附件16a中。

名称	剂量/方案	适应症
----	-------	-----

b. 并说明所列每种药物可能造成的损害性质及严重程度
☐ 下方 ☐ 见附件16a ☐ 未列出任何药物。

17. 可逆性原因是否已考虑、评估、诊断或治疗导致心智损害的暂时性或可逆性因素?
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道 已讨论所有已考虑的原因 ☐ 下方 ☐ 附件17中。

18. 身体或情绪因素是否存在可能削弱该人员能力、且可随时间、治疗或辅助设备而改善的身体或情绪因素 (例如听力、视力或言语障碍、丧亲之痛或其他因素)?
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道
☐ 已描述适用的生理或情感因素 ☐ 下方 ☐ 附件18中。

对日常活动能力的影响

19. 根据我的专业意见,在第10-14项中确认的心智功能缺陷 (如有) ☐ 将会 ☐ 不会
 严重影响该人完成部分或全部日常生活活动 (如吃饭、做饭、如厕、洗澡、穿衣) 或功能性日常生活活动 (如购物、安排预约、支付账单、使用信用卡或支票、服药) 的能力。关于具体活动及我作出此意见的理由的更多细节见于 (请勾选所有适用项):
☐ 下方 ☐ 附件19 ☐ 所附日常活动附件 (表格GC-335A)。

☐ 我没有足够的信息就这个问题形成意见。

(姓名)的财产监护案: ☐ 个人 ☐ 遗产事宜 ☐ 被监护人 ☐ 拟议的被监护人	案件编号: 不得向法院提交
---	--

第III部分给予或拒绝知情同意的能力本部分记录了我针对第1项所勾选各问题的专业结论。这些结论基于我对第二部分所述该人心智功能水平的评估。

20. ☐ **对申请中指定医疗处理给予或拒绝知情同意的能力**（《遗嘱认证法典》第2357条）。已为该人建议以下医疗处理（请描述）：

根据我对该人相关心智功能和能力的评估，我的专业意见是：

- a. ☐ 该人**具有**对所建议医疗处理给予或拒绝知情同意的能力，因为其能够做到**以下所有**：(1)对治疗相关问题作出知情且理智的回答；(2)通过理性思维过程参与治疗决定；并且(3)理解(A)已诊断疾病的性质与严重性，(B)建议治疗的性质，(C)所建议治疗的预期效果程度、持续时间及其益处与风险，(D)不予治疗的后果，以及(E)建议治疗任何合理替代方案的性质、风险与益处。
- b. ☐ 该人**缺乏**对所建议医疗处理给予或拒绝知情同意的能力，因为其**无法完成以下至少一项**：(1)对治疗相关问题作出知情且理智的回答，(2)通过理性思维过程参与治疗决定，或(3)理解以下至少一项：(A)已诊断疾病的性质与严重性，(B)建议治疗的性质，(C)所建议治疗的预期效果程度、持续时间及其益处与风险，(D)不予治疗的后果，或(E)建议治疗任何合理替代方案的性质、风险与益处。
☐ 这些结论的进一步说明位于 ☐ 下方 ☐ 附件20b中。
- c. ☐ 我没有足够的信息就这个问题形成意见。

