



EMSA #111 B
(Effective 4/1/2017)*

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

First follow these orders, then contact Physician/NP/PA. A copy of the signed POLST form is a legally valid physician order. Any section not completed implies full treatment for that section. **POLST complements an Advance Directive and is not intended to replace that document.**

Patient Last Name:	Date Form Prepared:
Patient First Name:	Patient Date of Birth:
Patient Middle Name:	Medical Record #: (optional)

A <i>Check One</i>	CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): <i>If patient has no pulse and is not breathing. If patient is NOT in cardiopulmonary arrest, follow orders in Sections B and C.</i>
	<input type="checkbox"/> Attempt Resuscitation/CPR (Selecting CPR in Section A requires selecting Full Treatment in Section B) <input type="checkbox"/> Do Not Attempt Resuscitation/DNR (Allow <u>N</u> atural <u>D</u> eath)

B <i>Check One</i>	MEDICAL INTERVENTIONS: <i>If patient is found with a pulse and/or is breathing.</i>
	<input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> <i>Trial Period of Full Treatment.</i> <input type="checkbox"/> Selective Treatment – goal of treating medical conditions while avoiding burdensome measures. 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 positive airway pressure. Generally avoid intensive care. <input type="checkbox"/> <i>Request transfer to hospital <u>only</u> if comfort needs cannot be met in current location.</i> <input type="checkbox"/> 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 use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. Request transfer to hospital <u>only</u> if comfort needs cannot be met in current location. Additional Orders: _____ _____

C <i>Check One</i>	ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: <i>Offer food by mouth if feasible and desired.</i>
	<input type="checkbox"/> Long-term artificial nutrition, including feeding tubes. Additional Orders: _____ <input type="checkbox"/> Trial period of artificial nutrition, including feeding tubes. _____ <input type="checkbox"/> No artificial means of nutrition, including feeding tubes. _____

D	INFORMATION AND SIGNATURES:	
	Discussed with:	<input type="checkbox"/> Patient (Patient Has Capacity) <input type="checkbox"/> Legally Recognized Decisionmaker
	<input type="checkbox"/> Advance Directive dated _____, available and reviewed → <input type="checkbox"/> Advance Directive not available <input type="checkbox"/> No Advance Directive	Health Care Agent if named in Advance Directive: Name: _____ Phone: _____
	Signature of Physician / Nurse Practitioner / Physician Assistant (Physician/NP/PA)	
	<i>My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the patient's medical condition and preferences.</i>	
	Print Physician/NP/PA Name:	Physician/NP/PA Phone #: Physician/PA License #, NP Cert. #:
	Physician/NP/PA Signature: (required)	
	Date:	
	Signature of Patient or Legally Recognized Decisionmaker	
	<i>I am aware that this form is voluntary. By signing this form, the legally recognized decisionmaker acknowledges that this request regarding resuscitative measures is consistent with the known desires of, and with the best interest of, the individual who is the subject of the form.</i>	
Print Name:	Relationship: (write self if patient)	
Signature: (required)	Date:	
Mailing Address (street/city/state/zip):	Phone Number:	
Your POLST may be added to a secure electronic registry to be accessible by health providers, as permitted by HIPAA.		

SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED

*Form versions with effective dates of 1/1/2009, 4/1/2011, 10/1/2014 or 01/01/2016 are also valid

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

Patient Information

Name (last, first, middle):	Date of Birth:	Gender: M F
-----------------------------	----------------	------------------------------

NP/PA's Supervising Physician

Name:	Preparer Name (if other than signing Physician/NP/PA) Name/Title:	Phone #:
-------	---	----------

Additional Contact

 None

Name:	Relationship to Patient:	Phone #:
-------	--------------------------	----------

