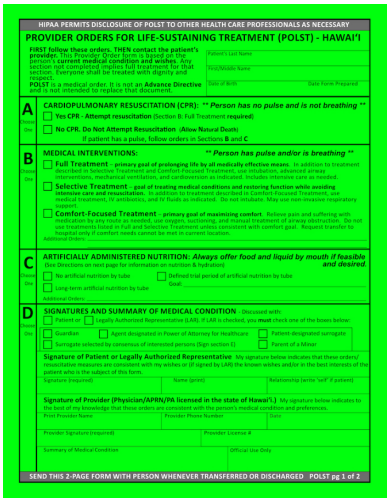
Kōkua Mau
Continuous Care
A Movement to Improve Care

夏威夷州维持生命治疗医嘱表格简体中文翻译简介

Introduction to the Chinese simplified 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 Assitstant (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

FIRST follow these orders, THEN contact the patient's provider. This Provider Order form is based on 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 Advanced Directive and is not intended to replace that document.

Patient's 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, use all medically effective measures, including advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardiopulmonary resuscitation 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 treatments, IV antibiotics, and IV fluids as indicated. Do not intubate. May use non-invasive respiratory
☐ Comfort-Focused Treatment - primary goal of maximizing comfort. Relieve pain and suffering with medication by any route as needed, use oxygen, suctioning, and manual treatment of airway obstruction. Do not transfer to hospital unless patient 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
☐ Long-term artificial nutrition by tube Goal: ____
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 | Official Use Only

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

This is a Chinese simplified 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: www.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.

维持生命治疗医嘱 POLST (Provider Orders for Life-Sustaining Treatment) 是一份医嘱，给予病人对生命末期时的医疗有较多的掌控权。这份鲜绿色的表格是由病人及其医师或进阶注册护士签字。表格上注明病人在接近生命末期时所希望得到的医疗处置。

这是一份夏威夷州维持生命治疗医嘱表格的简体中文翻译。这份中文翻译的表格，仅为与病人讨论其愿望时，做为教育参考用的。正式签署的维持生命治疗医嘱必须是英文版，如此急救人员才能看得懂而能遵嘱行事。

如果对英文版有任何问题，请和您的医疗单位、医师或健康保险公司谘询。如需更多资讯，请上网：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

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专业人员 *Chinese Simplified*

夏威夷州维持生命治疗医嘱

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

先执行此医嘱，再联络医师。这份医嘱是根据病人目前的医疗状况与意愿。任何未填写完的项目将被视为愿意接受该项的全部治疗。每个人都应得到被尊重和有尊严的治疗。POLST 是一份医嘱。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/中间名字:	
	病人的出生日期:	表格填写日期:

A 选一项

人工心肺复苏术 **CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):**
****病人无脉搏也无呼吸****

☐ 施行人工心肺复苏术(须勾选 **B** 部分的“全程急救治疗”)
☐ 不施行人工心肺复苏术 (允许自然死亡 **A**llow **N**atural **D**eath**)**
当病人仍有脉搏时，遵照 **B** 和 **C** 部分的医嘱。

B 选一项

医疗处置 **MEDICAL INTERVENTIONS**： ****病人有脉搏而且/或有呼吸****

☐ **全程急救治疗 – 主要目标是藉所有医学上有效的手段延长生命。** 除了选择性医疗处置和以舒适为主的疗护中描述的治疗之外，根据情况需要，使用气管内插管，进阶呼吸道干預、人工呼吸辅助器和心律复搏。若情况需要，可包括重症疗护。

☐ **选择性医疗处置 – 目标是治疗医疗状况和恢复功能，但避免重症疗护和复苏。** 除了以舒适为主的疗护中描述的治疗之外，根据情况需要，使用医疗处置、静脉注射抗生素和静脉输液。不做气管内插管。 可使用非侵入性的气管维持。

☐ **舒适为主的疗护 – 主要目标是最大程度地舒适。**根据需要藉任何途径用药，使用氧气、抽痰和手操作治疗呼吸道阻塞， 以减轻疼痛和受苦。除非与舒适目标一致，否则不要用全程急救治疗和选择性医疗处置中列出的治疗。只有在目前所在地无法满足舒适需求时，才要求转院。

