



L.I.F.E. 文件

紧急情况下救生信息

(LIFESAVING INFORMATION FOR EMERGENCIES)



说明

L.I.F.E. 能够让急救医务人员在危机时刻快速找到有关您病史的有用信息。保持此信息的最新状态、准确并将其存放在**冰箱**上显眼位置是非常重要的。

1. 请完整填写 L.I.F.E. 文件表。
2. 折叠 L.I.F.E. 文件表并将其放在磁性袋内。
3. 在袋内附上任何预嘱（DNR、POLST、生前遗嘱等）文件的副本。
4. 将 L.I.F.E. 袋挂在门上或您**冰箱**侧面。

L.I.F.E. 文件包由圣克拉拉县紧急医疗服务作为公共服务免费提供。您可通过联系本地消防部门或圣克拉拉县急诊救护部门获取。如需空白的 L.I.F.E 文件表，请访问圣克拉拉县 EMS www.sccemsagency.org

个人信息

姓名：_____ 出生日期：_____

地址：_____ 性别： 男 女

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____

电话号码：_____ 首选医院：_____

首选语言：_____ 体重：_____ 磅（或）_____ 千克

医疗保险：_____ 保险编号 _____

预嘱（DNR、POLST、生前遗嘱、持久授权书等）： 有 无

如需更多医疗护理预嘱信息，请访问 www.sccemsagency.org

医生姓名：_____ 电话：_____

紧急联系信息

姓名：_____ 关系：_____

地址：_____ 电话号码：_____

姓名：_____ 关系：_____

地址：_____ 电话号码：_____

表格完成日期：_____ 表格更新日期：_____

病史

疾病（请勾选所有适用项）： 中风 心脏病 失智症
 糖尿病 慢性阻塞性肺病 哮喘 肺气肿 高血压 癫痫

其他疾病（内科或外科）：

透析时间表（请圈出）：周一 周二 周三 周四 周五 周六 周日 上午 下

午 透析分流管： 左 右 两侧

过敏症（药物或环境）：

药物

药物名称	剂量	频率

其他信息：（请填写任何注释或说明，这在个人急救期间对应急人员的协助方面非常有用）