Health Insurance Portability and Accountability Act（HIPAA，米国における医療保険の相互運用性と説明責任に関する法令）によって、治療のために必要な電子記録と医療従事者に対する開示を許可します。

オレゴン POLST®

Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*

指示の変更が無い限り、本紙の医療指示に従って下さい。記入が完了していない部分については完全な治療となることを意味します。

患者の姓：	サフィックス：	患者の名：	患者のミドルネーム：

呼ばれたい名前：	生年月日：（月/日/年）	性別： ☐ 男 ☐ 女 ☐ Xジェンダー	MRN（任意）

住所（通りの名称/市/州　郵便番号）：

A

どちらか1つをチェックして下さい。

心肺蘇生（CPR）：*反応がない、脈がない、呼吸がない*

☐ **蘇生を試みる/CPR**
下記Bの完全な治療適応する場合、を必ずチェックして下さい。

☐ **蘇生を試みない/DNR**
患者が心肺停止していない場合、Bの指示に従ってください。

B

どちらか1つをチェックして下さい。

医療介入：*患者に脈があって息をしている場合*

☐ **Comfort Measures Only（緩和優先のみの治療）**あらゆる経路からの投薬、姿勢、傷の手当てその他の方法により、痛みや苦しみを和らげる治療を行います。苦痛緩和のため、必要に応じて、酸素、吸引や気道閉塞に対する人の手による治療などを行います。*患者は、病院に搬送され延命治療を受けることを望みません。現在いる場所では苦痛緩和のニーズが満たせない場合、病院へ搬送します。*
治療計画：**症状管理の上、苦痛を緩和する治療を行います。**

☐ **選択的な治療適応する場合**、Comfort Measures Only で記載されている治療に加えて、内科療法、抗生物質の投与、静脈点滴、心臓モニターなどを使用します。挿管、高度な気道の確保、人工呼吸器の治療は行いません。非侵襲的な気道支援措置（例：Continuous Positive Airway Pressure (CPAP, 持続的陽圧呼吸療法）、Bilevel Positive Airway Pressure (BiPAP, 二相性陽圧呼吸療法））を検討する場合もあります。***必要であれば、病院へ搬送します。****通常は、集中治療室での治療は避けます。*
治療計画：**基本的な医療措置を提供します。**

☐ **完全な治療適応する場合**、Comfort Measures Only や選択的な治療の部分で記載されている治療に加えて、挿管、高度な気道の確保、人工呼吸器などを使用します。*必要であれば、病院および/あるいは集中治療室へ搬送します。*
治療計画：**人工呼吸器を含む全ての治療を行います。**

追加の指示： _____

C

当てはまるもの全てにチェック

話し合い参加者（必須）

☐ 患者
☐ 未成年者の親
☐ 事前指示に関する任命を受けた人
☐ 裁判所が任命する保護者

☐ 親族、友人、その他代理人（委任状書類なし）- 患者に知的または発達障害がある場合は、裏面にある完了のための特別な要求事項をご覧ください。

全員の氏名と患者との関係を記載して下さい: _____

D

患者側の同意（推奨しますが、必須ではありません）

サイン：	名前（活字体）	患者との関係（患者本人の場合は「本人」と書いて下さい）

このフォーマットは、患者が希望しない場合を除いて、POLST登録簿に送られます、送付を希望しない場合、ここをチェックして下さい。 ☐

E

名前を活字体で記入し、署名、日付を必ず記入のこと

MD / DO / NP / PA / NDの証明（必須）

NOT A VALID POLST FORM

Signed POLST form must be in English

患者の搬送または退院の際は必ず一緒にフォームを送付してください。
D欄で患者が「希望しない」を選択しない場合、登録簿にはフォームの両面の写しを提出してください。

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment（生命維持処置の際の医師の指示書）としても知られています。

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