

POLST™ штата Орегон

Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*

Следуйте этим медицинским постановлениям до тех пор, пока они не будут изменены. Любой незаполненный раздел подразумевает проведение соответствующего полного курса лечения.

Фамилия пациента:	Обращение:	Имя пациента:	Отчество пациента:
Предпочитаемое имя:	Дата рождения: (дд/мм/гггг) ____ / ____ / ____	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Х	MRN (указать по желанию)
Адрес (улица, населенный пункт, штат, почтовый индекс):			

A Выберите один вариант	СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ (СЛР): <i>без сознания, без пульса и без дыхания.</i>
	<input type="checkbox"/> Пытаться реанимировать (провести СЛР) <input type="checkbox"/> Не пытаться реанимировать, или DNR (Do Not Resuscitate)
Если у пациента не произошла остановка сердца и дыхания, следуйте инструкциям в разделе B .	

B Выберите один вариант	МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: <i>если у пациента есть пульс и он дышит.</i>
	<input type="checkbox"/> Comfort Measures Only («Только облегчение состояния»). Обеспечение лечения для облегчения боли и страданий с помощью каких-либо лекарств, вводимых назначенным способом, изменения положения, ухода за раной и принятия других мер. Применение при необходимости кислорода, аспирации и ручных приспособлений в случае обструкции дыхательных путей для облегчения состояния больного. Пациент отказывается от госпитализации с целью искусственного поддержания жизненных функций. Госпитализация пациента необходима, если он находится в месте, где невозможно облегчить его состояние. План лечения: обеспечение лечения для облегчения состояния больного благодаря устранению симптомов (внешних признаков).
	<input type="checkbox"/> Ограниченное лечение. В дополнение к мерам, описанным в разделе «Comfort Measures Only», оказание медицинской помощи, применение антибиотиков, внутривенного вливания, кардиомонитора при наличии показаний. Не применяются инвазивные методы обеспечения дыхания, интубация, искусственная вентиляция легких с помощью автоматического дыхательного аппарата. Можно рассмотреть вариант менее инвазивных методов борьбы с дыхательной недостаточностью, например Constant Positive Airway Pressure (CPAP, метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях) и Biphasic Positive Airway Pressure (BiPAP, метод создания двухфазного положительного давления в дыхательных путях). При наличии показаний необходима госпитализация. Как правило, избегание помещения пациента в реанимационное отделение. План лечения: обеспечение базовой медицинской помощи.
	<input type="checkbox"/> Полный курс лечения. В дополнении к мерам, описанным в разделах «Comfort Measures Only» и «Ограниченное лечение», применение инвазивных методов обеспечения дыхания, интубации, искусственной вентиляции легких с помощью автоматического дыхательного аппарата. При наличии показаний госпитализация и/или перевод в реанимационное отделение. План лечения: все виды лечения, включая аппарат искусственной вентиляции легких.
Дополнительные предписания: _____	

C Отметьте все подходящие варианты	КТО ПРИСУТСТВОВАЛ НА ОБСУЖДЕНИИ <i>Дополнительная информация указана на обороте.</i>
	<input type="checkbox"/> Пациент <input type="checkbox"/> Доверенное лицо пациента с отклонениями в развитии или тяжелым психическим заболеванием, принимающее решения по вопросам его лечения (примечание: особые требования к заполнению указаны на обороте)
	<input type="checkbox"/> Родитель несовершеннолетнего лица <input type="checkbox"/> Родственник или друг (без письменного назначения)
<input type="checkbox"/> Лицо, назначенное по заблаговременному распоряжению	
<input type="checkbox"/> Назначенный судом опекун	
Обсуждение прошло с такими лицами (перечислить все имена и родство/связь): _____	

D	Подпись ПАЦИЕНТА или ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА		
	Подпись: <u>рекомендовано</u>	Имя (печатными буквами)	Родство/связь (написать «сам пациент», если это пациент)
Эта форма будет добавлена в реестр POLST, если пациент не откажется от этого. В таком случае необходимо поставить галочку в поле отказа <input type="checkbox"/>			

E Требуется написать имя печатными буквами, поставить подпись и дату.	АТТЕСТАЦИЯ MD / DO / NP / PA / ND (ОБЯЗАТЕЛЬНО)
	<h2>NOT A VALID POLST FORM</h2> <h3>Signed POLST form must be in English</h3>

ФОРМА ПРИ ПЕРЕВОДЕ/ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ИЛИ ВЫПИСКЕ ДОЛЖНА ОТПРАВЛЯТЬСЯ С БОЛЬНЫМ.
 ЕСЛИ В РАЗДЕЛЕ D ПАЦИЕНТ НЕ ОТКАЗАЛСЯ ОТ ОТПРАВКИ ФОРМЫ, ТО НЕОБХОДИМО ДОБАВИТЬ КОПИИ ОБЕИХ СТОРОН ФОРМЫ В РЕЕСТР.

Другое название — Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (предписания врача по искусственному поддержанию жизненных функций).