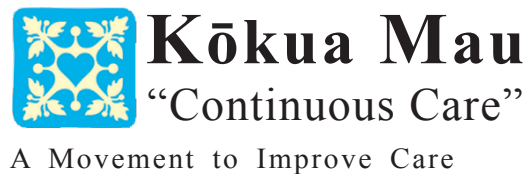


The Hawai'i POLST form was updated in May 2023. We encourage everyone to use the updated version of POLST. If you have the pre-May 2023 version, it remains valid and does not expire. This is a PDF of the older version.



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 Chinese traditional 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 or Advanced Practice Registered Nurse (APRN), POLST specifies the type of medical treatment that a patient wishes to receive towards the end of life.

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: www.kokuamau.org.

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.

This page is left intentionally blank

The Hawai'i POLST form was updated in May 2023. We encourage everyone to use the updated version of POLST. If you have the pre-May 2023 version, it remains valid and does not expire. This is a PDF of the older version.



**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**

夏威夷州維持生命治療醫囑

PROVIDER ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) – HAWAII

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。

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 **Allow Natural Death**)
- 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****



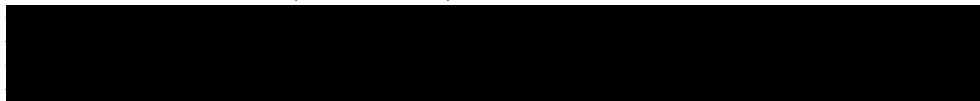

- 只選擇舒適療護：
需要時，以任何給藥方式、更換姿勢、傷口處理和其他方式以減輕疼痛和受苦；必要時可使用氧氣、抽痰及手操作方式治療呼吸道阻塞，以求舒適。只有在目前的處所無法得到足夠的舒適治療時，才要求轉院。
- 選擇性醫療處置：
除了以上所述治療外，提供醫療、抗生素，並按需要給予靜脈輸液。不做氣管內插管。可使用非侵入性的氣管維持(如持續或雙階正壓呼吸器)。若情況需要，可轉入醫院。避免接受重症療護。
- 全程急救治療：
除了以上所述治療外，如有必要，使用氣管內插管、進階呼吸道處理、人工呼吸輔助器和除顫/心臟復搏。
若情況需要，可轉入醫院。包括重症療護。
其他醫囑 _____

C
選
一
項

人工營養提供 ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION : 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： _____

The Hawai'i POLST form was updated in May 2023. We encourage everyone to use the updated version of POLST. If you have the pre-May 2023 version, it remains valid and does not expire. This is a PDF of the older version.

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:		
	<input type="checkbox"/> 法定監護人	<input type="checkbox"/> 醫療照護事前指示授權的醫療決定代理人	
	<input type="checkbox"/> 病人自訂之代理人		
	<input type="checkbox"/> 關切病人人士公推之代理人(在 E 部分簽名)		
	<input type="checkbox"/> 未成年人之父母		
醫護提供者簽名(醫師/夏威夷執照資深註冊護士)			
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: (務必填寫) 		醫護提供者執照號碼:	
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: (務必填寫) 	關係: (如為病人自己，請寫“本人”)		
姓名: (正楷填寫)			
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

病人姓名(姓, 名, 中間名):	出生日期:	性別: 男 女
------------------	-------	------------

病人的緊急聯絡人或法定代理人

姓名:	地址:	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: (務必填寫)

姓名

關係

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醫師或夏威夷執照資深註冊護士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。
- 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。

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：髌骨骨折的治療)。

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“選擇性的醫療處置”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證，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。

The Hawai'i POLST form was updated in May 2023. We encourage everyone to use the updated version of POLST. If you have the pre-May 2023 version, it remains valid and does not expire. This is a PDF of the older version.

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 - 夏威夷安寧與緩和療護機構

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 2014 年 7 月為健康部採用。

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