

Introduction to the Simplified Chinese translation of the POST form

POST is a medical order form that gives patients more control over their care during serious illness. POST is used to document a patient's treatment preferences as medical orders. It specifies the types of medical treatment that a patient does and does not want. The orders are signed by the patient, their legal representative, or proxy as well as by the treating practitioner (physician, advanced practice nurse, or physician assistant). POST is for patients with advanced chronic progressive illness, advanced frailty, terminal conditions, or those unlikely to benefit from cardiopulmonary resuscitation. It is not for healthy adults. Use of the POST is voluntary—a patient cannot be required to have a POST form.

This is a Simplified Chinese translation of the Indiana POST form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient's preferences documented on the POST form. The signed POST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For additional information in English, visit www.indianapost.org. Questions can be submitted through the “contact us” link on that same website.

POST表格的中文翻译简介

POST是一种医疗指令，可以让患者在严重疾病期间更好地掌控他们的护理。POST作为医疗指令用于记录患者的治疗首选项，它规定了患者想要和不想要的医疗类型。这些指令由患者、其合法代表或代理人以及主治医师（医师、高级执业护士或医师助理）签署。POST适用于患有晚期慢性进行性疾病、晚期衰竭、终末期疾病或不太可能从心肺复苏中获益的患者。它不适合健康的成年人。使用POST是自愿的 - 不能要求患者使用POST表格。

这是印第安纳州POST表格的简体中文翻译。翻译表格仅用于教育目的，仅在讨论POST表格中记录的患者首选项时使用。经签名的POST表格必须是英文，以便急救人员可以阅读并遵守指令。

有关英文版本的其他信息，请访问www.indianapost.org。可以通过同一网站上的“联系我们”链接提交问题。



印第安纳州治疗范围医嘱 (PHYSICIAN ORDERS FOR SCOPE OF TREATMENT, POST)

翻译基于州55317 (R5 / 1-23) 表
印第安纳州卫生部 – IC 16-36-6

说明: 本表是有关治疗范围的医嘱。应当根据有关患者当前病情和首选的讨论填写。填写本表是自愿性的，不得要求患者必须填写POST表格。每当患者的病情发生变化，就应当审查POST表格。患者可以随时请求医疗保健提供者撤销POST表格。如果患者缺乏决策能力，法定代表或代理人（如果没有法定代表）可以代表患者填写POST表格及/或请求医疗保健提供者撤销POST表格。任何未填写的部分意味着该部分接受完全治疗。《健康保险便利和责任法案》（HIPAA）允许在必要时因治疗向医疗保健专业人员披露信息。表格原件属于患者的个人财产。本表的传真、纸质或电子副本均为有效的表格。

患者姓氏（必填）		患者名字（必填）		中间名缩写
出生日期（月/日/年）		病历号	准备日期（月/日/年）	
病人首选项编号： 以下部分（A至D）是患者目前对治疗范围的首选项。				
A 勾选一项	心肺复苏（CPR）： 患者没有脉搏并且没有呼吸。（必填） <input type="checkbox"/> 尝试复苏/ CPR <input type="checkbox"/> 不要尝试复苏/ DNR 如果没有出现心跳呼吸骤停，请遵循 B、C和D 医嘱。			
B 勾选一项	医疗干预： 如果患者有脉搏 并且 有呼吸， 或者 有脉搏 但 没有呼吸。 <input type="checkbox"/> <u>舒缓措施（允许自然死亡）：</u> 治疗目标：通过控制症状，尽量增加舒适。通过用药途径、定位、伤口护理和其他措施，来减轻疼痛和痛苦。使用氧气、抽吸和人工治疗清除气道阻塞，根据需要提供患者舒适。患者不想转送到医院接受维持生命治疗。仅在当前场所不能满足患者需求的舒适时，才转送到医院。 <input type="checkbox"/> <u>有限的额外干预：</u> 治疗目标：稳定身体状况。除了上述舒缓措施中所述的护理外，根据需要采取医疗稳定措施、静脉注射液（水合）和心脏监测器，以稳定身体状况。可以使用基本的气道管理技术和非侵入式气道正压通气。不要插管。如有需要，转送到医院以管理医疗需求或提供舒适。尽可能避免重症监护。 <input type="checkbox"/> <u>全面干预：</u> 治疗目标：全面干预，包括重症监护病房的维持生命措施。除了上述舒缓措施和有限的额外干预中描述的护理外，还在需要时使用气管插管、高级气道干预和机械通气。如果需要，转移到医院和/或重症监护病房以满足医疗需求。			
C 勾选一项	抗生素： <input type="checkbox"/> 只有在通过其他方式无法完全提供舒适时才使用抗生素治疗感染。 <input type="checkbox"/> 使用符合治疗目标的抗生素。			
D 勾选一项	服用人工营养素： 如果可行的话，始终提供口服的食物和流食。 <input type="checkbox"/> 无人工营养。 <input type="checkbox"/> 插管送服人工营养的限定试用期。（试用期：_____ 目标：_____） <input type="checkbox"/> 长期人工营养。			
可选补充医嘱：				
签名页： 此表单有两（2）页，两页都必须提供。下一页包含POST表单生效所需的签名。				

