

ኦሪጎን POLST®

Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*

ትእዛዞች እስኪቀየሩ ድረስ እነዚህን የህክምና ትዕዛዞች ይከተሉ። ማንኛውም ያልተጠናቀቀ ክፍል ለዚያ ክፍል ሙሉ ህክምናን ያመለክታል።

የታካሚ የመጨረሻ ስም:-	ተቀጣጥያ:-	የታካሚ የመጀመሪያ ስም:-	የታካሚ መካከለኛ ስም:-
ተመራጭ ስም:-	የትውልድ ቀን:- (ወ/ወ/ቀ/ዓ/ዓ/ዓ) ____/____/____	ፆታ:- <input type="checkbox"/> ወ <input type="checkbox"/> ሴ <input type="checkbox"/> ጾ	MRN (አማራጭ)

አድራሻ: (ጎዳና/ ከተማ/ የስቴት ዚፕ):-

U እንዲ ላይ ምልክት ያድርጉ	የካርዲዮፕላግራፊ እንደገና ማጠቃለያ (CPR): ምላሽ የማይሰጥ? የልብ ምት የሌለው? እና የማይተነፍስ?
	<input type="checkbox"/> እንደገና ማጠቃለያ ይሞክሩ/CPR ክፍል B ላይ ሙሉ ምርመራን ማየት አለበት።

A እንዲ ላይ ምልክት ያድርጉ	የህክምና ጣልቃገብነቶች:- ታካሚ የልብ ምት ሲኖረው እና እየተነፈሰ ሲሆን።
	<input type="checkbox"/> Comfort Measures Only (የምችት እርምጃዎች ብቻ)። ማንኛውንም መድሃኒት በማንኛውም መንገድ፣ አቀማመጥ፣ የቁስል እንክብካቤ እና ሌሎች እርምጃዎችን በመጠቀም ህመምን እና ስቃይን ለማስታገስ ህክምናዎችን ይሰጡ። ለምችት እንደ አስፈላጊ የአየር ትሶን ኦክሲጅን፣ መሳቢያ እና በእጅ የሚደረግ ሕክምናን ይጠቀሙ። ታካሚው የህይወትን አድን ህክምናዎችን ለማድረግ ወደ ሆስፒታል መተላለፍን አይመርጥም። የምችት ፍላጎቶች አሁን ባለው ቦታ ላይ ለሚሉ የማይችሉ ከሆነ ያስተላልፉ። የህክምና እቅድ:- ለምችት የሚሆኑ ህክምናዎችን ምልክቶችን በመቆጣጠር ያቅርቡ።
	<input type="checkbox"/> የተመረጠ ምርመራ። በ Comfort Measures Only ከተገለጸው እንክብካቤ በተጨማሪ፣ በተመለከተው መሰረት ህክምናዎችን፣ መድሃኒቶችን፣ IV ፈሳሾችን እና የልብ መቆጣጠሪያን ይጠቀሙ። ምንም ወይ ውስጥ የገባ ቱቦ፣ የላቀ የአየር መተላለፊያ ጣልቃገብነት፣ ወይም የሜካኒካል አየር ማናፈሻ የለም። ያነሰ ጣልቃ ገብነት ያላቸው የአየር መተላለፊያ ድጋፍን (ለምሳሌ፡-Continuous Positive Airway Pressure (CPAP፣ ቀጣይ አዎንታዊ የአየር መተላለፊያ ግፊት)፣ Bilevel Positive Airway Pressure (BiPAP፣ ባይሌቭል አዎንታዊ የአየር መተላለፊያ ግፊት)) ከግምት ውስጥ ማስገባት ይችላል። ከተመለከቱ ወደ ሆስፒታል ያስተላልፉ። በአጠቃላይ ከፅኑ እንክብካቤ ክፍል ይራቁ። የህክምና እቅድ:- መሰረታዊ የህክምናዎችን ማቅረብ።
<input type="checkbox"/> ሙሉ ህክምና። Comfort Measures Only (የምችት ልኬቶች ብቻ) እና የተመረጠ ምርመራ ላይ ከተገለጸው እንክብካቤ በተጨማሪ፣ እንደተጠቀሰው ውስጥ የገባ ቱቦ፣ የላቀ የአየር መተላለፊያ ጣልቃ ገብነት እና ሜካኒካል አየር ማናፈሻ ይጠቀሙ። ከተመለከቱ ወደ ሆስፒታል እና/ወይም ጽኑ እንክብካቤ ክፍል ይዘዋወሩ። የህክምና እቅድ:- የመተንፈሻ ማሽንን ጨምሮ ሁሉም ሕክምናዎች።	
ተጨማሪ ትዕዛዞች:- _____	

H ምልክት ያድርጉ የሚመለከታቸው ሁሉ ላይ	ውይይት የተፈረገው ከ፡ (አስፈላጊ)
	<input type="checkbox"/> ታካሚ <input type="checkbox"/> ለአካለ መጠን ያልደረሰ ልጅ ወላጅ <input type="checkbox"/> በቅድሚያ መመሪያ የተሾመ ሰው <input type="checkbox"/> በፍርድ ቤት የተሾመ ጠባቂ ሁሉንም ስሞችና ዝምድና ይዘርዝሩ:- _____

S ስም፣ ፊርማ እና ቀን መታተም አለባቸው	የታካሚ ፊርማ (አስፈላጊ ግን ግዴታ አይደለም)		
	ፊርማ:- የሚመክር	ስም (አትም)	ግንኙነት (ታካሚ ከሆኑ "ራሴ" በማለት ይጻፉ)
ይህ ቅጽ ታካሚው በራሱ ፍቃድ መርጦ መውጣት ካልፈለገ በስተቀር ወደ POLST መዝገብ ቤት ይላካል፣ ለመውጣት፣ እዚህ ምልክት ያድርጉ። <input type="checkbox"/>			

የ MD / DO / NP / PA / ND ማስረጃ (አስፈላጊ)

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

በሚዘዋወርበት ወይም በሚወጣበት ጊዜ ቅጹን ከታካሚው ጋር ይላኩ
 በክፍል መ ውስጥ ታካሚው ፈልጎ ካልወጣ የቅጹን ሁለቱም ገጽ ቅጂ ወደ መዝገብ ቤት የስጡ

* Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (eOLST) ስምዎን ለመጠቀም ይጠቀሙ