HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA, ĐẠO LUẬT VỀ TRÁCH NHIỆM GIẢI TRÌNH VÀ CUNG CẤP THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ) CHO PHÉP TIẾT LỘ CHO BÁC SĨ CHUYÊN KHOA CHĂM SÓC SỨC KHỎE & ĐĂNG KÝ ĐIỆN TỬ NẾU CẦN ĐỂ ĐIỀU TRỊ

Oregon POLST™

Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*

Thực hiện theo lệnh chỉ thị y khoa này cho đến khi lệnh thay đổi. Bất kỳ phần chưa hoàn chỉnh nào đều ngụ ý cho việc điều trị toàn diện dành cho phần đó.

Họ của Bệnh Nhân:	Hậu tố:	Tên của Bệnh Nhân:	Tên đệm của Bệnh Nhân:
Tên ưu tiên:	Ngày sinh: (tháng/ngày/năm) _____/_____/_____	Giới tính: ☐ NAM ☐ NỮ ☐ X	MRN (tùy chọn)

Địa chỉ: (đường phố/thành phố/tiểu bang mã zip):

A

Đánh dấu chọn một

HỒI SỨC TIM PHỔI (CPR): ***Không phản ứng***

☐ **Cố Gắng Hồi Sức/CPR** ☐ **Không Cố Gắng Hồi Sức/DNR**

Nếu bệnh nhân không trong tình trạng ngưng tim phổi, thực hiện theo lệnh trong phần **B**.

B

Đánh dấu chọn một

CAN THIỆP Y TẾ: ***N' u bvnh nhân có mị ch và đang th1 .***

☐ **Comfort Measures Only (Chỉ biện pháp an ủi).** Thực hiện điều trị để giảm đau và chịu đựng qua việc sử dụng bất cứ thuốc nào bằng bất kỳ con đường nào, điều chỉnh tư thế, chăm sóc vết thương và các biện pháp khác. Sử dụng oxy, hút miệng và điều trị thủ công tình trạng tắc nghẽn đường thở khi cần để tạo sự thoải mái. ***Bvnh nhân không mu, n nhfrp vivn đ' đi' u tr, duy trì s1 s, ng. Chuy' n vivn n' u không th' đáp ứng nhu cầu thoải mái ở vị trí hiện tại.***
Kế hoạch điều trị: Thực hiện điều trị để tạo sự thoải mái thông qua biện pháp kiểm soát triệu chứng.

☐ **Điều trị giới hạn.** Ngoài sử dụng biện pháp chăm sóc trong phần Comfort Measures Only, sử dụng điều trị y tế, thuốc kháng sinh, truyền dịch và theo dõi tim theo chỉ định. Không đặt nội khí quản, các biện pháp can thiệp đường thở nâng cao, hoặc thở máy. Có thể cân nhắc sử dụng các biện pháp hỗ trợ đường thở ít xâm lấn hơn (ví dụ: Continuous Positive Airway Pressure (CPAP, Máy áp lực dương liên tục), Bilevel Positive Airway Pressure (BiPAP, Áp lực đường thở dương hai cấp). ***Chuy' n đ' n cho nhfrp vivn n' u đu, c chỉ định.*** Nói chung tránh chuy, n vào khoa chăm sóc đ, c bi[illegible].
Kế hoạch điều trị: Thực hiện điều trị y tế cơ bản.

☐ **Điều Trị Toàn Diện.** Ngoài sử dụng biện pháp chăm sóc trong phần Comfort Measures Only và Điều trị giới hạn, đặt nội khí quản, các biện pháp can thiệp đường thở nâng cao và thở máy theo chỉ định.
Chuyển đến bệnh viện *và/hoặc khoa chăm sóc đặc biệt nếu được chỉ định.*
Kế hoạch điều trị: Mọi biện pháp điều trị bao gồm sử dụng máy thở.

Lệnh bổ sung: _____

C

Kiểm tra Chọn tất cả các mục phù hợp

GHI CHÉP NGƯỜI CÓ MẶT ĐỂ THẢO LUẬN ***Xem m4 t sau đ' thêm thông tin.***

☐ Bệnh nhân
☐ Cha/mẹ của trẻ vị thành niên
☐ Người được chỉ định trong chỉ thị trước
☐ Người giám hộ do tòa án chỉ định
☐ Người thay thế cha/mẹ mắc khuyết tật phát triển hoặc trình trạng sức khỏe tâm thần nghiêm trọng (Lưu ý: Những yêu cầu đặc biệt để hoàn thành - xem mặt sau)
☐ Người thân hoặc bạn bè (không cần giấy chỉ định)

Đã thảo luận với (liệt kê tất cả tên và mối quan hệ): _____
_____

D

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN HOẶC NGƯỜI THAY THẾ

Chữ ký: ***đu, c khuy' n ngh***	Tên (viết in hoa)	Mối quan hệ (viết "bản thân" nếu là bệnh nhân)

Biểu mẫu này sẽ được gửi đến POLST Registry (Phòng Đăng ký POLST) trừ khi bệnh nhân không muốn chuyển ☐

E

Phải viết tên in hoa, Ký tên và Đề ngày

CHỨNG NHẬN MD / DO/ NP / PA/ ND (BẮT BUỘC)

NOT A VALID POLST FORM

Signed POLST form must be in English

GỬI BIỂU MẪU THEO BỆNH NHÂN BẤT KỲ LÚC NÀO CHUYỂN VIỆN HAY XUẤT VIỆN
GỬI MỘT BẢN BIỂU MẪU GỒM HAI MẶT ĐỂ ĐĂNG KÝ NẾU BỆNH NHÂN QUYẾT ĐỊNH CHỌN THAM GIA TRONG PHẦN D

Cũng còn được biết là Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (Chỉ Thị Điều Trị Duy Trì Sự Sống của Bác Sĩ).

© CENTER FOR ETHICS IN HEALTH CARE, Oregon Health Science University (OHSU)