其他医嘱_____

C 选一项	人工营养提供 **ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION**： **若可行且有意愿，可由口腔进食。**(请见下页有关营养及补液资讯)
	☐ 不使用喂食管提供人工营养。 ☐ 尝试使用喂食管提供人工营养一段时间。目标：_____ ☐ 长期使用喂食管提供人工营养。 其他医嘱：_____
D 选一项	**医疗状况总述和签名 SIGNATURES AND SUMMARY OF MEDICAL CONDITION:**
	已和下列人员讨论： ☐ 病人或 ☐法律认可的医疗决定代理人(LAR)。 若勾选 LAR, 下列必须选一项:
	☐ 法定监护人 ☐ 医疗照护事前指示授权的医疗决定代理人 ☐ 病人自选之代理人 ☐ 关切病人人士公推之代理人(在 E 部分签名) ☐ 未成年人之父母
	病人或法律认可的代理人签名 我在以下签名，表示这份医嘱/复苏术措施是与我的意愿一致。如由法律认可之医疗决定代理人签名，表示这份医嘱/复苏术措施是与病人的意愿一致，同时也符合病人的最大利益。
	签名: (务必签写) XXXXXXXXXX 关系: (如为病人自己，请写“本人”)
	医护提供者签名(夏威夷州医师/进阶护理师/助理医师) 本人在以下签名，表示尽我所知，这些医嘱与病人的医疗状况和意愿是一致的。
	医护提供者姓名: (正楷填写) 医护提供者电话号码: 日期:
	医护提供者签名: (务必签写) XXXXXXXXXXXXXXX 医护提供者执照号码:
	医疗状况总述 办公室专用:
病人转院或出院时，此份表格必须随同病人携带。	

The signed POLST form **must be in English** so that emergency personal can read and follow the orders
「维持生命治疗医嘱」表格必须以英文填写，急救人员才能看得懂表格来执行医嘱。

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专业人员

病人姓名 (姓，名，中间名):	出生日期:	性别:

病人的紧急联络人或法定代理人(在这里列出的人并不能使他们成为合法的授权代表。只有事前指示或州法律才能授予该权力。)

姓名:	与病人的关系	电话号码:
协助填写表格的医疗人员	职衔:	电话号码: 填表日期

E 关切病人人士公推之代理人 (D 部分中所指之法律认可的代理人)

我在伪证惩罚条例之下宣誓，建立我为此表格中病人的法定授权代理人职权。此病人已被主治医师断定无做决定能力，而且没有医疗照护代理人或法定监护人或病人指定之代理人，或无法联络到法定代理人或监护人或指定代理人。主治医师或其代理在合理的努力下，找到所有可能的关切病人人士，也告知他们病人无行为能力，所以必须为病人选出一位代理人。因此根据夏威夷更新法案#327E-5，我被选为病人的决定代理人。我已读过下列 C 部分，也了解有关拒绝或停止人工补液与营养之权限。

签名: (务必签写)	姓名	关系
[redacted]		

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

- 必须由医疗人员依照病人的选择和病况填写完成。
- 维持生命治疗医嘱必须有夏威夷州医师、进阶护理师、助理医师) 和病人或法律认可的决定代理人，共同签名才能生效。口头医嘱无效。
- 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。
- 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”，不应使用除颤器(包括自动外用除颤器)。

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：髋骨骨折的治疗)。
- 通过静脉给予药物以提昇舒适度，也适合选择“舒适为主的疗护” 的病人。

- 希望静脉输液的人应表明是要“选择性医疗处置”或是“全程急救治疗”。

C 部分:

病人或法定代理人可以做有关人工补液与营养的决定。然而，非病人自订之代表(关切病人人士公推之代表) 只能在主治医师和第二位与前无关之医师在病人医疗档案中认証，提供或持续人工补液或营养只不过是延长死亡的过程、而病人未来极不可能再有脑神经反应时，可以决定拒绝或停止人工补液与营养。HRS #327E-5。

重新审阅维持生命治疗医嘱

建议您不定期审阅填写好的维持生命治疗医嘱表格。在下列情况发生时，建议您重新审阅：

- 转换疗护处所或治疗的层级時，或
- 健康状况有重大改变時， 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，或没有行为能力时法律认可的代理人，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。
- 要废止或更改维持生命治疗医嘱时，在原本和所有复本上，由 A 部分到 E 部分划一条线，写上大字“作废 (VOID)”。在线上签名并写上日期。完成一份新的维持生命治疗医嘱，表达修正。
- 医疗照护提供者可根据病人目前健康状况及疗护目标做评估，建议新的医嘱。

Kōkua Mau – **A Movement to Improve Care 夏威夷安宁与缓和疗护机构**

Kōkua Mau 是夏威夷实施 **POLST** 的主导机构。请上网站 www.kokuamau.org/POLST 下载表格或寻找更多资讯。

此表格于 2023 年 5 月为健康部采用。

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

病人转院或出院时，此份表格必须随同病人携带。

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.

相关中文资讯及服务，请联络：

美华慈心关怀联盟

www.caccc-usa.org

电邮: info@caccc-usa.org

电话: 1-866-661-5687

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