

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

必須在 B 部分中勾選「全面治療」。

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：在患者有脈搏和呼吸時。

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。

選擇性治療。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」中所述的護理和選擇性治療外，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 討論對象：(必填)

請勾選
所有適
用項

病患

患親屬、好友或其他瞻養人 (無需書面任命) - 針對患有智力或發育障礙的人士關於填寫完成方面的額外要求，請參見背面。

未成年人的父母

預立醫囑上的委任人員

法院指定的監護人

列明所有姓名和關係：_____

D 患者確認 (建議但非必須)

簽名：

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。如欲選擇拒絕，請勾選此處。

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