

Oregon POLST™

Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*

Suivez ces ordres médicaux jusqu'à ce que ces ordres changent. Toute rubrique non remplie implique un traitement complet pour cette rubrique.

Nom du patient :	Suffixe :	Prénom du patient :	Deuxième prénom du patient :
Nom d'usage :	Date de naissance : (mm/jj/aaaa) ____ / ____ / ____	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	MRN (facultatif)

Adresse : (rue/ ville/ code postal) :

A <small>Cocher une option</small>	CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR) : <i>Ne réagit pas, n'a pas de pouls et ne respire pas.</i>	
	<input type="checkbox"/> Tenter de réanimer/RCP	<input type="checkbox"/> Ne pas tenter de réanimer/DNR

Si le patient n'est pas en arrêt cardio-pulmonaire, suivez les ordres de la rubrique B.

B <small>Cocher une option</small>	INTERVENTIONS MÉDICALES : <i>Si le patient a un pouls et respire.</i>	
	<input type="checkbox"/> Comfort Measures Only (mesures de confort uniquement). Fournir des traitements pour soulager la douleur et la souffrance en utilisant tout médicament par n'importe quelle voie d'administration, modifier le positionnement, soigner les plaies et autres mesures. Administrer de l'oxygène, aspirer et traiter manuellement l'obstruction des voies respiratoires en fonction des besoins aux fins de confort. Le patient préfère ne pas être transféré à l'hôpital pour des traitements de maintien en vie. Transférer si les besoins de confort ne peuvent pas être satisfaits dans l'établissement actuel. Plan de traitement : Fournir des traitements de confort en traitant les symptômes.	

Traitement limité. En plus des soins décrits dans la rubrique Comfort Measures Only, administrer un traitement médical, des antibiotiques, des liquides par voie intraveineuse et appliquer une surveillance cardiaque selon les indications. Pas d'intubation, d'intervention avancée sur les voies respiratoires ou de ventilation mécanique. Possibilité d'envisager une assistance respiratoire moins invasive (par ex., ventilation à pression positive continue (CPAP), Ventilation en pression positive biphasique intermittente (BiPAP). **Transférer à l'hôpital si indiqué. En règle générale, éviter l'unité de soins intensifs.**
Plan de traitement : Fournir des traitements médicaux de base.

Traitement complet. En plus des soins décrits dans la rubrique Comfort Measures Only et Traitement limité, pratiquer l'intubation, des interventions avancées sur les voies respiratoires et une ventilation mécanique selon les indications.
Transférer à l'hôpital et/ou en unité de soins intensifs si indiqué.
Plan de traitement : Tous les traitements, y compris un ventilateur.

Ordres supplémentaires : _____

C <small>Cocher Toutes les options qui s'appliquent</small>	DOCUMENTATION DES PERSONNES PRÉSENTES LORS DE LA DISCUSSION : <i>Voir verso pour informations supplémentaires.</i>	
	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Parent si le patient est mineur <input type="checkbox"/> Personne désignée sur la directive anticipée <input type="checkbox"/> Tuteur désigné par le tribunal Discussion avec (indiquer les noms et relations) : _____	<input type="checkbox"/> Représentant, si le patient est atteint de troubles du développement ou de troubles mentaux importants (Remarque : conditions particulières pour remplir la rubrique - voir au verso) <input type="checkbox"/> Parent ou ami (sans désignation par écrit)

D	SIGNATURE DU PATIENT OU SON REPRÉSENTANT		
	Signature : <u>recommandée</u>	Nom (lettres capitales) :	Relation (indiquer « patient » s'il s'agit du patient) :

Ce formulaire sera envoyé au registre POLST, sauf si le patient s'y oppose, auquel cas, cocher la case de refus

E <small>Inscrire le nom en lettres capitales, signer et Date</small>	ATTESTATION OF MD / DO / NP / PA / ND (REQUIRED)	
	NOT A VALID POLST FORM Signed POLST form must be in English	