

POLST може допомогти Вам і Вашим близьким

Що означає POLST?

POLST – це англійська аббревіатура для форми, яка називається Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST, попереднє розпорядження щодо штучної підтримки життєвих функцій).

Коли Ви тяжко хворі, завдяки POLST Ваші побажання стають медичними розпорядженнями. Наприклад, якщо Ви зателефонуєте на номер 911 або потрапите до відділення невідкладної допомоги, будьте впевнені, що лікарі виконають ці розпорядження. Якщо члени Вашої родини знатимуть про Ваші побажання, для них це може стати великим полегшенням.

Одні люди воліють лягти в лікарню та бути під'єднаними до апарата штучного життєзабезпечення, щоб залишатися живими. Інші бажають бути вдома з родиною без цих апаратів, незважаючи на тяжку хворобу.

Рішення за Вами.

Для чого потрібна форма POLST?

- ❖ У ній зазначені види лікування, які бажає чи не бажає отримати особа, коли вона тяжко хвора або дуже слабка.
- ❖ Людина має право голосу щодо вибору виду лікування, яке вона отримуватиме в екстреній ситуації.
- ❖ Форма слугує орієнтиром для надання медичної допомоги, якщо особа не може сказати, який вид лікування вона бажає чи не бажає отримати.

Чи потрібно заповнювати форму POLST?

Ви самі вирішуєте, чи потрібно Вам її заповнювати.

Ніхто не може примушувати Вас заповнити цю форму. Ні лікар, ні медична установа, ні система охорони здоров'я за жодних обставин не можуть примушувати Вас заповнити форму POLST.

Ви самі обираєте, заповнювати форму чи ні.



Апарати штучного життєзабезпечення в лікарні

| HIPAA PERMIT DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS & ELECTRONIC REGISTRY AS NECESSARY FOR TREATMENT | |
|--|--|
| Oregon POLST® | |
| Portable Orders for Life-Sustaining Treatment | |
| Follow these medical orders until orders change. Any section not completed implies full treatment for that section. | |
| Printed/Last Name: | SUFFIX: Patient's First Name: Patient's Middle Name: |
| Printed Name: | Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| Address (Street, City, State, ZIP): | |
| A | CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): <i>Unresponsive, pulseless & not breathing.</i> |
| Check (Yes/No): | <input type="checkbox"/> Attempt Resuscitation/CPR <input type="checkbox"/> Do Not Attempt Resuscitation/DNR |
| Must check Full Treatment in Section B. If patient not in cardiopulmonary arrest, follow orders in B. | |
| B | MEDICAL INTERVENTIONS: <i>When patient has a pulse and is breathing.</i> |
| Check (Yes/No): | <input type="checkbox"/> Comfort Measures Only. Provide treatments to relieve pain and suffering through the use of any medication by any route, positioning, wound care and other measures. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. <i>Patient prefers no transfer to hospital for life-sustaining treatments. Transfer if comfort needs cannot be met in current location.</i> |
| <i>Treatment Plan: Provide treatments for comfort through symptom management.</i> | |
| <input type="checkbox"/> Selective Treatment. In addition to care described in Comfort Measures Only, use medical treatment, antibiotics, IV fluids and cardiac monitor as indicated. No intubation, advanced airway interventions or mechanical ventilation. May consider less-invasive airway support (e.g., CPAP, EPAP). <i>Transfer to hospital if indicated. Generally avoid life-sustaining care unit.</i> | |
| <i>Treatment Plan: Provide basic medical treatments.</i> | |
| <input type="checkbox"/> Full Treatment. In addition to care described in Comfort Measures Only and Selective Treatment, use intubation, advanced airway interventions and mechanical ventilation as indicated. | |
| <i>Transfer to hospital and/or intensive care unit if needed.</i> | |
| <i>Treatment Plan: All treatments including breathing machines.</i> | |
| Additional Orders: | |

Приклад форми POLST

Кому потрібно заповнювати форму POLST?

Форма POLST призначена для осіб із серйозними захворюваннями, наприклад із прогресуючою хворобою серця або раком, який поширився в організмі.

Вона також призначена для літніх і немічних людей, які можуть хотіти не кожен тип лікування. Форма також призначена для осіб, які б не хотіли перебувати у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) або бути під'єднаними до апарата штучного життєзабезпечення.

Форма POLST **не призначена** для непередбачуваних подій, як-от автомобільних аварій. Вона **призначена** для випадків, коли щось трапляється через те, що особа вже тяжко хвора. Наприклад, якщо через свій тяжкий стан людина перестає дихати.



Як отримати форму POLST?

Ви можете запитати в лікаря, чи доцільно Вам заповнювати форму POLST.

Якщо ви обидва згодні, її можна заповнити разом. Після цього лікар підписує форму.



Що ви можете зробити?

Ви можете прочитати докладніше про форму POLST, завітавши на сайт oregonpolst.org/patients-family

- ✓ Ви можете переглянути відео англійською мовою на нашому вебсайті.
- ✓ Ви можете обговорити з близькими людьми свої побажання щодо лікування.
- ✓ Після цього, коли Ви будете готові, можете записатися до лікаря та поспілкуватися з ним.

Під словом «лікар» мається на увазі особа, яка може підписувати форму POLST. Підписувати форму POLST англійською мовою можуть такі особи: лікарі та медсестри-практики.

Цей інформаційний аркуш підготовлений Coalition of Oregon (Коаліцією штату Орегон) щодо питань POLST.

Щоб дізнатися більше, завітайте на наш вебсайт:

Програма POLST у штаті Орегон

oregonpolst.org

© 2023 OHSU Center for Ethics & Oregon POLST Coalition. All rights reserved.