

## Introduction to the Chinese Translation of POLST Form

POLST is a physician order that gives patients more control over their end-of-life care. 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 towards the end of life.

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@finalchoices.org](mailto:info@finalchoices.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@caccc-usa.org](mailto:admin@caccc-usa.org) or call (408) 332-5579.

### 中文加州「維持生命治療醫囑」表格簡介

「維持生命治療醫囑」是一份醫囑，它讓生命末期病人對醫療決定能有更多的自主權。這是一份醫生和病人共同簽署的粉紅色表格，特別指明病人希望接受的生命末期醫療方式。

這份中文加州「維持生命治療醫囑」表格，可方便華人用中文解說及討論表格上的醫療意願項目。表格須用英文填寫才具法律效力，而急救人員才能讀懂並遵從醫囑。

如有任何問題，請聯絡下列機構：

英文：[info@finalchoices.org](mailto:info@finalchoices.org)，或打電話 (916) 489-2222，有關更多資訊，請上網查詢 [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org)。

中文：美華慈心關懷聯盟 [admin@caccc-usa.org](mailto:admin@caccc-usa.org)，或打電話 (408) 332-5579。  
有關更多資訊，請上網查詢 [www.caccc-usa.org](http://www.caccc-usa.org)。



EMSA #111 B  
(Effective 1/1/2009)

## 維持生命治療醫囑

### Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

首先執行這些醫囑，而後聯絡醫生。這是一份依照當事者個人目前的健康狀況和意願而填寫的醫囑單。任何沒有填寫完成的項目將被視為願意接受該項全部治療。每個人都應該得到有尊嚴及被尊重的治療。

姓	
名	
出生日期	表格填寫日期

**A** 選一項

**人工心肺復甦術 CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR) :** 當事人沒有脈搏而且沒有呼吸

試圖做人工心肺復甦術 (需要勾選 B 部分的“全程療護”)

不希望做人工心肺復甦術 (“允許自然死亡” Allow Natural Death)

當心肺功能沒有停止時，遵照 B 和 C 部分的醫囑

**B** 選一項

**醫療處理 MEDICAL INTERVENTIONS :** *當事人有脈搏而且/或有呼吸*

**只要舒適療護** 任何方式的給藥、翻身、傷口照顧和其他措施，以減除疼痛和受苦。必要時，可使用氧氣、抽痰及手操作方式治療呼吸道阻塞，以得到舒適。抗生素僅用於增進舒適。在目前的處所無法得到安適時，才轉送他處。

**有限制的附加醫療處理** 包括以上所陳述的舒適療護。提供醫療、抗生素和按需要給予靜脈輸液。不做人工呼吸插管。可使用非侵入性的正壓呼吸器。一般不接受重症療護。

**不轉到醫院做醫療處理。** 在目前的處所無法得到安適時，才轉送他處。

**全程療護** 包括以上所陳述的療護。使用人工呼吸插管、插管的呼吸道處理、人工呼吸輔助器和需要時，使用心臟電擊器。如有需要，**轉送醫院**。包括重症療護。

**其他醫囑：** \_\_\_\_\_

**C** 選一項

**人工營養提供 ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION :** *如果可行並願意，可由口腔進食*

不使用食管提供人工營養品。  在指定的一段時間內，使用食管提供人工營養品。

長期使用灌食管提供人工營養品。 **其他醫囑：** \_\_\_\_\_

**簽名及醫療狀況概要 SIGNATURES AND SUMMARY OF MEDICAL CONDITION :**

已和下列人員討論：

病人  醫療照護決定人  未成年者的父母  法院指定的監護人  其他：

中文表格僅可做參考。請務必填寫英文表格並在英文表格上簽名以便急救人員了解您的醫療意願  
The signed POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow orders.

**醫生簽名：** XXX

本人在下面的簽名表示盡我所知，這些醫囑與當事者的醫療狀況和意願是一致的。

醫生姓名(正楷填寫)	醫生電話號碼	日期
------------	--------	----

醫生簽名(必須) XX	醫生執照號碼
--	--------

**病人、醫療照護決定人、未成年者的父母或監護人簽名**

法律上認定的醫療照護決定人在這份表格簽名，即表示認知這份有關復甦術措施的要求，是和當事人的意願是一致的，也符合當事人的最大利益。

簽名(必須)	姓名(正楷填寫)	關係(如為病人自己, 請寫“本人”)
--------	----------	--------------------

醫療狀況概要	僅供機構填寫
--------	--------

**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專業人員**

病人姓名 (全名)	出生日期	性別： <b>男</b> <b>女</b>	
病人地址			
<b>聯絡資訊</b>			
醫療照護決定人	地址	電話號碼	
幫助填寫表格的醫療人員	醫療人員的職銜	電話號碼	填寫日期

**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**

- 醫療人員必須依據病人的意願和醫療狀況，由醫療人員填寫完成。
- 本表格必須由一位醫師和病人(或醫療照護決定人)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，並有隨後的醫師簽名，亦可生效。
- 某些病況或醫療需要，會有可能使得病患無法住在特定的老人住宿照顧院所內。
- 最好是使用此表格的原版本。簽了名的維持生命治療醫囑影印本和傳真也是合法而有效的。

**使用維持生命治療醫囑表格**

- 任何沒有填寫完成的項目，將被視為要接受該項全部治療。

**A 部分:**

對於選擇了“不要做復甦術”的人，不可使用心臟電擊器（包括自動外用電擊器）。

**B 部分:**

- 當患者(包括簽署“只要接受舒適療護”者)，在目前的處所無法得到安適時，應轉院到能夠提供舒適療護的處所(例如：髕骨骨折的治療)。
- 對於選擇“只要舒適療護”的患者，靜脈輸藥以增加安適是合宜的。
- 非侵入性的正壓呼吸輔助器包括持續正壓(CPAP)、雙式正壓(BIPAP)和瓣膜袋口罩(BVM)以幫助呼吸。
- 治療脫水可延長生命。希望靜脈輸液的人應表明是要“有限制的附加醫療處理”還是“全程療護”。

**復閱維持生命治療醫囑**

我們建議定期復閱填寫好的維持生命治療醫囑表格。尤其在下列情況發生時：

- 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，可以在任何時間以口頭或書面更改其治療意願，或廢止醫療照護事前指示，或填寫一份新的維持生命治療醫囑表格以取代先前的表格。
- 欲廢止維持生命治療醫囑表格，只需由 A 到 D 劃一條線，寫上“作廢”，並在線上簽名及寫上日期。
- 醫療照護決定人可根據他所知道的當事者的願望，要求更改醫囑。如果不知道時，應以當事者的最高利益為主。

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。

欲知更多資訊或索取表格，請上網站 [www.capolst.org](http://www.capolst.org)

**病人轉院或出院時，此份表格必須隨同病人一起。**