

Introduction to the Chinese translation of the POLST form

POLST is a physician order that gives patients more control over their care during serious illness. Produced on a distinctive bright pink form and signed by both the physician and patient, POLST specifies 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@caccc-usa.org or call (866) 661-5687.

加州「維持生命治療醫囑」中文表格簡介

在經歷嚴重疾病時，「維持生命治療醫囑」是一份醫生處方，它讓病人在自己的醫療決定上能有更多的自主權。這是一份醫生和病人共同簽署的粉紅色表格，明確告知病人希望接受的生命末期醫療方式。

這份加州「維持生命治療醫囑」中文表格，僅用於方便華人瞭解英文所述內容以及討論表格上的各項醫療意願。表格必須以英文填寫方具法律效力，而且急救人員也才能看得懂表格來執行醫囑。

如有任何疑問請與下列機構聯絡：

英文：請電郵 info@coalitionccc.org 或致電 (916) 489-2222，欲瞭解更多相關資訊，請上網 www.caPOLST.org 查詢。

中文：美華慈心關懷聯盟 admin@caccc-usa.org 或致電 (866) 661-5687。欲瞭解更多相關資訊，請上網 www.caccc-usa.org 查詢。



This page is left intentionally blank.



EMSA #111 B
(Effective 10/1/2014)*

維持生命治療醫囑 Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

先執行此醫囑，再聯絡醫師。完成簽署的維持生命治療醫囑是具法律效力的。任何未填寫完的項目將被視為願意接受該項的全部治療。維持生命治療醫囑可以配合而非取代醫療照護事前指示的使用。

病人姓氏:	表格填寫日期:
病人名字:	病人的出生日期:
病人中間名字:	病歷號碼: (自由填寫)

A 選一項	人工心肺復甦術 CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): 如果病人無脈搏也無呼吸：當病人心肺功能未停止時，遵照 B 和 C 部分的醫囑。
	<input type="checkbox"/> 施行人工心肺復甦術 (勾選本項者，須勾選 B 部分的“全程急救治療” Full Treatment) <input type="checkbox"/> 不施行人工心肺復甦術 (允許自然死亡 Allow Natural Death)

B 選一項	醫療處置 MEDICAL INTERVENTIONS : 如果病人當時有脈搏而且/或有呼吸。
	<input type="checkbox"/> 全程急救治療: 以延長生命為主要目標，使用所有有效的醫療方式。 除了“選擇性醫療處置”和“舒適為主的療護”外，如有必要，使用氣管內插管、呼吸道處理、人工呼吸輔助器和心臟復搏。 <input type="checkbox"/> 全程治療試用期。 <input type="checkbox"/> 選擇性醫療處置：以治療病況為目標，但避免過度的醫療處置。 除了“舒適為主的治療”外，提供醫療、靜脈抗生素，並按需要給予靜脈輸液。不做氣管內插管。可使用非侵入性的正壓呼吸器。避免接受重症療護。 <input type="checkbox"/> 要求轉院: 只限定於在目前的住所無法得到舒適的需求時。 <input type="checkbox"/> 舒適為主的療護：主要目標為達到最舒適的狀態。 需要時，以任何給藥方式以減除疼痛和受苦；可使用氧氣、抽痰及手操作方式治療呼吸道阻塞。除非醫療方式與舒適目標一致，請勿使用全程急救治療及選擇性醫療處置所列舉的醫療方式。只有在目前的處所無法得到足夠的舒適治療時，才要求轉院。 其他醫囑: _____

C 選一項	人工營養提供 ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION : 若可行且有意願，可由口腔進食。
	<input type="checkbox"/> 長期提供人工營養，包括管餵食。 其他醫囑: _____ <input type="checkbox"/> 嘗試提供人工營養一段時間，包括管餵食。 _____ <input type="checkbox"/> 不使用人工方式提供營養，包括管餵食。

D	資料和簽名 INFORMATION AND SIGNATURES:	
	已和下列人員討論： <input type="checkbox"/> 病人(病人具自主能力) <input type="checkbox"/> 法律認可的醫療決定代理人	
	<input type="checkbox"/> 於(日期)_____填寫醫療照護事前指示，並經過審閱 → 醫療照護事前指示表格內的醫療決定代理人:	
	<input type="checkbox"/> 擁有醫療照護事前指示，但未帶在身邊	代理人姓名: _____
	<input type="checkbox"/> 沒有醫療照護事前指示	代理人電話: _____
	醫師簽名	
	本人在以下簽名，表示盡我所知，這些醫囑與病人的醫療狀況和意願是一致的。	
	醫師姓名: (正楷填寫)	醫師電話號碼: 醫師執照號碼:
	醫師簽名: (務必填寫)	日期: _____
	XX	
病人或法律認定的醫療決定代理人簽名		
我了解此表格屬於自願性質。當此表格簽署後，法律認定之醫療決定代理人，認同這份有關復甦術措施的要求是與病人的意願一致，同時也符合病人的最大利益。		
姓名: (正楷填寫)	關係: (如為病人自己，請寫“本人”)	
簽名: (務必填寫)	日期: _____	
地址: _____	電話: 辦公室專用:	