Directions for Health Care Provider

Completing POLST

- **Completing a POLST form is voluntary.** California law requires that a POLST form be followed by healthcare providers, and provides immunity to those who comply in good faith. In the hospital setting, a patient will be assessed by a physician, or a nurse practitioner (NP) or a physician assistant (PA) acting under the supervision of the physician, who will issue appropriate orders that are consistent with the patient's preferences.
- **POLST does not replace the Advance Directive.** When available, review the Advance Directive and POLST form to ensure consistency, and update forms appropriately to resolve any conflicts.
- POLST must be completed by a health care provider based on patient preferences and medical indications.
- A legally recognized decisionmaker may include a court-appointed conservator or guardian, agent designated in an Advance Directive, orally designated surrogate, spouse, registered domestic partner, parent of a minor, closest available relative, or person whom the patient's physician/NP/PA believes best knows what is in the patient's best interest and will make decisions in accordance with the patient's expressed wishes and values to the extent known.
- A legally recognized decisionmaker may execute the POLST form only if the patient lacks capacity or has designated that the decisionmaker's authority is effective immediately.
- To be valid a POLST form must be signed by (1) a physician, or by a nurse practitioner or a physician assistant acting under the supervision of a physician and within the scope of practice authorized by law and (2) the patient or decisionmaker. Verbal orders are acceptable with follow-up signature by physician/NP/PA in accordance with facility/community policy.
- If a translated form is used with patient or decisionmaker, attach it to the signed English POLST form.
- Use of original form is strongly encouraged. Photocopies and FAXes of signed POLST forms are legal and valid. A copy should be retained in patient's medical record, on Ultra Pink paper when possible.

Using POLST

- Any incomplete section of POLST implies full treatment for that section.

Section A:

- If found pulseless and not breathing, no defibrillator (including automated external defibrillators) or chest compressions should be used on a patient who has chosen "Do Not Attempt Resuscitation."

Section B:

- When comfort cannot be achieved in the current setting, the patient, including someone with "Comfort-Focused Treatment," should be transferred to a setting able to provide comfort (e.g., treatment of a hip fracture).
- Non-invasive positive airway pressure includes continuous positive airway pressure (CPAP), bi-level positive airway pressure (BiPAP), and bag valve mask (BVM) assisted respirations.
- IV antibiotics and hydration generally are not "Comfort-Focused Treatment."
- Treatment of dehydration prolongs life. If a patient desires IV fluids, indicate "Selective Treatment" or "Full Treatment."
- Depending on local EMS protocol, "Additional Orders" written in Section B may not be implemented by EMS personnel.

Reviewing POLST

It is recommended that POLST be reviewed periodically. Review is recommended when:

- The patient is transferred from one care setting or care level to another, or
- There is a substantial change in the patient's health status, or
- The patient's treatment preferences change.

Modifying and Voiding POLST

- A patient with capacity can, at any time, request alternative treatment or revoke a POLST by any means that indicates intent to revoke. It is recommended that revocation be documented by drawing a line through Sections A through D, writing "VOID" in large letters, and signing and dating this line.
- A legally recognized decisionmaker may request to modify the orders, in collaboration with the physician/NP/PA, based on the known desires of the patient or, if unknown, the patient's best interests.

This form is approved by the California Emergency Medical Services Authority in cooperation with the statewide POLST Task Force.
For more information or a copy of the form, visit www.caPOLST.org.

SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED

Introduction to the Spanish translation of the POLST form

POLST is a medical order that gives patients more control over their care during serious illness. Printed on a bright pink form and signed by the patient and by a physician, nurse practitioner or physician assistant, POLST lists the types of medical treatment that a patient wishes to receive during serious illness.

This is a Spanish 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@capolst.org or call (916) 489-2222. To learn more about POLST, visit www.caPOLST.org.

Introducción a la traducción al español del formulario POLST

POLST es una orden médica que les da a los pacientes más control sobre su atención médica cuando tienen una enfermedad grave. Impresa en un formulario de color rosa brillante y firmada por el paciente y por un médico, una enfermera con práctica médica o un asistente médico profesional, POLST enumera los tipos de tratamiento médico que el paciente desea recibir cuando tiene una enfermedad grave.

