

برنامج POLST™ في ولاية أوريغون
*Portable Orders for Life-Sustaining Treatment

يُرجى اتباع هذه الأوامر الطبية حتى يتم تغييرها. يعني أي قسم غير مكتمل توفير العلاج كاملاً لهذا القسم.

الاسم الأخير للمريض:	الاسم الأول للمريض:	الاسم الأوسط للمريض:
الاسم المُفضَّل:	تاريخ الميلاد: (يوم/شهر/سنة)	النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير مُحدد
العنوان (الشارع/المدينة/الرمز البريدي للولاية):	MRN (اختياري)	

أ	الإنعاش القلبي الرئوي (CPR): لا يستجيب المريض، ولا ينبض، ولا يتنفس.
حَدِّد خياراً واحداً	<input type="checkbox"/> محاولة إجراء عملية الإنعاش/CPR إذا لم يكن المريض في حالة توقف قلبي رئوي (سكتة قلبية)، فاتباع الأوامر الواردة في القسم ب.
	<input type="checkbox"/> عدم محاولة إجراء عملية الإنعاش/DNR

ب	التدخلات الطبية: إذا كان المريض ينبض ويتنفس.
حَدِّد خياراً واحداً	<input type="checkbox"/> Comfort Measures Only (تدابير تخفيف الألم فقط). توفير طرق العلاج المختلفة لتخفيف الألم والمعاناة من خلال استخدام أي من أنواع الأدوية بأي وسيلة، وبأي وضعية، والعناية بالجروح وغير ذلك من التدابير اللازمة. واستخدام الأكسجين وتدابير الشفط والمعالجة البدوية لإزالة انسداد مجرى الهواء حسب الحاجة لتوفير الراحة. يُفضَّل المريض عدم نقله إلى المستشفى لتلقي العلاجات التي تحافظ على حياته وتبقيه على قيد الحياة. يتم نقل المريض إلى المستشفى إذا لم يتم استيفاء التدابير اللازمة لتخفيف الألم وتوفير الراحة في المكان الحالي.
	<input type="checkbox"/> خطة العلاج: توفير العلاجات اللازمة لتوفير الراحة من خلال إدارة الأعراض.
	<input type="checkbox"/> العلاج الجزئي. بالإضافة إلى طرق الرعاية الموضحة في الخيار "Comfort Measures Only"، يتم استخدام العلاج الطبي، والمضادات الحيوية، والسوائل والمحاليل الوريدية، وجهاز مراقبة القلب على النحو الموصى به. لا يتم وضع أنابيب، أو استخدام وسائل التدخل المتقدمة في مجرى التنفس، أو تدابير التنفس الميكانيكية. يمكن أخذ تدابير دعم مجرى التنفس الأقل توسعاً في الاعتبار (على سبيل المثال، CPAP (ضغط مجرى الهوائي الإيجابي) و BiPAP (ضغَطُ المجرى الهوائي ثنائي المستوى)). يتم نقل المريض إلى المستشفى إذا تمت الإشارة إلى ذلك. بشكل عام، يتم تجنب اللجوء إلى وحدة العناية المركزة.
	<input type="checkbox"/> خطة العلاج: توفير العلاجات الطبية الأساسية.
	<input type="checkbox"/> العلاج الشامل. بالإضافة إلى وسائل وطرق الرعاية الموضحة في الخيار "Comfort Measures Only" والخيار "العلاج الجزئي" أعلاه، يتم استخدام تدابير وضع أنابيب، أو استخدام وسائل التدخل المتقدمة في مجرى التنفس، أو تدابير التنفس الميكانيكية على النحو الموصى به. يتم نقل المريض إلى المستشفى و/أو إدخاله إلى وحدة العناية المركزة إذا تمت الإشارة إلى ذلك.
	<input type="checkbox"/> خطة العلاج: توفير جميع العلاجات، بما في ذلك جهاز التنفس.

ج	أوامر إضافية:
حَدِّد جميع ما ينطبق	الوثائق الخاصة بالشخص الذي حضر المناقشة
	<input type="checkbox"/> المريض
	<input type="checkbox"/> ولي أمر الشخص القاصر
	<input type="checkbox"/> الشخص المُعيَّن بناءً على توجيهات مسبقة
	<input type="checkbox"/> الوصي الذي تعينه المحكمة
	<input type="checkbox"/> الوكيل القانوني للمريض الذي يعاني من إعاقات في النمو أو حالة صحية ذهنية خطيرة (ملاحظة: متطلبات خاصة لإكمال الوثائق - انظر الجانب الخلفي)
	<input type="checkbox"/> قريب أو صديق (بدون أمر تعيين مكتوب)
	تمت المناقشة مع (اذكر جميع الأسماء وعلاقتهم بالمريض)

د	توقيع المريض أو الوكيل القانوني
	التوقيع: مُستحسن
	الاسم (مكتوب بأحرف واضحة)
	العلاقة (اكتب "نفسه" إذا كان التوقيع للمريض)

سيتم إرسال هذا النموذج إلى سجل برنامج POLST ما لم يرغب المريض في إلغاء مشاركته، وإذا كان الأمر كذلك، فحذف مربع إلغاء المشاركة

شهادة الطبيب / طبيب العظام / ممرض (ة) / ممارس (ة) / مساعداً (ة) الطبيب / طبيب العلاج الطبيعي (مطلوب)

NOT A VALID POLST FORM

Signed POLST form must be in English

أرسل النموذج مع المريض متى تم نقله أو خروجه من المستشفى
أرسل نسخة من كلا وجهي النموذج إلى السجل إذا لم يقم المريض بإلغاء المشاركة في القسم د