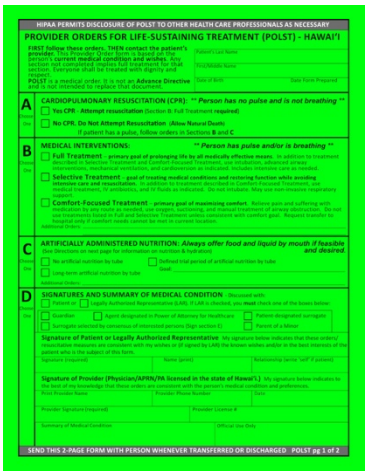
KŌKUA MAU
Continuous Care
A Movement to Improve Care

夏威夷州維持生命治療醫囑表格繁體中文翻譯簡介

Introduction to the Traditional Chinese translation of the Hawai‘i POLST Form

POLST (Provider Orders for Life-Sustaining Treatment) is a medical order that gives patients more control over their end-of-life care. Produced on a distinctive bright green form and signed by the patient and her/his Physician, Advanced Practice Registered Nurse (APRN) or Physician Assistant (PA), POLST specifies the type of medical treatment that a patient wishes to receive towards the end of life.


HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROFESSIONALS AS NECESSARY

PROVIDER ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) - HAWAI'I

POLST follows these orders. THEN contact the patient's provider. This provider should know about the person's current medical condition and wishes. Any section not completed implies full treatment for that section. Everyone shall be treated with dignity and respect.

POLST is a medical order. It is not an Advance Directive and is not intended to replace that document.

Patient Last Name

First/Middle Name

Date of Birth

Date Form Prepared

A — Choose One

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): ** Person has no pulse and is not breathing **

☐ Yes CPR - Attempt resuscitation (Section B: Full Treatment required)

☐ No CPR. Do Not Attempt Resuscitation (Allow Natural Death)

If patient has a pulse, follow orders in Sections B and C.

B — Choose One

MEDICAL INTERVENTIONS: ** Person has pulse and/or is breathing **

☐ Full Treatment - primary goal of prolonging life by all medically effective means. In addition to treatment described in Selective Treatment and Comfort-Focused Treatment, use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. Includes intensive care as needed.

☐ Selective Treatment - goal of treating medical conditions and restoring function while avoiding intensive care and resuscitation. In addition to treatment described in Comfort-Focused Treatment, use medical treatment, IV antibiotics, and IV fluids as indicated. Do not intubate. May use non-invasive respiratory support.

☐ Comfort-Focused Treatment - primary goal of maximizing comfort. Relieve pain and suffering with medication and other measures. Do not transfer to hospital unless needed to relieve suffering or the care cannot be provided in full and Selective Treatment orders, and consistent with patient's goals. Respect patient's wish to be hospital only if comfort needs cannot be met in current location.

Additional Orders:

C — Choose One

ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: Always offer food and liquid by mouth if feasible and desired (See Directions on next page for information on nutrition & hydration).

☐ No artificial nutrition by tube

☐ Defined trial period of artificial nutrition by tube - Goal:

☐ Long-term artificial nutrition by tube

Additional Orders:

D — Choose One

SIGNATURES AND SUMMARY OF MEDICAL CONDITION - Discussed with:

☐ Patient or ☐ Legally Authorized Representative (LAR). If LAR is checked, you must check one of the boxes below:

☐ Guardian ☐ Agent designated in Power of Attorney for Healthcare ☐ Patient-designated surrogate

☐ Surrogate selected by consensus of interested persons (Sign section E) ☐ Parent of a Minor

Signature of Patient or Legally Authorized Representative My signature below indicates that these orders/ resuscitative measures are consistent with my wishes or (if signed by LAR) the known wishes and/or in the best interests of the patient who is the subject of this form.

Signature (required) Name (print) Relationship (write 'self' if patient)

Signature of Provider (Physician/APRN/PA licensed in the state of Hawai'i) My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the person's medical condition and preferences.

Print Provider Name Provider Phone Number Date

Provider Signature (required) Provider License #

Summary of Medical Condition Office Use Only

SEND THIS 2-PAGE FORM WITH PERSON WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED POLST pg 1 of 2

This is a Chinese traditional translation of the Hawai‘i 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, contact your healthcare provider, doctor, or health insurance company. For additional information, go to: kokuamau.org.