Ésta es una traducción al español del formulario POLST de California. El formulario traducido solo se debe usar con fines educativos al conversar sobre los deseos del paciente, que se tienen que documentar en el formulario POLST. El formulario POLST firmado tiene que estar en inglés para que el personal de emergencia pueda leerlo y seguir las órdenes.

Para preguntas en inglés, envíe un mensaje por correo electrónico a info@capolst.org o llame al (916) 489-2222. Para obtener más información sobre la orden POLST, visite www.caPOLST.org.

This page is left intentionally blank.

La versión en español solo se debe usar con fines educativos (Spanish version is for educational purposes only).
 La ley HIPAA permite la revelación de las POLST a otros profesionales de atención de la salud en la medida que sea necesario



EMSA #111 B
 (En vigor a partir del 1/1/2016)*

Órdenes del médico de tratamiento para el mantenimiento de la vida (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

Primero siga estas órdenes. Luego comuníquese con el médico/NP/PA. Una copia firmada de las POLST es una orden médica legalmente válida. Cualquier sección que no esté llenada implica tratamiento completo para esa sección. **Las POLST son un complemento a una directiva anticipada y no tienen el objetivo de reemplazar ese documento.**

Apellido del paciente:	Fecha de preparación del formulario:
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Segundo nombre del paciente:	N.º de registro médico: <i>(opcional)</i>

A Resucitación cardiopulmonar (RCP): *Si el paciente no tiene pulso y no está respirando. Si el paciente NO está sufriendo un paro cardiopulmonar, seguir las órdenes en las secciones B y C.*

Marque uno

Intentar resucitación/RCP (Si selecciona RCP en la sección A **tiene que** seleccionar Tratamiento completo en la sección B)

No intentar resucitación/DNR (permitir la muerte natural)

B Intervenciones médicas: *Si el paciente se encuentra con pulso y/o está respirando.*

Marque uno

Tratamiento completo – el objetivo primario es prolongar la vida por cualquier medida que sea eficaz desde el punto de vista médico.
 Además del tratamiento descrito en Tratamiento selectivo y Tratamiento enfocado en la comodidad, usar entubación, intervenciones avanzadas en las vías respiratorias, ventilación mecánica y cardioversión según sea indicado.

Tratamiento completo durante un período de prueba.

Tratamiento selectivo – el objetivo es tratar los problemas médicos y evitar las medidas onerosas.
 Además del tratamiento descrito en Tratamiento enfocado en la comodidad, usar tratamiento médico, antibióticos intravenosos y fluidos intravenosos según sea indicado. No entubar. Se puede usar presión positiva no invasora en las vías respiratorias. Evitar en general los cuidados intensivos.

Solicitar el traslado al hospital solo si no se pueden suplir las necesidades de comodidad en la ubicación actual.

Tratamiento enfocado en la comodidad – el objetivo primario es maximizar la comodidad.
 Aliviar el dolor y el sufrimiento con medicación por cualquier medio necesario; usar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias. No usar los tratamientos indicados en Tratamiento completo y Tratamiento selectivo a menos que sean consecuentes con el objetivo de comodidad. **Solicitar el traslado al hospital solo si no se pueden suplir las necesidades de comodidad en la ubicación actual.**

Órdenes adicionales: _____

C Nutrición administrada artificialmente: *Ofrecer alimentos por boca, si es posible y deseado.*

Marque uno

Administrar nutrición artificial a largo plazo, incluyendo la alimentación por tubo. Órdenes adicionales: _____

Período de prueba de nutrición artificial, incluyendo la alimentación por tubo. _____

No administrar nutrición por medios artificiales, incluyendo la alimentación por tubo. _____

D Información y firmas:

Hablado con: Paciente (paciente tiene capacidad de hacerlo) Encargado de tomar decisiones reconocido legalmente

Directiva anticipada con fecha _____, disponible y revisada → Agente para la atención de la salud, si fue nombrado en la directiva anticipada:

Directiva anticipada no está disponible Nombre: _____

No hay una directiva anticipada Teléfono: _____

Firma del médico / Enfermera con práctica médica (NP) / Asistente médico profesional (PA) (Médico/NP/PA)

Mi firma a continuación indica que a mi mejor saber y entender estas órdenes son consecuentes con el estado médico y las preferencias del paciente.

