

## 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「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](mailto:info@coalitionccc.org) 或致電 (916) 489-2222，欲瞭解更多相關資訊，請上網 [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org) 查詢。

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



*This page is left intentionally blank.*

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



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。  
 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)  
 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。  
 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。  
 全程治療試用期。  
 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。  
 要求轉院: 只限定於在目前的住所無法得到舒適的需求時。  
 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。  
 長期提供人工營養，包括管餵食。 其他醫囑: \_\_\_\_\_  
 嘗試提供人工營養一段時間，包括管餵食。 \_\_\_\_\_  
 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:  病人(病人具自主能力)  法律認可的醫療決定代理人

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:  
 擁有醫療照護事前指示，但未帶在身邊 代理人姓名: \_\_\_\_\_  
 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) XXX | 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)   | 關係: (如為病人自己，請寫“本人”) |
| 簽名: (務必填寫) XXX | 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:<br>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](http://www.caPOLST.org)

**病人轉院或出院時，此份表格必須隨同病人攜帶。**