病人轉院或出院時，此份表格必須隨同病人攜帶。

*1/1/2009 或 4/1/2011 的版本，一樣有效。

醫療保險流通及責任法案(HIPAA)允許此 POLST 文件在必要時可公開給其他的醫療照護提供者

病人資料

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

協助填寫表格的醫療人員

當醫師簽署維持生命治療醫囑時，此欄不需填寫

姓名:	職銜:	電話號碼:
-----	-----	-------

其他聯絡人

無

姓名:	與病人關係:	電話號碼:
-----	--------	-------

醫療人員表格使用說明

完整填寫維持生命治療醫囑 (POLST) 表格

- 完成一份維持生命治療醫囑表格是自願的。加州法律規定醫療人員必須遵照表格內病人填寫的意願執行。醫療人員可因遵循此醫囑而免於醫療糾紛。住院期間，病人將由醫院的醫生評估，給予和病人意願一致的適當醫療處方和指示。
- 維持生命治療醫囑並不取代醫療照護事前指示。如果可能，重新審閱維持生命治療醫囑和醫療照護事前指示表格，以確定兩者一致並做適當更正，以整理表格之間的任何衝突。
- 維持生命治療醫囑，必須由醫療人員依照病人的選擇和病況填寫完成。
- 法律認定的醫療決定代理人可以是法院指定的觀護人或監護人、醫療照護事前指示指定的代理人、口頭上指定的代理人、配偶、登記的家庭伴侶、未成年人的父母、最靠近而可聯絡到的親人，或醫生認為最知道何種醫療對病人最有利，並可以依病人的意願和價值觀做決定的人。
- 只有在病人無行為能力或已指定代理人權力立即生效的情況下，法律認定的醫療決定代理人才可以執行維持生命治療醫囑。
- 維持生命治療醫囑必須有醫師和病人，或法律認可的醫療決定代理人的共同簽名才能生效。口頭醫囑如果和醫療院所/社區政策一致，並有隨後的醫師補簽名，亦可有效。
- 如果病人或法律認可的醫療決定代理人使用翻譯表格，請將翻譯表格與簽名的英文版維持生命治療醫囑表格附在一起。
- 最好使用英文正本表格。簽名的維持生命治療醫囑影本和傳真也具有法律效力。影本應與病人病歷一起歸檔，可能的話，盡量使用粉紅色 (Ultra Pink) 紙影印。

使用維持生命治療醫囑表格

- 任何沒有填寫完成的項目，將被視為要接受該部分的全部治療。
- A 部分:
- 病人選擇“不希望做人工心肺復甦術”，在無脈搏也無呼吸的情況時，將不使用除顫器(包括自動外用除顫器)或胸部按壓。
- B 部分:
- 當病人(包括簽署“舒適為主的療護”者)在目前處所無法得到安適時，應轉院到能提供舒適療護的處所(例如：髌骨骨折的治療)。
 - 非侵入性的正壓呼吸輔助器，包括：持續正壓 (CPAP)、雙式正壓 (BiPAP)，及瓣膜袋口罩 (BVM) 式協助呼吸器。
 - 通過靜脈給予抗生素和輸液，一般來說不是“舒適為主的療護”。
 - 治療脫水延長生命。希望靜脈輸液的人應表明是要“選擇性的醫療處置”或是“全程急救治療”。
 - 依照地區急救人員 (EMS) 的政策，寫在 B 部分的其他醫囑，救護人員可能無法執行。

重新審閱維持生命治療醫囑

在下列情況發生時，我們建議定期重新審閱填寫好的維持生命治療醫囑表格：

- 轉換療護處所或治療的層級時，或
- 健康狀況有重大改變時，或
- 治療意願有所改變時。

更改和廢止維持生命治療醫囑

- 具有自主能力的人，可以在任何時間要求更改治療或以任何方式廢止維持生命治療醫囑。建議要廢止維持生命治療醫囑時，是由 A 部分到 D 部分劃一條線，寫上大字“作廢 (VOID)”，並在線上簽名及寫上日期。
- 法律認可的醫療決定代理人，可和醫生配合，根據已知的病人意願，要求更改醫囑。如不知道者則依病人的最高利益。

此表格與加州維持生命治療醫囑專案小組合作完成，經加州急救醫療服務局認可。

欲了解更多資訊或索取表格，請上網站 www.caPOLST.org

病人轉院或出院時，此份表格必須隨同病人攜帶。