

POLST™ штату Орегон®

Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*

Виконуйте ці медичні вказівки, допоки вони не будуть змінені. Будь-який незаповнений розділ передбачає проведення відповідного повного курсу лікування.

Прізвище пацієнта:	Звертання:	Ім'я пацієнта:	По батькові пацієнта:
Ім'я, якому надається перевага:	Дата народження: (дд/мм/рррр) ____/____/____	Стать: <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Х	MRN (за бажанням)

Адреса (вулиця, місто, штат, поштовий індекс):

A Виберіть один варіант	СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВА РЕАНІМАЦІЯ (СЛР): особа знепритомніла, без пульсу, без дихання.
	<input type="checkbox"/> Спробувати реанімувати (провести СЛР) <input type="checkbox"/> Не пробувати реанімувати, або DNR (Do Not Resuscitate)

Обов'язково позначте галочкою пункт «Повний курс лікування» в розділі В. Якщо в пацієнта не відбулася зупинка серця й дихання, дотримуйтесь інструкцій у розділі В.

B Виберіть один варіант	МЕДИЧНЕ ВТРУЧАННЯ: коли в пацієнта є пульс і він дихає.
	<input type="checkbox"/> Comfort Measures Only («Тільки полегшення стану»). Забезпечення лікування для полегшення болю та страждань пацієнта за допомогою певних ліків, що вводяться призначеним способом, зміни положення, догляду за раною та вжиття інших заходів. Застосування за необхідності кисню, аспірації й ручних пристосувань у разі обструкції дихальних шляхів для полегшення стану пацієнта. Пацієнт відмовляється від госпіталізації з метою штучної підтримки життєвих функцій. Госпіталізація пацієнта необхідна, якщо він перебуває в місці, де неможливо полегшити його стан. План лікування: забезпечення лікування для полегшення стану пацієнта завдяки усуненню симптомів (зовнішніх ознак).
	<input type="checkbox"/> Селективне лікування. На додачу до заходів, що описані в розділі «Comfort Measures Only», надання медичної допомоги, застосування антибіотиків, внутрішньовенного вливання, кардіомонітора за наявності показань. Не застосовуються інвазивні методи забезпечення дихання, інтубація, штучна вентиляція легень завдяки автоматичному дихальному апарату. Можна розглянути варіант менш інвазивних методів боротьби з дихальною недостатністю, наприклад Constant Positive Airway Pressure (CPAP, метод створення постійного позитивного тиску в дихальних шляхах) і Biphasic Positive Airway Pressure (BiPAP, метод створення двофазного позитивного тиску в дихальних шляхах). За наявності показань необхідна госпіталізація. Здебільшого уникнення переведення пацієнта в реанімаційне відділення. План лікування: забезпечення базової медичної допомоги.

Повний курс лікування. На додачу до заходів, що описані в розділах «Comfort Measures Only» і «Селективне лікування», застосування інвазивних методів забезпечення дихання, інтубації, штучної вентиляції легень завдяки автоматичному дихальному апарату за наявності показань. **За наявності показань госпіталізація та/або переведення до реанімаційного відділення.**

План лікування: усі види лікування, включно з апаратом штучної вентиляції легень.

Додаткові вказівки: _____

C Виберіть усі варіанти, що підходять	ХТО БРАВ УЧАСТЬ В ОБГОВОРЕННІ (ОБОВ'ЯЗКОВО)
	<input type="checkbox"/> Пацієнт <input type="checkbox"/> Родич, друг або інша особа, що підтримує пацієнта (без письмового призначення) – додаткові вимоги щодо заповнення для людей із проблемами в інтелектуальному розвитку та порушеннями розвитку див. на звороті. <input type="checkbox"/> Батько/мати неповнолітньої особи <input type="checkbox"/> Особа, призначена за попереднім розпорядженням <input type="checkbox"/> Призначений судом опікун

Зазначте імена та характер стосунків із пацієнтом: _____

D	ПІДПИС ПАЦІЄНТА (РЕКОМЕНДОВАНО, АЛЕ НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО)		
	Підпис:	Ім'я (друкованими літерами):	Характер стосунків (написати «сам пацієнт», якщо це пацієнт):

Цю форму буде додано до реєстру POLST, якщо пацієнт не відмовиться від цього. Щоб відмовитися, поставте галочку тут.

E Потрібно написати ім'я друкованими літерами, поставити підпис і вказати дату.	АТЕСТАЦІЯ MD / DO / NP / PA / ND (ОБОВ'ЯЗКОВО)
	<h1 style="color: red;">NOT A VALID POLST FORM</h1> <h2 style="color: red;">Signed POLST form must be in English</h2>

У РАЗІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ/ПЕРЕВЕДЕННЯ АБО ВИПУСКУ ЦЯ ФОРМА ПОВИННА НАДХОДИТИ РАЗОМ ІЗ ПАЦІЄНТОМ. ЯКЩО В РОЗДІЛІ D ПАЦІЄНТ НЕ ВІДМОВИВСЯ ВІД НАДСИЛАННЯ ФОРМИ, ТО НЕОБХІДНО ДОДАТИ КОПІЇ ОБОХ СТОРІН ФОРМИ ДО РЕЄСТРУ.

Інша назва – Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (вказівки лікаря щодо штучної підтримки життєвих функцій).