

오리건주 POLST™
Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*

지시가 변경되기 전까지는 이 의료 지시를 따르십시오. 작성되지 않은 부분은 해당 섹션에 대해 전체 치료를 희망한다는 의미입니다.

환자 성:	호칭:	환자 이름:	환자 중간 이름:
선호하는 이름:	생년월일: (월/일/연도)	성별: <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> x	MRN(선택 사항)

주소: (주/ 시/ 우편번호):

A 섹션: 심폐소생술 (CPR): *반응이나 맥박이 없고 호흡하지 않는 경우*
 심폐소생술/CPR 시도 심폐소생술/CPR 거부
환자가 심폐정지 상태가 아닌 경우, B의 지시를 따릅니다.

B 섹션: 의료 개입: *환자가 맥박이 있고 호흡을 하는 경우*

Comfort Measures Only(편안함을 위한 조치). 모든 경로, 체위 변경, 상처 치료 및 기타 조치와 약물 사용을 통해 통증과 고통을 완화하는 치료를 합니다. 편안함을 위해 필요 시 산소, 흡인 및 기도 폐색에 대한 수동 치료를 합니다. **환자는 연명 치료를 위해 병원으로 이송되는 것을 선호하지 않습니다. 현재 위치에서 충분히 편안함을 제공할 수 없을 경우에 이송합니다.**
치료 계획: 증상 관리를 통해 편안함을 느낄 수 있도록 치료를 합니다.

제한적 치료. Comfort Measures Only에 명시된 조치 외에도, 지시에 따라 의료 치료, 항생제, IV 수액 및 약물, 심장 모니터를 사용합니다. 삽관, 전문 기도 유지술, 인공 호흡기를 사용해서는 안 됩니다. 덜 침습적인 기도 지원을 고려할 수도 있습니다(예: Countinuous Positive Airway Pressure(CPAP, 지속양압호흡), Bilevel Positive Airway Pressure(BiPAP, 이상성기도양압)). **여기에 표시되어 있는 경우, 병원으로 이송해야 합니다. 일반적으로 중환자 병동은 피합니다.**
치료 계획: 기본적인 의료 치료를 제공합니다.

전체 치료. "Comfort Measures Only"와 제한적 치료에 명시된 조치 외에도, 지시에 따라 삽관, 전문 기도 유지술 및 인공 호흡기를 사용합니다. **여기에 표시되어 있는 경우, 병원 및/또는 중환자 병동으로 이송해야 합니다.**
치료 계획: 호흡기를 포함하는 모든 치료
추가 지시: _____

C 섹션: **의논 시 참석자에 대한 문서 기록** *추가 정보는 뒷면 참조*

환자 발달 장애 또는 심각한 정신 질환이 있는 환자의 대리인(참고: 양식 작성과 관련된 특별 요건 - 뒷면 참조)

미성년 환자 친척 또는 친구(서면 지정 불필요)

사전의향서에 따른 지정인

법원 지정 보호자

논의 상대(모든 상대의 이름과 관계 명시): _____

D 섹션: **환자 또는 대리인 서명**

서명: <u>권고 사항</u>	이름(정자체):	환자와의 관계(환자 본인인 경우 "본인"으로 명시):
------------------	----------	-------------------------------

이 양식은 환자가 거부하지 않는 한 POLST 등록부로 전송됩니다. 거부하는 경우에는 해당 섹션에 표시해 주십시오.

E 섹션: **MD / DO / NP / PA / ND 증명(필수)**

반드시 전자체로 기재, 서명, 날짜 기재

NOT A VALID POLST FORM
Signed POLST form must be in English

병원 이전 또는 퇴원 시 환자와 함께 양식을 보내 주십시오
환자가 섹션 D에서 거부하지 않은 경우 등록할 양식의 양면 사본을 제출하십시오