

Introduction to the Chinese translation of the POLST form

POLST is a medical order that gives patients more control over their care during serious illness. Printed on a bright pink form and signed by the patient and by a physician, nurse practitioner or physician assistant, POLST lists the types of medical treatment that a patient wishes to receive during serious illness.

This is a Chinese translation of the California POLST form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient's wishes documented on the POLST form. The signed POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For questions in English, email info@capolst.org or call (916) 489-2222. To learn more about POLST, visit www.caPOLST.org.

For questions in Chinese, contact the Chinese American Coalition for Compassionate Care, admin@cacc-usa.org or call (866) 661-5687.

加州「维持生命治疗医嘱」中文表格 简介

「维持生命治疗医嘱」是一份医生处方，它让生命末期病人在自己的医疗决定上能有更多的自主权。这是一份医生和病人共同签署的粉红色表格，明确告知病人希望接受的生命末期医疗方式。

这份加州「维持生命治疗医嘱」中文表格，仅用于方便华人了解英文所述内容以及讨论表格上的各项医疗意愿。表格必须以英文填写方具法律效力，而且急救人员也才能看得懂表格来执行医嘱。

如有任何疑问请与下列机构联络:

英文:请电邮 info@capolst.org或致电 (916) 489-2222，欲了解更多相关信息，请上网 www.caPOLST.org 查询。

中文: 美华慈心关怀联盟 admin@cacc-usa.org或致电 (866) 661-5687。欲了解更多相关信息，请上网www.cacc-usa.org查询。

This page is left intentionally blank.



EMSA #111 B
(Effective 1/1/2016)*

维持生命治疗医嘱 Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

先执行此医嘱，再联络医师/执业护理师/医师助理。完成签署的维持生命治疗医嘱是具法律效力的。任何未填写完的项目将被视为愿意接受该项的全部治疗。**维持生命治疗医嘱可以配合而非取代医疗照护事前指示的使用。**

病人姓氏:	表格填写日期:
病人名字:	病人的出生日期:
病人中间名字:	病历号码: (自由填写)

A 选一项	人工心肺复苏术 CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): 如果病人无脉搏也无呼吸: 当病人心肺功能未停止时, 遵照 B 和 C 部分的医嘱。
	<input type="checkbox"/> 施行人工心肺复苏术 (勾选本项者, 须勾选 B 部分的“全程急救治疗” Full Treatment) <input type="checkbox"/> 不施行人工心肺复苏术 (允许自然死亡 Allow Natural Death)

B 选一项	医疗处置 MEDICAL INTERVENTIONS : 如果病人当时有脉搏而且/或有呼吸。
	<input type="checkbox"/> 全程急救治疗: 以延长生命为主要目标, 使用所有有效的医疗方式。 除了“选择性医疗处置”和“舒适为主的疗护”外, 如有必要, 使用气管内插管、呼吸道处理、人工呼吸辅助器和心脏复搏。 <input type="checkbox"/> 全程治疗试用期。 <input type="checkbox"/> 选择性医疗处置: 以治疗病况为目标, 但避免过度的医疗处置。 除了“舒适为主的疗护”外, 提供医疗、静脉抗生素, 并按需要给与静脉输液。不做气管内插管。可使用非侵入性的正压呼吸器。避免接受重症疗护。 <input type="checkbox"/> 要求转院: 只限定於在目前的住所无法得到舒适的需求时。 <input type="checkbox"/> 舒适为主的疗护: 主要目标为达到最舒适的状态。 需要时, 以任何给药方式以减除疼痛和受苦; 可使用氧气、抽痰及手操作方式治疗呼吸道阻塞。除非医疗方式与舒适目标一致, 请勿使用全程急救治疗及选择性医疗处置所列举的医疗方式。 只有在目前的处所无法得到足够的舒适治疗时, 才要求转院。 其他医嘱: _____

C 选一项	人工营养提供 ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION : 若可行且有意愿, 可由口腔进食。
	<input type="checkbox"/> 长期提供人工营养, 包括管喂食。 其他医嘱: _____ <input type="checkbox"/> 尝试提供人工营养一段时间, 包括管喂食。 _____ <input type="checkbox"/> 不使用人工方式提供营养, 包括管喂食。 _____

D	资料和签名 INFORMATION AND SIGNATURES:	
	已和下列人员讨论: <input type="checkbox"/> 病人(病人具自主能力) <input type="checkbox"/> 法律认可的医疗决定代理人	
	<input type="checkbox"/> 于(日期)_____ 填写医疗照护事前指示, 并经过审阅	医疗照护事前指示表格内的医疗决定代理人:
	<input type="checkbox"/> 拥有医疗照护事前指示, 但未带在身边	代理人姓名: _____
	<input type="checkbox"/> 没有医疗照护事前指示	代理人电话: _____
	医师/执业护理师/医师助理签名 本人在以下签名, 表示尽我所知, 这些医嘱与病人的医疗状况和意愿是一致的。	
	医师/执业护理师/医师助理姓名: (正楷填写)	医师/执业护理师/医师助理电话号 码:
	医师/执业护理师/医师助理签名: (务必填写)	医师/执业护理师/医师助理 执照号码: 日期:
	病人或法律认定的医疗决定代理人签名 我了解此表格属于自愿性质。当此表格签署后, 法律认定之医疗决定代理人, 认同这份有关复苏术措施的要求是与病人的意愿一致, 同时也符合病人的最大利益。	
	姓名: (正楷填写) _____	关系: (如为病人自己, 请写“本人”)
签名: (务必填写) _____	日期:	
地址: _____	电话:	
FOR REGISTRY USE ONLY 注册处专用		