Nombre del médico/NP/PA en letra de molde:	N.º de teléfono del médico/NP/PA:	N.º de licencia del médico/PA, N.º de Certificado de la NP:
--	-----------------------------------	---

Firma del médico/NP/PA: <i>(requerida)</i> XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Fecha:
---	--------

Firma del paciente o encargado de tomar decisiones reconocido legalmente

Sé que este formulario es voluntario. Al firmar este formulario, el encargado de tomar decisiones reconocido legalmente reconoce que este pedido relativo a medidas de resucitación es consecuente con los deseos conocidos y el mejor interés del individuo que es objeto del formulario.

Nombre en letra de molde: Firma: <i>(requerida)</i> XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Relación: <i>(escribir Si mismo si es el paciente)</i>
--	--

Firma: <i>(requerida)</i> XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Fecha:
--	--------

Dirección postal (calle/ciudad/estado/código postal):	Número de teléfono:	FOR REGISTRY USE ONLY/ PARA USO EXCLUSIVO DEL REGISTRO

Enviar el formulario con el paciente cuando sea trasladado o dado de alta

*Las versiones de los formularios con fechas de vigencia el 1/1/2009, 4/1/2011 o 10/1/2014 también son válidas.

La ley HIPAA permite la revelación de las POLST a otros profesionales de atención de la salud en la medida que sea necesario

Información del paciente

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: **M** **F**

Médico supervisor del NP/PA **Nombre de la persona que preparó el formulario (si no es el médico/NP/PA que firma)**

Nombre: _____ Nombre/Cargo: _____ Número de teléfono: _____

Contacto adicional Ninguno

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

Instrucciones para el profesional de atención de la salud

Cómo llenar las POLST

- **Llenar un formulario POLST es voluntario.** La ley de California requiere que los profesionales de atención de la salud cumplan con lo indicado en las POLST y otorga inmunidad a aquellos que las cumplan de buena fe. En el entorno hospitalario, un paciente será evaluado por un médico, o una enfermera con práctica médica (NP) o un asistente médico profesional (PA) actuando bajo la supervisión del médico, quien emitirá órdenes adecuadas congruentes con las preferencias del paciente.
- **Las POLST no reemplazan una directiva anticipada.** Cuando esté disponible, revise la directiva anticipada y el formulario POLST para verificar que sean consecuentes y actualizar los formularios de manera apropiada para resolver cualquier conflicto.
- Las POLST tienen que ser llenadas por un profesional de atención de la salud basándose en las preferencias del paciente y las indicaciones médicas.
- Un encargado de tomar decisiones reconocido legalmente podría incluir a un tutor administrativo o tutor nombrado por la corte, agente nombrado en una directiva anticipada, sustituto nombrado oralmente, cónyuge, pareja de hecho registrada, uno de los padres de un menor, pariente más cercano disponible o persona que el médico de la persona considere que conoce mejor lo que está en el mejor interés del paciente y que tomará decisiones de acuerdo a los deseos y valores expresados por el paciente en la medida que se conozcan.
- Un encargado de tomar decisiones reconocido legalmente puede ejecutar el formulario de las POLST solo si el paciente no tiene la capacidad o ha designado que la autoridad del encargado de tomar decisiones cobre vigencia inmediatamente.
- Para ser un formulario de POLST válido, tiene que ser firmado por (1) un médico, o enfermera con práctica médica o asistente médico profesional actuando bajo la supervisión de un médico, y ejerciendo funciones según lo autorizado por ley y (2) el paciente o la persona que toma decisiones en nombre del paciente. Las órdenes verbales son aceptables con una firma posterior del médico/NP/PA de conformidad con las normas de la instalación/comunidad.
- Si se usa un formulario traducido para un paciente o encargado de tomar decisiones, adjúntelo al formulario POLST en inglés firmado.
- Se recomienda enfáticamente el uso del formulario original. Las fotocopias y los facsímiles de los formularios POLST firmados son legales y válidos. Se debe archivar una copia en el registro médico del paciente, en papel Ultra Pink de ser posible.

