

根據 Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, 《健康保險隱私及責任法案》) 之規定, 准許出於必要的治療目的, 向專業醫療服務人員和電子註冊處披露所需的資訊

俄勒岡州 POLST™
Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*

敬請遵照這些醫囑, 直至其發生調整。對於任何未填寫的部分, 表示該部分採取全面治療。

患者姓氏:	尾碼:	患者名字:	患者中間名:
首選姓名:	出生日期: (月/日/年) ____/____/____	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> X	MRN (選填)

地址: (街道/城市/州郵遞區號):

A 心肺復蘇術 (CPR): 無反應、無脈搏及無呼吸。
請勾選一項
 嘗試心肺復蘇術/CPR 不嘗試心肺復蘇術/DNR
若患者未發生心臟驟停, 請遵循 B 中的醫囑。

B 醫療干預: 若患者有脈搏和呼吸。
請勾選一項
 Comfort Measures Only (僅需採取舒適護理措施)。通過任何途徑使用任何藥物、定位、傷口護理及其他措施, 提供緩解疼痛和痛苦的治療。根據需要採取輸氧、抽吸及人工方法治療氣道阻塞, 以確保呼吸順暢。患者不願轉至醫院接受生命維持治療。若當前所處地點無法滿足身體感覺舒適的需求, 則應轉至醫院。
治療計畫: 通過症狀管理提供舒適治療。
 有限治療。除 Comfort Measures Only 中所述的護理外, 還可根據需要採用醫學治療、抗生素、靜脈輸液及心臟監護儀等。不要使用插管、高級氣道干預或機械通氣。可考慮微創性氣道支援 (例如 Continuous Positive Airway Pressure (CPAP, 持續氣道正壓通氣系統)、Bilevel Positive Airway Pressure (BiPAP, 雙水準氣道內正壓系統))。如有需要, 可轉至醫院。一般避免進入重症監護室。
治療計畫: 提供基本醫學治療。
 全面治療。除「Comfort Measures Only」中所述的護理和有限治療外, 還可根據需要使用插管、高級氣道干預及機械通氣。如有需要, 可轉至醫院及/或進入重症監護室。
治療計畫: 採取所有治療, 包括使用呼吸機。
其他醫囑: _____

C 提供下列人員的證明文件, 以供審閱 請參見背面, 瞭解更多資訊。
請勾選所有適用項
 病患 患有發育障礙或嚴重心理健康疾病者的代理人 (注: 關於填表的特殊要求 - 請參見背面)
 未成年人的父母 親屬或好友 (無需書面任命)
 預立醫囑上的委任人員
 法院指定的監護人
與之商討者 (請列出所有姓名及與此人的關係): _____

D 父母或代理人簽名
簽名: 建議的 姓名 (請正楷書寫) 關係 (若為患者本人, 請填寫「本人」)
除非患者選擇拒絕, 否則此表將寄送到 POLST 登記處。若選擇拒絕, 請勾選「拒絕」選框

E MD / DO / NP / PA / ND 認證 (必填)
必須正楷書寫姓名、簽名及注明日期
NOT A VALID POLST FORM
Signed POLST form must be in English

轉院或出院時將此表交予患者
若患者未在 D 部分選擇拒絕, 則向登記處提交此表的正反兩面副本