This paragraph is not translated and is intended as background for translators: Since July 2022 **Physician Assistants (PA)** are able to sign POLST in Hawai‘i (Act 293). In doing so, Act 293 adds PAs to Physicians and Advanced Practice Registered Nurses (APRNs) as providers authorized to complete and sign a POLST in Hawai‘i. This information is integrated into the attached translated POLST form.

維持生命治療醫囑 POLST (Provider Orders for Life-Sustaining Treatment) 是一份醫療囑咐，使病人對生命末期時的醫療有較多的預控力。這份鮮綠色的表格是由病人及其醫生或進階註冊護士簽字。表格上註明病人在接近生命末期時所希望得到的醫療處置。

這是一份夏威夷州維持生命治療醫囑表格的繁體中文翻譯。這份中文翻譯的表格，僅為與病人討論其願望時，做為教育參考用的。正式簽署的維持生命治療醫囑必須是英文版，如此急救人員才能看得懂而能遵囑行事。

如果對英文版有任何問題，請和您的醫療單位、醫師或健康保險公司洽詢。如需更多資訊，請上網：www.kokuamau.org.

Kōkua Mau • P.O. Box 62155 • Honolulu HI 96839
Ph: (808) 585-9977 • info@kokuamau.org • www.kokuamau.org/polst

This page 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專業人員 *Chinese Traditional*

夏威夷州維持生命治療醫囑

PROVIDER ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) – HAWAI'I

先執行此醫囑, 再聯絡醫師。這份醫囑是根據病人目前的醫療狀況與意願。任何未填寫完的項目將被視為願意接受該項的全部治療。每個人都應得到被尊重和有尊嚴的治療。POLST 是一份醫囑。它不是事前指示，也不是用來取代該文件。	病人姓氏:	
	病人名字/中間名字:	
	病人的出生日期:	表格填寫日期:

A 選一項

人工心肺復甦術 **CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):**
****病人無脈搏也無呼吸****

☐ 施行人工心肺復甦術 (須勾選 **B** 部分的 "全程急救治療")
☐ 不施行人工心肺復甦術 (允許自然死亡 **A**llow **N**atural **D**eath**)**
當病人仍有脈搏時，遵照 **B** 和 **C** 部分的醫囑。

B 選一項

醫療處置 **MEDICAL INTERVENTIONS**： ****病人有脈搏而且/或有呼吸****

☐ **全程急救治療 – 主要目標是藉所有醫學上有效的手段延長生命。** 除了選擇性醫療處置和以舒適為主的療護中描述的治療之外，根據情況需要，使用氣管內插管、進階呼吸道干預、人工呼吸輔助器和心律復搏。若情況需要，可包括重症療護。

☐ **選擇性醫療處置 – 目標是治療醫療狀況和恢復功能，但避免重症療護和復甦。** 除了以舒適為主的療護中描述的治療之外，根據情況需要，使用醫療處置、靜脈注射抗生素和靜脈輸液。 不做氣管內插管。 可使用非侵入性的氣管維持。

☐ **舒適為主的療護 – 主要目標是最大程度地舒適。**根據需要藉任何途徑用藥，使用氧氣、抽痰和手操作治療呼吸道阻塞， 以減輕疼痛和受苦。除非與舒適目標一致，否則不要用全程急救治療和選擇性醫療處置中列出的治療。只有在目前所在地無法滿足舒適需求時，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。(請見下頁有關營養及補液資訊)
	☐ 不使用餵食管提供人工營養。 ☐ 嘗試使用餵食管提供人工營養一段時間。目標：_____ ☐ 長期使用餵食管提供人工營養。 其他醫囑：_____
D 選一項	醫療狀況總述和簽名 **SIGNATURES AND SUMMARY OF MEDICAL CONDITION:**
	已和下列人員討論： ☐ 病人或 ☐ 法律認可的醫療決定代理人(LAR)。 若勾選 LAR, 下列必須選一項:
	☐ 法定監護人 ☐ 醫療照護事前指示授權的醫療決定代理人 ☐ 病人自選之代理人 ☐ 關切病人人士公推之代理人(在 E 部分簽名) ☐ 未成年人之父母
	病人或法律認可的代理人簽名 我在以下簽名，表示這份醫囑/復甦術措施是與我的意願一致。如由法律認可之醫療決定代理人簽名，表示這份醫囑/復甦術措施是與病人的意願一致，同時也符合病人的最大利益。
	簽名: (務必簽寫) XXXXXXXXXXXXXXXX 關係: (如為病人自己，請寫“本人”)
	醫護提供者簽名(夏威夷州醫師/進階護理師/助理醫師) 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。
	醫護提供者姓名: (正楷填寫) 醫護提供者電話號碼: 日期:
	醫護提供者簽名: (務必簽寫) XXXXXXX 醫護提供者執照號碼:
	醫療狀況總述 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。	

