

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

执业护理师/医师助理的监督医师	填表人姓名(如非签名的医师/执业护理师/医师助理)	
姓名:	姓名/职衔:	电话号码:

其他联络人 <input type="checkbox"/> 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，病人将由医院的医师或在医师监督下的执业护理师或医师助理评估，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，或医师或执业护理师或医师助理认为最知道何种医疗对病人最有利，并可以依病人的意口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才可以执行维持生命治疗医嘱。
- 维持生命治疗医嘱必须(1)有在法律认可之下执行范围内的医师或在医师监督下的执业护理师或医师助理 (2)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/社区政策一致，并有随后的医师/执业护理师/医师助理补签名，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影本和传真也具有法律效力。影本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”。
 - 治疗脱水会延长生命。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，可和医师或执业护理师或医师助理配合，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专案小组合作完成，经加州急救医疗服务局认可。
欲了解更多资讯或索取表格，请上网站 www.caPOLST.org

病人转院或出院时，此份表格必须随同病人携带。