

Oregon POLST®

Portable Orders for Life-Sustaining Treatment*

Thực hiện theo lệnh chỉ thị y khoa này cho đến khi lệnh thay đổi. Bất kỳ phần chưa hoàn chỉnh nào đều ngụ ý cho việc điều trị toàn diện dành cho phần đó.

Họ của Bệnh Nhân:	Hậu tố:	Tên của Bệnh Nhân:	Tên đệm của Bệnh Nhân:
Tên ưu tiên:	Ngày sinh: (tháng/ngày/năm) ____/____/____	Giới tính: <input type="checkbox"/> NAM <input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> X	MRN (tùy chọn)
Địa chỉ: (đường phố/thành phố/tiểu bang mã zip):			

A <i>Đánh dấu chọn một</i>	HỒI SỨC TIM PHỔI (CPR): Không phản ứng	
	<input type="checkbox"/> Cố Gắng Hồi Sức/CPR	<input type="checkbox"/> Không Cố Gắng Hồi Sức/DNR
Phải đánh dấu ô Điều Trị Toàn Diện ở Phần B. Nếu bệnh nhân không trong tình trạng ngưng tim phổi, thực hiện theo lệnh trong phần B.		

B <i>Đánh dấu chọn một</i>	CAN THIỆP Y TẾ: Khi bệnh nhân có mạch và đang thở.	
	<input type="checkbox"/> Comfort Measures Only (Chỉ biện pháp an ủi). Thực hiện điều trị để giảm đau và chịu đựng qua việc sử dụng bất cứ thuốc nào bằng bất kỳ con đường nào, điều chỉnh tư thế, chăm sóc vết thương và các biện pháp khác. Sử dụng oxy, hút miệng và điều trị thủ công tình trạng tắc nghẽn đường thở khi cần để tạo sự thoải mái. Bệnh nhân không muốn nhập viện để điều trị duy trì sự sống. Chuyển viện nếu không thể đáp ứng nhu cầu thoải mái ở vị trí hiện tại. Kế hoạch điều trị: Thực hiện điều trị để tạo sự thoải mái thông qua biện pháp kiểm soát triệu chứng.	
	<input type="checkbox"/> Điều trị Chọn lọc. Ngoài sử dụng biện pháp chăm sóc trong phần Comfort Measures Only, sử dụng điều trị y tế, thuốc kháng sinh, truyền dịch và theo dõi tim theo chỉ định. Không đặt nội khí quản, các biện pháp can thiệp đường thở nâng cao, hoặc thở máy. Có thể cân nhắc sử dụng các biện pháp hỗ trợ đường thở ít xâm lấn hơn (ví dụ: Continuous Positive Airway Pressure (CPAP, Máy áp lực dương liên tục), Bilevel Positive Airway Pressure (BiPAP, Áp lực đường thở dương hai cấp). Chuyển đến cho nhập viện nếu được chỉ định. Nói chung tránh chuyển vào khoa chăm sóc đặc biệt. Kế hoạch điều trị: Thực hiện điều trị y tế cơ bản.	
	<input type="checkbox"/> Điều Trị Toàn Diện. Ngoài sử dụng biện pháp chăm sóc trong phần Comfort Measures Only và Điều trị Chọn lọc, đặt nội khí quản, các biện pháp can thiệp đường thở nâng cao và thở máy theo chỉ định. Chuyển đến bệnh viện và/hoặc khoa chăm sóc đặc biệt nếu được chỉ định. Kế hoạch điều trị: Mọi biện pháp điều trị bao gồm sử dụng máy thở. Lệnh bổ sung: _____	

C <i>Kiểm tra Chọn tất cả các mục phù hợp</i>	THẢO LUẬN VỚI: (BẮT BUỘC)	
	<input type="checkbox"/> Bệnh nhân <input type="checkbox"/> Cha/mẹ của trẻ vị thành niên <input type="checkbox"/> Người được chỉ định trong chỉ thị trước <input type="checkbox"/> Người giám hộ do tòa án chỉ định Liệt kê tất cả các tên và mối quan hệ: _____	<input type="checkbox"/> Người thân, bạn bè hoặc người hỗ trợ khác (không có cuộc hẹn bằng văn bản) - Xem mặt sau để biết thêm về yêu cầu hoàn thành cho những người bị khuyết tật trí tuệ hoặc phát triển.

D	XÁC NHẬN CỦA BỆNH NHÂN (ĐƯỢC ĐỀ XUẤT NHƯNG KHÔNG BẮT BUỘC)		
	Chữ ký:	Tên (viết in hoa)	Mối quan hệ (viết "bản thân" nếu là bệnh nhân)
	Biểu mẫu này sẽ được gửi đến POLST Registry (Phòng Đăng ký POLST) trừ khi bệnh nhân muốn chọn không tham gia. Để chọn không tham gia, đánh dấu vào đây. <input type="checkbox"/>		

E <i>Phải viết tên in hoa, Ký tên và Đề ngày</i>	CHỨNG NHẬN MD / DO/ NP / PA/ ND (BẮT BUỘC)
	NOT A VALID POLST FORM Signed POLST form must be in English

GỬI BIỂU MẪU THEO BỆNH NHÂN BẤT KỲ LÚC NÀO CHUYỂN VIỆN HAY XUẤT VIỆN
GỬI MỘT BẢN BIỂU MẪU GỒM HAI MẶT ĐỂ ĐĂNG KÝ NẾU BỆNH NHÂN QUYẾT ĐỊNH CHỌN THAM GIA TRONG PHẦN D