病人转院或出院时, 此份表格必须随同病人携带。

医疗保险流通及责任法案(HIPAA)允许此 POLST 文件在必要时可公开给其他的医疗照护提供者

病人资料

病人姓名(全名):	出生日期:	性别: 男 女
-----------	-------	------------

执业护理师/医师助理的监督医师	填表人姓名(如非签名的医师/执业护理师/医师助理)	
姓名:	姓名/职衔:	电话号码:

其他联络人 <input type="checkbox"/> 无		
姓名:	与病人关系:	电话号码:

医疗人员表格使用说明

完整填写维持生命治疗医嘱 (POLST) 表格

- 完成一份维持生命治疗医嘱表格是自愿的。加州法律规定医疗人员必须遵照表格内病人填写的意愿执行。医疗人员可因遵循此医嘱而免于医疗纠纷。住院期间,病人将由医院的医师或在医师监督下的执业护理师或医师助理评估,给予和病人意愿一致的适当医疗处方和指示。
- 维持生命治疗医嘱并不取代医疗照护事前指示。如果可能,重新审阅维持生命治疗医嘱和医疗照护事前指示表格,以确定两者一致并做适当更正,以整理表格之间的任何冲突。
- 维持生命治疗医嘱,必须由医疗人员依照病人的选择和病况填写完成。
- 法律认定的医疗决定代理人可以是法院指定的观护人或监护人、医疗照护事前指示指定的代理人、口头上指定的代理人、配偶、登记的家庭伴侣、未成年人的父母、最靠近而可联络到的亲人,或医师或执业护理师或医师助理认为最知道何种医疗对病人最有利,并可以依病人的意口和价值观做决定的人。
- 只有在病人无行为能力或已指定代理人权力立即生效的情况下,法律认定的医疗决定代理人才可以执行维持生命治疗医嘱。
- 维持生命治疗医嘱必须(1)有在法律认可之下执行范围内的医师或在医师监督下的执业护理师或医师助理 (2)病人,或法律认可的医疗决定代理人的共同签名才能生效。口头医嘱如果和医疗院所/社区政策一致,并有随后的医师/执业护理师/医师助理补签名,亦可有效。
- 如果病人或法律认可的医疗决定代理人使用翻译表格,请将翻译表格与签名的英文版维持生命治疗医嘱表格附在一起。
- 最好使用英文正本表格。签名的维持生命治疗医嘱影本和传真也具有法律效力。影本应与病人病历一起归档,可能的话,尽量使用粉红色 (Ultra Pink) 纸影印。

使用维持生命治疗医嘱表格

- 任何没有填写完成的项目,将被视为要接受该部分的全部治疗。
- A 部分:
- 病人选择“不希望做人工心肺复苏术”,在无脉搏也无呼吸的情况时,将不使用除颤器(包括自动外用除颤器)或胸部按压。
- B 部分:
- 当病人,包括签署“舒适为主的疗护”者,在目前处所无法得到安适时,应转院到能提供舒适疗护的处所(例如:髌骨骨折的治疗)。
 - 非侵入性的正压呼吸辅助器,包括:持续正压 (CPAP)、双式正压 (BiPAP),及瓣膜袋口罩 (BVM) 式协助呼吸器。
 - 通过静脉给予抗生素和输液,一般来说不是“舒适为主的疗护”。
 - 治疗脱水会延长生命。希望静脉输液的人应表明是要“选择性的医疗处置”或是“全程急救治疗”。
 - 依照地区急救人员 (EMS) 的政策,写在 B 部分的其他医嘱,救护人员可能无法执行。

重新审阅维持生命治疗医嘱

在下列情况发生时,我们建议定期重新审阅填写好的维持生命治疗医嘱表格:

- 转换疗护处所或治疗的层级时,或
- 健康状况有重大改变时,或
- 治疗意愿有所改变时。

更改和废止维持生命治疗医嘱

- 具有自主能力的人,可以在任何时间要求更改治疗或以任何方式废止维持生命治疗医嘱。建议要废止维持生命治疗医嘱时,是由 A 部分到 D 部分划一条线,写上大字“作废 (VOID)”,并在线上签名及写上日期。
- 法律认可的医疗决定代理人,可和医师或执业护理师或医师助理配合,根据已知的病人意愿,要求更改医嘱。如不知道者则依病人的最高利益。

此表格与加州维持生命治疗医嘱专案小组合作完成,经加州急救医疗服务局认可。

欲了解更多资讯或索取表格,请上网站 www.caPOLST.org

病人转院或出院时,此份表格必须随同病人携带。