Cómo usar las POLST

- Toda sección incompleta de las POLST implica tratamiento completo para esa sección.
- Sección A:**
- Si se encuentra sin pulso y no está respirando, no se deben usar desfibriladores (incluyendo los desfibriladores automatizados externos) ni compresiones de pecho en un paciente que seleccionó "No intentar resucitación".
- Sección B:**
- Cuando no se puede lograr la comodidad del paciente en el lugar actual, se debe trasladar al paciente, incluso si desea "tratamiento enfocado en la comodidad", a un lugar que se le puedan proporcionar comodidad (como por ejemplo, el tratamiento de una fractura de cadera).
 - La presión positiva no invasora de las vías respiratorias incluye la presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP), presión positiva en dos niveles de las vías respiratorias (BiPAP) y respiraciones asistidas por bolsa válvula máscara (BVM).
 - Los antibióticos por vía intravenosa y la hidratación en general no se consideran "Tratamiento enfocado en la comodidad".
 - El tratamiento de la deshidratación prolonga la vida. Si un paciente desea fluidos intravenosos, indique "Tratamiento selectivo" o "Tratamiento completo".
 - Dependiendo de las normas de los servicios médicos de emergencia (EMS) locales, es posible que el personal de EMS no implemente las "Órdenes adicionales" escritas en la sección B.

Revisión de las POLST

Se recomienda una revisión periódica de las POLST. Una revisión se recomienda cuando:

- se traslada al paciente de un lugar de atención o nivel de atención a otro o
- hay un cambio sustancial en el estado de salud del paciente o
- cambian las preferencias de tratamiento del paciente.

Cómo modificar y anular las POLST

- Un paciente con la capacidad para hacerlo puede solicitar que se anulen las POLST en cualquier momento, por cualquier medio que indique su intención de anularlas. Se recomienda que la anulación se registre tachando las secciones A a D con una línea, escribiendo "VOID" (nulo) en letra grande, firmando y escribiendo la fecha en esta línea.
- Una persona designada legalmente para tomar decisiones en nombre del paciente puede solicitar una modificación de las órdenes, en colaboración con el médico/NP/PA, según los deseos conocidos del paciente, o si no se conocen, el mejor interés del paciente.

Este formulario está aprobado por la Dirección de Servicios Médicos de Emergencia de California en colaboración con el grupo de trabajo POLST de todo el estado. Para obtener más información o una copia del formulario, visite www.caPOLST.org.

Enviar el formulario con el paciente cuando sea trasladado o dado de alta

Introduction to the Chinese translation of the POLST form

POLST is a medical order that gives patients more control over their care during serious illness. Printed on a bright pink form and signed by the patient and by a physician, nurse practitioner or physician assistant, POLST lists the types of medical treatment that a patient wishes to receive during serious illness.

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@capolst.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 (866) 661-5687.

加州「维持生命治疗医嘱」中文表格 简介

「维持生命治疗医嘱」是一份医生处方，它让生命末期病人在自己的医疗决定上能有更多的自主权。这是一份医生和病人共同签署的粉红色表格，明确告知病人希望接受的生命末期医疗方式。

这份加州「维持生命治疗医嘱」中文表格，仅用于方便华人了解英文所述内容以及讨论表格上的各项医疗意愿。表格必须以英文填写方具法律效力，而且急救人员也才能看得懂表格来执行医嘱。

如有任何疑问请与下列机构联络:

英文:请电邮 info@capolst.org或致电 (916) 489-2222，欲了解更多相关信息，请上网 www.caPOLST.org 查询。

中文: 美华慈心关怀联盟 admin@caccc-usa.org或致电 (866) 661-5687。欲了解更多相关信息，请上网www.caccc-usa.org查询。

This page is left intentionally blank.



