

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「維持生命治療醫囑」中文表格簡介

「維持生命治療醫囑」是一份醫生處方，它讓生命末期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，僅用於方便華人了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@capolst.org 或致電 (916) 489-2222，欲了解更多相關資訊，請上網 www.caPOLST.org 查詢。

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



Chinese Traditional

美華慈心關懷聯盟
Chinese American Coalition
for Compassionate Care
www.cacc-usa.org

This page is left intentionally blank.



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

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/執業護理師/醫師助理。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/執業護理師/醫師助理簽名	
	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/執業護理師/醫師助理姓名: (正楷填寫)	醫師/執業護理師/醫師助理電話號碼:
	醫師/執業護理師/醫師助理簽名: (務必填寫) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	醫師/執業護理師/醫師助理執照號碼:
		日期:
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) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	關係: (如為病人自己，請寫“本人”)	
簽名: (務必填寫) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	日期:	
地址:	電話:	
FOR REGISTRY USE ONLY 註冊處專用		

病人轉院或出院時，此份表格必須隨同病人攜帶。

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
------------	-------	------------

執業護理師/醫師助理的監督醫師	填表人姓名(如非簽名的醫師/執業護理師/醫師助理)	
姓名:	姓名/職銜:	電話號碼:

其他聯絡人 <input type="checkbox"/> 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，病人將由醫院的醫師或在醫師監督下的執業護理師或醫師助理評估，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，或醫師或執業護理師或醫師助理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(1)有在法律認可之下執行範圍內的醫師或在醫師監督下的執業護理師或醫師助理 (2)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/執業護理師/醫師助理補簽名，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”。
 - 治療脫水會延長生命。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，可和醫師或執業護理師或醫師助理配合，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。