21. ☐ **一般情况下，对医疗处理给予或拒绝知情同意的能力**（《遗嘱认证法典》第811、1881条）。

根据我对该人相关心智功能和能力的评估，我的专业意见是：

- a. ☐ 该人**具有**对医疗处理给予或拒绝知情同意的能力，因为其能够做到**以下所有**：(1)对至少某些医疗处理相关问题作出知情且理智的回答；(2)通过理性思维过程参与至少某些治疗决定；并且(3)理解(A)某些已诊断疾病的性质与严重性，(B)某些建议治疗的性质，(C)至少某些形式治疗的预期效果程度、持续时间及其益处与风险，(D)不进行至少某些形式治疗的后果，以及(E)至少某些形式治疗任何合理替代方案的性质、风险与益处。
- b. ☐ 该人**缺乏**对任何形式医疗处理给予或拒绝知情同意的能力，因为**以下任一情况**成立：(1)该人无法对自身医疗相关问题作出知情且理智的回答**或**(2)该人无法通过理性思维过程参与治疗决定，即无法理解以下至少一项：(A)已患或可能患的任何疾病、障碍或缺陷的性质与严重性；(B)医疗服务提供者已建议或可能建议的任何医疗处理的性质；(C)医疗服务提供者已建议或可能建议的任何医疗干预的预期效果程度、持续时间及其益处与风险，以及不予治疗的后果；或(D)任何合理替代方案的性质、风险与益处。
 该人缺乏给予或拒绝知情同意的能力，与第二部分所述的一项或多项心智功能缺陷相关。
☐ 这些结论的进一步说明位于 ☐ 下方 ☐ 附件21b中。
- c. ☐ 我没有足够的信息就这个问题形成意见。

(姓名)的财产监护案: ☐ 个人 ☐ 遗产事宜 ☐ 被监护人 ☐ 拟议的被监护人	案件编号: 不得向法院提交
---	--

22. ☐ 对患有严重神经认知障碍者安置于设有门禁管制的住宿设施给予或拒绝知情同意的能力 (《遗嘱认证法典》第2356.5条。)
- a. ☐ 该人患有严重神经认知障碍 (如痴呆症), 其定义见现行版《精神疾病诊断与统计手册》。更多信息见本表格第一部分。
- b. ☐ 由于所解释的 (例如走失、暴力或拒绝护理等) 原因, 该人需要或将受益于安置在受限制且安全的环境中
☐ 下方 ☐ 附件22b中。
- c. 基于我对该人相关心智功能和能力的评估, 我的专业意见是:
- (1) ☐ 该人**具有**对此安置给予或拒绝知情同意的能力。
- (2) ☐ 该人**缺乏**对此安置给予或拒绝知情同意的能力。第二部分所述的心智功能缺陷或缺陷显著损害了 (拟定) 受监护人理解并认识到同意安置于受限制、设有门禁管制的住宿设施之后果的能力。
☐ 这些结论的进一步说明位于 ☐ 下方 ☐ 见附件22c。
- d. 拟议安置于上锁或设有门禁管制的住宿设施 ☐ 是 ☐ 不是 符合该人需求、限制最少的环境。
- e. ☐ 我没有足够的信息就这个问题形成意见。
23. ☐ 对用于治疗严重神经认知障碍的药物施用给予或拒绝知情同意的能力 (《遗嘱认证法典》第2356.5条。)
- a. ☐ 该人患有严重神经认知障碍 (如痴呆症), 其定义见现行版《精神疾病诊断与统计手册》。更多信息见本表格第一部分。
- b. ☐ 此人需要或将受益于用于护理和治疗重大神经认知障碍 (包括痴呆症) 的适当药物。已描述所有药物及其各自的必要性或潜在益处
☐ 下方 ☐ 附件23b中。
- c. 基于我对该人相关心智功能和能力的评估, 我的专业意见是:
- (1) ☐ 该人**具有**对为护理和治疗严重神经认知障碍 (包括痴呆症) 而施用药物给予或拒绝知情同意的能力。
- (2) ☐ 该人**缺乏**对为护理和治疗严重神经认知障碍 (包括痴呆症) 而施用药物给予或拒绝知情同意的能力。第三部分所述的一项或多项心智功能缺陷严重损害了 (拟定) 受监护人理解并认识到同意为护理和治疗严重神经认知障碍 (包括痴呆症) 施用药物之后果的能力。
☐ 这些结论的进一步说明位于 ☐ 下方 ☐ 见附件23c。
- d. ☐ 我没有足够的信息就这个问题形成意见。
24. ☐ 关于该人心智功能、其任何缺陷、以及这些缺陷对其理解并认识到行为或决定的后果的能力造成的显著损害, 其他相关评估信息详见附录24。
25. 附页数: _____

本人根据加利福尼亚州法律宣誓, 以上信息及所有附件内容均真实无误, 如有虚假愿受伪证罪处罚。

日期:

(键入或打印姓名)		仅供参考 (声明人签名)
-----------	--	---