

برنامج POLST® في ولاية أوريغون *Portable Orders for Life-Sustaining Treatment

يُرجى اتباع هذه الأوامر الطبية حتى يتم تغييرها. يعني أي قسم غير مكتمل توفير العلاج كاملاً لهذا القسم.

الاسم الأخير للمريض:	الاسم الأول للمريض:	اللاحقة:	الاسم الأوسط للمريض:
الاسم المُفضَّل:	تاريخ الميلاد: (يوم/شهر/سنة)	النوع:	MRN (اختياري)
	_____ / _____ / _____	نكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير مُحدد <input type="checkbox"/>	

العنوان (الشارع/المدينة/الرمز البريدي للولاية):

لا يستجيب المريض، ولا ينبض، ولا يتنفس.

الإنعاش القلبي الرئوي (CPR):

محاولة إجراء عملية الإنعاش/DNR

محاولة إجراء عملية الإنعاش/CPR

إذا لم يكن المريض في حالة توقف قلبي رئوي (سكتة قلبية)، فاتبع الأوامر الواردة في القسم ب.

تجب مراجعة العلاج الكامل في القسم ب.

عندما يكون لدى المريض نبض ويتنفس.

التدخلات الطبية:

Comfort Measures Only (تدابير تخفيف الألم فقط). توفير طرق العلاج المختلفة لتخفيف الألم والمعاناة من خلال استخدام أي من أنواع الأدوية بأي وسيلة، وبأي وضعية، والعناية بالجروح وغير ذلك من التدابير اللازمة. واستخدم الأكسجين وتدابير الشفط والمعالجة البدوية لإزالة انسداد مجرى الهواء حسب الحاجة لتوفير الراحة. يُفضَّل المريض عدم نقله إلى المستشفى لتلقي العلاجات التي تحافظ على حياته وتبقيه على قيد الحياة. يتم نقل المريض إلى المستشفى إذا لم يتم استيفاء التدابير اللازمة لتخفيف الألم وتوفير الراحة في المكان الحالي.

خطة العلاج: توفير العلاجات اللازمة لتوفير الراحة من خلال إدارة الأعراض.

علاج انتقائي. بالإضافة إلى طرق الرعاية الموضحة في الخيار "Comfort Measures Only"، يتم استخدام العلاج الطبي، والمضادات الحيوية، والسوائل والمحاليل الوريدية، وجهاز مراقبة القلب على النحو الموصى به. لا يتم وضع أنابيب، أو استخدام وسائل التدخل المتقدمة في مجرى التنفس، أو تدابير التنفس الميكانيكية. يمكن أخذ تدابير دعم مجرى التنفس الأقل توسعاً في الاعتبار (على سبيل المثال، CPAP (ضغط المجرى الهوائي الإيجابي) و BiPAP (ضغَطُ المجرى الهوائي ثنائي المستوى)). يتم نقل المريض إلى المستشفى إذا تمت الإشارة إلى ذلك. بشكل عام، يتم تجنب اللجوء إلى وحدة العناية المركزة.

خطة العلاج: توفير العلاجات الطبية الأساسية.

العلاج الشامل. بالإضافة إلى الرعاية الموصوفة في تدابير الراحة فقط والعلاج الانتقائي، استخدم التنبيب، وتدخلات المسلك الهوائي المتقدمة والتنفس الصناعي كما هو مشار إليه.

يتم نقل المريض إلى المستشفى و/أو إدخاله إلى وحدة العناية المركزة إذا تمت الإشارة إلى ذلك.

خطة العلاج: توفير جميع العلاجات، بما في ذلك جهاز التنفس.

أوامر إضافية:

تمت المناقشة مع: (مطلوب)

أحد الأقارب، أو صديق أو شخص داعم آخر (بدون تكليف مكتوب) - راجع الجهة الخلفية من الورقة لمعرفة المتطلبات الإضافية لإكمالها لأجل الأشخاص المصابين بإعاقات فكرية أو نمائية.

المريض

ولي أمر الشخص القاصر

الشخص المُعيَّن بناءً على توجيهات مسبقة

الوصي الذي تعينه المحكمة

أدرج كل الأسماء وصلة القرابة:

إقرار المريض (موصى به ولكن ليس مطلوباً)

التوقيع: مُستحسن الاسم (مكتوب بأحرف واضحة) العلاقة (اكتب "نفسه" إذا كان التوقيع للمريض)

سينتم إرسال هذا النموذج إلى سجل برنامج POLST ما لم يرغب المريض في إلغاء مشاركته. لاختيار الخروج، ضع علامة هنا.

شهادة الطبيب / طبيب العظام / ممرض (ة) ممارس (ة) / مساعدة (ة) الطبيب / طبيب العلاج الطبيعي (مطلوب)

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

أرسل النموذج مع المريض متى تم نقله أو خروجه من المستشفى
أرسل نسخة من كلا وجهي النموذج إلى السجل إذا لم يقم المريض بإلغاء المشاركة في القسم د