

አሪጎን POLST™ Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*

ትእዛዞች እስኪቀየሩ ድረስ እነዚህን የህክምና ትዕዛዞች ይከተሉ። ማንኛውም ያልተጠናቀቀ ክፍል ለዚያ ክፍል ሙሉ ህክምናን ያመለክታል።

የታካሚ የመጨረሻ ስም፡-	ተቀጥያ፡-	የታካሚ የመጀመሪያ ስም፡-	የታካሚ መካከለኛ ስም፡-
ተመራጭ ስም፡-	የትውልድ ቀን፡- (ወ/ወ/ቀ/ዓ/ዓ/ዓ)	ጾታ፡- <input type="checkbox"/> ወ <input type="checkbox"/> ሴ <input type="checkbox"/> X	MRN (አማራጭ)

አድራሻ፡ (ጎዳና/ ከተማ/ የስቴት ዚፕ)፡-

ሀ	የካርዲዮፕራምናሪ እንደገና ማነቃቃት (CPR): ምላሽ የማይሰጥ፣ የልብ ምት የሌለው፣ እና የማይተናፍስ።
አንድ ላይ ምልክት ያድርጉ	<input type="checkbox"/> እንደገና ማነቃቃያ ይደሞክሩ/CPR <input type="checkbox"/> እንደገና ማነቃቃያ አይደሞክሩ/DNR ታካሚው ካርዲዮፕራምናሪ ከሌለው፣ በ ለ ውስጥ ያሉትን ትዕዛዞች ይከተሉ።

ለ	የህክምና ጣልቃገብነቶች፡- ታካሚው የልብ ምት ካለው እና እየተነሳሰ ከሆነ።
አንድ ላይ ምልክት ያድርጉ	<input type="checkbox"/> Comfort Measures Only (የምችት እርምጃዎች ብቻ)። ማንኛውንም መድሃኒት በማንኛውም መንገድ፣ አቀማመጥ፣ የቁስል እንክብካቤ እና ሌሎች እርምጃዎችን በመጠቀም ህመምን እና ስቃይን ለማስታገስ ህክምናዎችን ይሰጡ። ለምችት እንደ አስፈላጊ የአየር ትቦን አክሲድን፣ መሳቢያ እና በእጅ የሚደረግ ሕክምናን ይጠቀሙ። ታካሚው የህይወትን እድን ህክምናዎችን ለማድረግ ወደ ሆስፒታል መተላለፍን አይመርጥም። የምችት ፍላጎቶች አሁን ባለው ቦታ ላይ ለሚሉ የማይችሉ ከሆነ ያስተላልፉ። የህክምና እቅድ፡- ለምችት የሚሆኑ ህክምናዎችን ምልክቶችን በመቆጣጠር ያቅርቡ።
	<input type="checkbox"/> የተገደበ ህክምና። በ Comfort Measures Only ከተገለጸው እንክብካቤ በተጨማሪ፣ በተመለከተው መሰረት ህክምናዎችን፣ መድሃኒቶችን፣ IV ፈሳሾችን እና የልብ መቆጣጠሪያን ይጠቀሙ። ምንም ወይ ውስጥ የገባ ቱቦ፣ የላቀ የአየር መተላለፊያ ጣልቃገብነት፣ ወይም የሜካኒካል አየር ማናፈሻ የለም። ያነሰ ጣልቃገብነት ያላቸው የአየር መተላለፊያ ድጋፍን (ለምሳሌ፡- Continuous Positive Airway Pressure (CPAP፣ ቀጣይ አዎንታዊ የአየር መተላለፊያ ግፊት)፣ Bilevel Positive Airway Pressure (BiPAP፣ ባይሌቭል አዎንታዊ የአየር መተላለፊያ ግፊት)) ከግምት ውስጥ ማስገባት ይችላል። ከተመለከቱ ወደ ሆስፒታል ያስተላልፉ። በአጠቃላይ ከፀኑ እንክብካቤ ክፍል ይራቁ። የህክምና እቅድ፡- መሰረታዊ የህክምናዎችን ማቅረብ።
	<input type="checkbox"/> ሙሉ ህክምና። በ Comfort Measures Only ከተገለጸው እንክብካቤ እና በተገደቡ ህክምናዎች ከተገለጸው በተጨማሪ፣ በተመለከተው መሰረት ወደ ውስጥ የሚገባ ቱቦ፣ የላቀ የአየር መተላለፊያ ጣልቃገብነት እና ሜካኒካል አየር ማናፈሻን ይጠቀሙ። ከተመለከቱ ወደ ሆስፒታል እና/ወይም ጽኑ እንክብካቤ ክፍል ይዘዋወሩ። የህክምና እቅድ፡- የመተንፈሻ ማሽንን ጨምሮ ሁሉም ሕክምናዎች።
	ተጨማሪ ትዕዛዞች፡- _____

ሐ	ለውይይት የተገኙ ሰዎች ማንነት ስነድ ለማክል / መረጃ ግልባጭን ይመልከቱ።
ምልክት ያድርጉ የሚመለከታቸው ሁሉ ላይ	<input type="checkbox"/> ታካሚ <input type="checkbox"/> የእድገት እክል ላለባቸው ወይም ከፍተኛ የአእምሮ ጤና ችግር ላለባቸው ታካሚ ተወካይ (ማስታወሻ፡- ለማጠናቀቅ ልዩ መሰፈርቶች - በጀርባ ያለውን ይመልከቱ) <input type="checkbox"/> ለአካለ መጠን ያልደረሰ ልጅ ወላጅ <input type="checkbox"/> ዘመድ ወይም ጓደኛ (ያለ የጽሁፍ ቀጠር) <input type="checkbox"/> በቅድሚያ መመሪያ የተሾመ ሰው <input type="checkbox"/> በፍርድ ቤት የተሾመ ጠባቂ የተወያየው ከ (ሁሉንም ስሞች እና ግንኙነቶች ይዘርዘሩ) _____

መ	የታካሚው ወይም የተወካዩ ፊርማ		
	ፊርማ፡- <u>የሚመከር</u>	ስም (እትም)	ግንኙነት (ታካሚ ከሆኑ "ራሴ" በማለት ይጻፉ)
	ይህ ቅጽ ታካሚው በራሱ ፍቃድ መርጦ መውጣት ካልፈለገ በስተቀር ወደ POLST መዝገብ ቤት ይላካል፣ ይህ ከሆነ መርጦ ውጣ የሚለውን ሳጥን ያረጋግጡ። <input type="checkbox"/>		

ሠ	የ MD / DO / NP / PA / ND ማስረጃ (አስፈላጊ)
----------	---------------------------------------

NOT A VALID POLST FORM

Signed POLST form must be in English

በሚዘዋወርበት ወይም በሚወጣበት ጊዜ ቅጹን ከታካሚው ጋር ይላኩ
በክፍል መ ውስጥ ታካሚው ፈልጎ ካልወጣ የቅጹን ሁለቱም ገጽ ቅጂ ወደ መዝገብ ቤት የስጡ

* Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) ትዕዛዞች ለሕይወት-ማቆያ ሕክምና በመጣላቸው ይታወቃሉ