

## 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](mailto:info@capolst.org) or call (916) 489-2222. To learn more about POLST, visit [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org).

For questions in Chinese, contact the Chinese American Coalition for Compassionate Care, [admin@cacc-usa.org](mailto: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

在经历严重疾病时，「维持生命治疗医嘱」是一份医生处方，它让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@coalitionccc.org](mailto:info@coalitionccc.org)或致电 (916) 489-2222，欲了解更多相关信息，请上网[www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org) 查询。

中文：美华慈心关怀联盟[admin@cacc-usa.org](mailto: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](http://www.cacc-usa.org)查询。



*This page is left intentionally blank.*

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



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

**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。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)

<b>A</b> 选一项	<b>人工心肺复苏术 CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):</b> 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>B</b> 选一项	<b>医疗处置 MEDICAL INTERVENTIONS:</b> 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,并按需要给予静脉输液。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:只限定于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轻疼痛和受苦;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: _____

<b>C</b> 选一项	<b>人工营养提供 ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION:</b> 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。

<b>D</b>	<b>资料和签名 INFORMATION AND SIGNATURES:</b>	
	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: _____
	<b>医师签名</b>	
	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。	
	医师姓名:(正楷填写)	医师电话号码: _____
	医师签名:(务必填写) XXX	医师执照号码: _____
	<b>病人或法律认定的医疗决定代理人签名</b>	
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) XXX	日期: _____	
地址: _____	电话: _____ 办公室专用: _____	

病人转院或出院时,此份表格必须随同病人携带。

\*1/1/2009 或 4/1/2011 的版本,一样有效。

## 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
------------	-------	------------

### 协助填写表格的医疗人员

当医师签署维持生命治疗医嘱时, 此栏不需填写

姓名:	职衔:	电话号码:
-----	-----	-------

### 其他联络人

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, 病人将由医院的医生评估, 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, 或医生认为最知道何种医疗对病人最有利, 并可以依病人的意愿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可以执行维持生命治疗医嘱。
- 维持生命治疗医嘱必须有医师和病人, 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/小区政策一致, 并有随后的医师补签名, 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复印件和传真也具有法律效力。复印件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, 可和医生配合, 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项目小组合作完成, 经加州急救医疗服务局认可。

欲了解更多信息或索取表格, 请上网站 [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org)

**病人转院或出院时, 此份表格必须随同病人携带。**