

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

请勾选  
一项

**心肺复苏术 (CPR): 无反应、无脉搏及无呼吸。**

尝试心肺复苏术/CPR

不尝试心肺复苏术/DNR

必须在 B 部分中勾选“全面治疗”。

若患者未发生心脏骤停, 请遵循 B 中的医嘱。

#### B

请勾选  
一项

**医疗干预: 在患者有脉搏和呼吸时。**

**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。**

**选择性治疗。**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”中所述的护理和选择性治疗外, 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

请勾选  
所有适用项

**讨论对象: (必填)**

患者

亲属、好友或其他赡养人 (无需书面任命) - 针对患有智力或发育障碍的人士关于填写完成方面的额外要求, 请参见背面。

未成年人的父母

预先医疗指示上的指定人员

法院指定的监护人

列明所有姓名和关系: \_\_\_\_\_

#### D

**患者确认 (建议但非必须)**

签名:

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。如欲选择拒绝, 请勾选此处。

#### E

必须  
正楷  
书写  
姓名、  
签名及  
注明  
日期

**MD / DO / NP / PA / ND 认证 (必填)**

**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