The signed POLST form **must be in English** so that emergency personal can read and follow the orders
「維持生命治療醫囑」表格必須以英文填寫，急救人員才能看得懂表格來執行醫囑。

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 (姓，名，中間名):	出生日期:	性別:

病人的緊急聯絡人或法定代理人（在這裡列出的人並不能使他們成為合法的授權代表。只有事前指示或州法律才能授予該權力。）

姓名:	與病人的關係	電話號碼:
協助填寫表格的醫療人員	職銜:	電話號碼: 填表日期

E 關切病人人士公推之代理人 (D 部分中所指之法律認可的代理人)

我在偽證懲罰條例之下宣誓，建立我為此表格中病人的法定授權代理人職權。此病人已被主治醫師斷定無做決定能力，而且沒有醫療照護代理人或法定監護人或病人指定之代理人，或無法聯絡到法定代理人或監護人或指定代理人。主治醫師或其代理在合理的努力下，找到所有可能的關切病人人士，也告知他們病人無行為能力，所以必須為病人選出一位代理人。因此根據夏威夷更新法案#327E-5，我被選為病人的決定代理人。我已讀過下列 C 部分，也了解有關拒絕或停止人工補液與營養之權限。

簽名: (務必簽寫)	姓名	關係
[redacted]		

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

- 必須由醫療人員依照病人的選擇和病況填寫完成。
- 維持生命治療醫囑必須有夏威夷州醫師, 進階護理師, 助理醫師和病人或法律認可的決定代理人，共同簽名才能生效。口頭醫囑無效。
- 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。
- 最新完成的有效 POLST 表格取代所有之前完成的 POLST 表格。此表格不會過期。

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”，不應使用除顫器(包括自動外用除顫器)。

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：髖骨骨折的治療)。

- 通過靜脈給予藥物以提昇舒適度，也適合選擇“舒適為主的療護” 的病人。
- 希望靜脈輸液的人應表明是要 “**選擇性醫療處置**” 或是 “全程急救治療”。

C 部分:

病人或法定代理人可以做有關人工補液與營養的決定。然而，非病人自訂之代表(關切病人人士公推之代表) 只能在主治醫師和第二位與前無關之醫師在病人醫療檔案中認証，提供或持續人工補液或營養只不過是延長死亡的過程、而病人未來極不可能再有腦神經反應時，可以決定拒絕或停止人工補液與營養。HRS #327E-5。

重新審閱維持生命治療醫囑

建議您不定期審閱填寫好的維持生命治療醫囑表格。在下列情況發生時，建議您重新審閱：

- 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，或沒有行為能力時法律認可的代理人，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。
- 要廢止或更改維持生命治療醫囑時，在原本和所有複本上，由 A 部分到 E 部分劃一條線，寫上大字“作廢 (VOID)”。在線上簽名並寫上日期。完成一份新的維持生命治療醫囑，表達修正。
- 醫療照護提供者可根據病人目前健康狀況及療護目標做評估，建議新的醫囑。

Kōkua Mau – A Movement to Improve Care

Kōkua Mau 是夏威夷實施 **POLST** 的主導機構。請上網站 www.kokuamau.org/POLST 下載表格或尋找更多資訊。

此表格于 2023 年 5 月為健康部採用。

Kōkua Mau • PO Box 62155 • Honolulu HI 96839 • info@kokuamau.org • kokuamau.org

病人轉院或出院時，此份表格必須隨同病人攜帶。

This translation is accurate and complete to the best of the Chinese American Coalition for Compassionate Care (CACCC) translation team's knowledge and ability. It also uses CACCC's Chinese translations of medical terms that been accepted by major health organizations throughout the U.S.

相關中文資訊及服務，請聯絡：

美華慈心關懷聯盟

www.caccc-usa.org

電郵: info@caccc-usa.org

電話: 1-866-661-5687

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