

# 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):			

<b>A</b> Выберите один вариант	<b>СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ (СЛР):</b> <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)

Обязательно отметьте галочкой пункт «Полный курс лечения» в разделе В. Если у пациента не произошла остановка сердца и дыхания, следуйте инструкциям в разделе В.

<b>B</b> Выберите один вариант	<b>МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: когда у пациента есть пульс и он дышит.</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Comfort Measures Only («Только облегчение состояния»).</b> 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. <b>Пациент отказывается от госпитализации с целью искусственного поддержания жизненных функций. Госпитализация пациента необходима, если он находится в месте, где невозможно облегчить его состояние.</b> <b>План лечения:</b> обеспечение лечения для облегчения состояния больного благодаря устранению симптомов (внешних признаков).
	<input type="checkbox"/> <b>Селективное лечение.</b> 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). <b>При наличии показаний необходима госпитализация. Как правило, избегание помещения пациента в реанимационное отделение.</b> <b>План лечения:</b> обеспечение базовой медицинской помощи.
	<input type="checkbox"/> <b>Полный курс лечения.</b> В дополнении к мерам, описанным в разделах «Comfort Measures Only» и «Селективное лечение», применение инвазивных методов обеспечения дыхания, интубации, искусственной вентиляции легких с помощью автоматического дыхательного аппарата. <b>При наличии показаний госпитализация и/или перевод в реанимационное отделение.</b> <b>План лечения:</b> все виды лечения, включая аппарат искусственной вентиляции легких.
	<b>Дополнительные предписания:</b> _____

<b>C</b> Отметьте все подходящие варианты	<b>КТО УЧАСТВОВАЛ В ОБСУЖДЕНИИ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)</b>
	<input type="checkbox"/> Пациент <input type="checkbox"/> Родственник, друг или другое оказывающее поддержку лицо (без письменного назначения) — дополнительные требования к оформлению лиц с умственной отсталостью и нарушениями развития см. на обратной стороне.
	<input type="checkbox"/> Родитель несовершеннолетнего лица
	<input type="checkbox"/> Лицо, назначенное по заблаговременному распоряжению
	<input type="checkbox"/> Назначенный судом опекун Укажите имена и родство/связь: _____

<b>D</b>	<b>ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА (РЕКОМЕНДОВАНО, НО НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)</b>
	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. Чтобы отказаться, поставьте галочку здесь. <input type="checkbox"/>	

<b>E</b> Требуется написать имя печатными буквами, поставить подпись и дату.	<p style="text-align: center; color: red; font-size: 2em;"><b>NOT A VALID POLST FORM</b></p> <p style="text-align: center; color: red; font-size: 1.5em;"><b>Signed POLST form must be in English</b></p>
---	---

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.