EMSA #111 B
(Effective 1/1/2016)*

维持生命治疗医嘱 Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

先执行此医嘱，再联络医师/执业护理师/医师助理。完成签署的维持生命治疗医嘱是具法律效力的。任何未填写完的项目将被视为愿意接受该项的全部治疗。**维持生命治疗医嘱可以配合而非取代医疗照护事前指示的使用。**

病人姓氏:	表格填写日期:
病人名字:	病人的出生日期:
病人中间名字:	病历号码: (自由填写)

A 选一项	人工心肺复苏术 CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): 如果病人无脉搏也无呼吸: 当病人心肺功能未停止时, 遵照 B 和 C 部分的医嘱。
	<input type="checkbox"/> 施行人工心肺复苏术 (勾选本项者, 须勾选 B 部分的“全程急救治疗” Full Treatment) <input type="checkbox"/> 不施行人工心肺复苏术 (允许自然死亡 Allow Natural Death)

B 选一项	医疗处置 MEDICAL INTERVENTIONS : 如果病人当时有脉搏而且/或有呼吸。
	<input type="checkbox"/> 全程急救治疗: 以延长生命为主要目标, 使用所有有效的医疗方式。 除了“选择性医疗处置”和“舒适为主的疗护”外, 如有必要, 使用气管内插管、呼吸道处理、人工呼吸辅助器和心脏复搏。 <input type="checkbox"/> 全程治疗试用期。 <input type="checkbox"/> 选择性医疗处置: 以治疗病况为目标, 但避免过度的医疗处置。 除了“舒适为主的疗护”外, 提供医疗、静脉抗生素, 并按需要给与静脉输液。不做气管内插管。可使用非侵入性的正压呼吸器。避免接受重症疗护。 <input type="checkbox"/> 要求转院: 只限定於在目前的住所无法得到舒适的需求时。 <input type="checkbox"/> 舒适为主的疗护: 主要目标为达到最舒适的状态。 需要时, 以任何给药方式以减除疼痛和受苦; 可使用氧气、抽痰及手操作方式治疗呼吸道阻塞。除非医疗方式与舒适目标一致, 请勿使用全程急救治疗及选择性医疗处置所列举的医疗方式。 只有在目前的处所无法得到足够的舒适治疗时, 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。
	<input type="checkbox"/> 长期提供人工营养, 包括管喂食。 其他医嘱: _____ <input type="checkbox"/> 尝试提供人工营养一段时间, 包括管喂食。 _____ <input type="checkbox"/> 不使用人工方式提供营养, 包括管喂食。 _____

D	资料和签名 INFORMATION AND SIGNATURES:	
	已和下列人员讨论: <input type="checkbox"/> 病人(病人具自主能力) <input type="checkbox"/> 法律认可的医疗决定代理人	
	<input type="checkbox"/> 于(日期)_____ 填写医疗照护事前指示, 并经过审阅	医疗照护事前指示表格内的医疗决定代理人:
	<input type="checkbox"/> 拥有医疗照护事前指示, 但未带在身边	代理人姓名: _____
	<input type="checkbox"/> 没有医疗照护事前指示	代理人电话: _____
	医师/执业护理师/医师助理签名 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。	
	医师/执业护理师/医师助理姓名: (正楷填写)	医师/执业护理师/医师助理电话号 码:
	医师/执业护理师/医师助理姓名: (务必填写)	日期:
	病人或法律认定的医疗决定代理人签名 我了解此表格属于自愿性质。当此表格签署后, 法律认定之医疗决定代理人, 认同这份有关复苏术措施的要求是与病人的意愿一致, 同时也符合病人的最大利益。	
	姓名: (正楷填写) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	关系: (如为病人自己, 请写“本人”)
签名: (务必填写) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	日期:	
地址:	电话:	
FOR REGISTRY USE ONLY 注册处专用		

病人转院或出院时, 此份表格必须随同病人携带。

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。