

根据 Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, 《健康保险隐私及责任法案》) 之规定, 准许出于必要的治疗目的, 向专业医疗服务人员和电子注册处披露所需的信息

## 俄勒冈州 POLST™

### Portable Orders for Life-Sustaining Treatment\*

敬请遵照这些医嘱, 直至其发生调整。对于任何未填写的部分, 表示该部分采取全面治疗。

患者姓氏:	后缀:	患者名字:	患者中间名:
首选姓名:	出生日期: (月/日/年) ____/____/____	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> X	MRN (选填)

地址: (街道/城市/州邮编):

#### A 心肺复苏术 (CPR): 无反应、无脉搏及无呼吸。

请勾选  
一项

尝试心肺复苏术/CPR  不尝试心肺复苏术/DNR

若患者未发生心脏骤停, 请遵循 B 中的医嘱。

#### B 医疗干预: 若患者有脉搏和呼吸。

请勾选  
一项

Comfort Measures Only (仅需采取舒适护理措施)。通过任何途径使用任何药物、定位、伤口护理及其他措施, 提供缓解疼痛和痛苦的治疗。根据需要采取输氧、抽吸及人工方法治疗气道阻塞, 以确保呼吸顺畅。患者不愿转至医院接受生命维持治疗。若当前所处地点无法满足身体感觉舒适的需求, 则应转至医院。

治疗计划: 通过症状管理提供舒适治疗。

有限治疗。除 Comfort Measures Only 中所述的护理外, 还可根据需要采用医学治疗、抗生素、静脉输液及心脏监护仪等。不要使用插管、高级气道干预或机械通气。可考虑微创性气道支持 (例如 Continuous Positive Airway Pressure (CPAP, 持续气道正压通气系统)、Bilevel Positive Airway Pressure (BiPAP, 双水平气道内正压系统))。如有需要, 可转至医院。一般避免进入重症监护室。

治疗计划: 提供基本医学治疗。

全面治疗。除“Comfort Measures Only”中所述的护理和有限治疗外, 还可根据需要使用插管、高级气道干预及机械通气。如有需要, 可转至医院及/或进入重症监护室。

治疗计划: 采取所有治疗, 包括使用呼吸机。

其他医嘱: \_\_\_\_\_

#### C 提供下列人员的证明文件, 以供审阅 请参见背面, 了解更多信息。

请勾选  
所有适用项

- |                                       |                                                                      |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 患者           | <input type="checkbox"/> 患有发育障碍或严重心理健康疾病者的代理人 (注: 关于填表的特殊要求 - 请参见背面) |
| <input type="checkbox"/> 未成年人的父母      | <input type="checkbox"/> 亲属或好友 (无需书面任命)                              |
| <input type="checkbox"/> 预先医疗指示上的指定人员 |                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 法院指定的监护人     |                                                                      |

与之商讨者 (请列出所有姓名及与此人的关系): \_\_\_\_\_

#### D 父母或代理人签名

签名: <u>建议的</u>	姓名 (请正楷书写)	关系 (若为患者本人, 请填写“本人”)
----------------	------------	----------------------

除非患者选择拒绝, 否则此表将寄送到 POLST 登记处。若选择拒绝, 请勾选“拒绝”选框

#### E MD / DO / NP / PA / ND 认证 (必填)

必须  
正楷  
书写  
姓名、  
签名及  
注明  
日期

**NOT A VALID POLST FORM**  
**Signed POLST form must be in English**

转院或出院时将此表交予患者

若患者未在 D 部分选择拒绝, 则向登记处提交此表的正反两面副本