患者姓名：_____ 出生日期（月/日/年）：_____

	患者、合法代表或代理人签名： 为了使POST表格生效，患者或合法代表或代理人必须在下方的表格签字并注明日期。		
E	患者、合法代表或代理人签名 我在下方的签名表明，医生、高级执业注册护士或医生助理（或其指定人员）已与我讨论上述医嘱，所选择的医嘱正确地代表了在本次讨论中作出的决定。		
	签名（必填） XXXXXXXXXXXXXXXX	印刷体姓名（必填） XXXXXXXXXXXXXXXX	日期（月/日/年）（必填）
F	E部分合法代表或代理人联系信息（如适用）： 如果上述签名不是患者的签名，请添加代表或代理人的联系信息。		
	如果患者没有能力，E部分确定的代表或代理人关系	地址（门牌号及街道、城市、州以及邮政编码）	电话号码
	医嘱： POST表格只能由患者的主治医师、高级执业注册护士或医师助理签署，并仅限以下情况： (1) 主治医师、高级执业注册护士或医师助理已确定： (A) 患者符合资格；且 (B) 患者POST表格中包含的医疗指令合理且在医学上适合患者；且 (2) 符合资格的患者、代表或代理人已在POST表格上签名并注明日期 符合资格的患者至少符合以下(1)个条件： (1) 晚期慢性进行性疾病。 (2) 晚期慢性进行性衰竭。 (3) 由伤害或疾病引起的状况，从合理的医学确定程度来看： (A) 没有恢复的可能； (B) 如果不提供延长生命的程序，将在短时间内因疾病死亡。 (4) 一种身体状况，如果此人患有心脏或肺功能衰竭，则复苏不会成功，或者在短时间内该患者将反复经历心脏或肺功能衰竭而导致死亡。		
G	讨论文件：与以下人士讨论医嘱（勾选一项）： <input type="checkbox"/> 患者（患者有能力） <input type="checkbox"/> 医疗保健代表 <input type="checkbox"/> 法定监护人 <input type="checkbox"/> 未成年人的父母 <input type="checkbox"/> 医疗保健委托书 <input type="checkbox"/> 代理人		
H	主治医师/高级执业注册护士/医师助理签名 本人在下方的签名表明，本人或本人的指定人员已经根据患者的健康状况，与患者、患者的代表或代理人讨论了患者的目标和适用的治疗方案。本人以下签名表明，据本人所知，这些医嘱与患者当前的身体状况和首选项一致。		
	主治医师/ APRN / PA签名（必填） XXXXXXXXXXXXXXXX	主治医师/ APRN / PA印刷体姓名（必填） XXXXXXXXXXXXXXXX	日期（月/日/年）（必填）
	医师/ APRN / PA办公室电话号码	医师/ APRN / PA执照号码	如果不是医生/ APRN / PA，准备表格的医疗保健专业人员
I	委任医疗保健代表： 作为患者，您可以根据IC 16-36-7选择指定某个人作为您的医疗保健代表。您无需指定医疗保健代表，此POST表格即可生效。我们鼓励您咨询您的律师或其他合格人士，来了解适用您的医疗护理事前指示书。有关医疗护理事前指示书的表格和其他信息可在IDOH网站上找到 https://www.in.gov/health/cshcr/indiana-health-care-quality-resource-center/advance-directives-resource-center/ 。		