



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



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@coalitionccc.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 (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@coalitionccc.org，或打電話 (916) 489-2222，有關更多資訊，請上網查詢 www.caPOLST.org。

中文：美華慈心關懷聯盟 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。



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

先執行這些醫囑，而後再聯絡醫生。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。一份簽署完成的維持生命治療醫囑是合法有效的。維持生命治療醫囑不是取代而是配合醫療照護事前指示使用。每個人都應該得到有尊嚴及被尊重的對待。

病人的姓	表格填寫日期
病人的名	病人的出生日期
病人的中間名字	病歷號碼：(自由填寫)

A 選一項

人工心肺復甦術 CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR) : 如果當事人沒有脈搏而且沒有呼吸。當心肺功能沒有停止時，遵照 B 和 C 部分的醫囑。

試圖做人工心肺復甦術 (需要勾選 B 部分的“全程療護”， Full Treatment)

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

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。只有在目前的處所無法得到安適時，才轉送醫院。

有限制的附加醫療處理: 除了以上所陳述的“只要舒適療護”，提供醫療、抗生素並按需要給予靜脈輸液。不做呼吸插管。可使用非侵入性的正壓呼吸器。避免接受重症療護。

轉院: 只有在目前的處所無法得到安適時。

全程療護: 除了包括“只要舒適療護”和“有限制的附加醫療處理”的療護外，使用氣管內插管、呼吸道處理、人工呼吸輔助器，和心臟電擊器。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

不使用人工方式提供營養，包括灌食管。 其他醫囑: _____

試著提供人工營養一段時間，包括灌食管。 _____

長期提供人工營養，包括灌食管。 _____

D

資料和簽名 INFORMATION AND SIGNATURES:
 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.

已和下列人員討論：

病人(病人有能力) 法律認定的醫療決定代言人

醫療照護事前指示 日期 _____ 有而且複閱過 → 在醫療照護事前指示內的醫療決定代言人:
 代理人姓名: _____
 有醫療照護事前指示，但不在身邊 代理人電話: _____
 沒有醫療照護事前指示

醫生的簽名
 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	醫生執照號碼
醫生簽名 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	日期	

病人或法律認定的醫療決定代言人簽名
 在這份表格簽了名，法律上認定的醫療決定代言人認知這份有關復甦術措施的要求，是和當事人的意願一致的，同時也符合當事人的最大利益。

姓名(正楷填寫)	關係(如為病人自己, 請寫“本人”)
簽名 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	日期
地址	日間聯絡電話
	夜間聯絡電話

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提供者

姓名	職銜	電話號碼
----	----	------

其他聯絡人

姓名	和病人的關係	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。加州法律要求醫療照護提供者必須遵照表格內病人填寫的意願執行。醫療照護提供者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，給予適當的醫囑。
- 維持生命治療醫囑不取代醫療照護事前指示。如果可能，複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。適當地更正，以解決任何的衝突。
- 維持生命治療醫囑必須由醫療照護提供者，依照病人的選擇和病況，填寫完成。
- 法律認定的醫療決定代言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。
- 維持生命治療醫囑必須有醫師和病人，或法律認定的醫療決定代言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。
- 有些病況或醫療需要有可能使得老年病患無法住在特定的住宿照顧院所。
- 如果病人或法律認定的醫療決定代言人使用翻譯的表格，附上簽了名的英文維持生命治療醫囑表格。
- 最好使用正本的表格。簽了名的維持生命治療醫囑影印本和傳真也是合法有效的。一份影印複本應放在病人的病歷，可以的話，使用粉紅色 (Ultra Pink) 的紙。

使用維持生命治療醫囑表格

- 任何沒有填寫完成的項目，被視為要接受該部分的全部治療。
A 部分:
對於選擇了“不希望做人工心肺復甦術”的人，如果沒有脈搏和沒有呼吸，將不使用心臟電擊器(包括自動外用電擊器)或胸部按摩。
- B 部分:
 - 當患者(包括簽署“只要舒適療護”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。
 - 通過靜脈給抗生素和輸液，一般來說不是“舒適療護”。
 - 治療脫水延長生命。希望靜脈輸液的人應表明是要“有限制的附加醫療處理”或是“全程療護”。
 - 依照地區急救人員 (EMS) 的政策，寫在 B 部分的其他醫囑，救護人員可能不能執行。

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，可以在任何時間要求更改治療。
- 具有自主能力的人，可以在任何時間以任何方式廢止維持生命治療醫囑。建議廢止維持生命治療醫囑的方法是，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。
- 和醫生配合，法律認定的醫療決定代理人可根據他所知道當事者的願望，或如果不知道則依當事者的最高利益，要求更改醫囑。

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

病人轉院或出院時，此份表格必須隨同病人一起。