







# HIPAA فاش کردن دستورات پزشک در خصوص معالجات ادامه حیات (POLST) برای دیگر ارائه دهندگان مراقبتها را هنگام نیاز مجاز می شمارد

اطلاعات بیمار	
نام (نام خانوادگی، نام، نام میانی):	تاریخ تولد:
جنسیت:	مرد زن
پزشک ناظر بر NP/PA	
نام (اگر کسی بجز پزشک/PA/NP امضا کننده باشد)	نام/سمت:
شماره تلفن:	شماره تلفن:
تماس اضافی <input type="checkbox"/> هیچکدام	
نسبت با بیمار:	شماره تلفن:

## راهنمایی های مربوط به ارائه دهنده خدمات بهداشتی

### تکمیل POLST

- تکمیل فرم POLST داوطلبانه است. قانون کالیفرنیا مقرر می دارد که ارائه دهندگان خدمات بهداشتی موارد مطرح شده در فرم POLST را رعایت کنند و کسانی را که با حسن نیت آن موارد را رعایت می کنند مصون می شمارد. در محیط بیمارستان، بیمار توسط پزشک، یا پرستار (NP) یا دستیار پزشک (PA) که تحت نظارت پزشک فعالیت می کنند ارزیابی خواهد شد، و آنها دستورات مناسب را مطابق با ترجیحات بیمار صادر می کنند.
- POLST جای راهنمای از پیش تعیین شده را نمی گیرد.** هنگام موجود بودن، راهنمایی از پیش تعیین شده و فرم POLST را بررسی کنید تا از همخوانی آنها اطمینان یابید و فرم ها را بصورت متناسب به روز کنید تا هرگونه تضادی برطرف شود.
- POLST باید توسط یک ارائه دهنده خدمات بهداشتی و بر مبنای ترجیحات و علائم طبی بیمار تکمیل شود.
- یک تصمیم گیرنده از نظر قانونی به رسمیت شناخته شده می تواند مراقب یا سرپرست تعیین شده از طرف دادگاه، نماینده منصوب پرستار طبابت کننده و یا دستیار پزشک شده در یک "راهنمای از پیش تعیین شده"، جانشین، همسر، یک زندگی زوج شده به دولت، والد یک فرد کم سال، نزدیک ترین خویشاوند در دسترس، یا شخصی که به باور پزشک بیمار به بهترین صورت می داند بهترین منافع بیمار چیست و تصمیم گیری را بر طبق خواسته های بیان شده بیمار و ارزش های او تا حد معلوم اتخاذ می کند شامل سازد.
- تصمیم گیرنده ای که از نظر قانونی به رسمیت شناخته شده می تواند فرم POLST را به اجرا گذارد فقط در صورتی که بیمار فاقد توانایی بوده یا مشخص شده باشد که اختیار تصمیم گیرنده فوراً به اجرا گذاشته می شود.
- فرم POLST برای اینکه معتبر باشد باید توسط (1) یک پزشک یا پرستار یا دستیار پزشک که تحت نظارت یک پزشک و در حوزه فعالیت مجاز به موجب قانون فعالیت می کند و (2) بیمار یا تصمیم گیرنده امضا شود. دستورات شفاهی قابل قبول است به شرطی که بیمار بر اساس سیاست مرکز/جامعه توسط پزشک/PA/NP امضا گردد.
- اگر بیمار یا تصمیم گیرنده از یک فرم ترجمه شده استفاده می کند، آن را به فرم انگلیسی امضا کنید. POLST ضمیمه نمایید.
- استفاده از فرم اصلی قویا توصیه می شود. فتوکپی ها و فکس های فرم های امضا شده POLST قانونی و معتبر هستند. زمانی که میسر باشد کپی باید در سابقه پزشکی بیمار نگهداری شده و زمانی که میسر باشد روی کاغذ صورتی پر رنگ باشد.

### استفاده از POLST

- هر قسمت تکمیل نشده POLST به مفهوم برخورد کامل با آن قسمت است.
- قسمت A**  
در مورد بیماری که قسمت "برای احیاء اقدام نکنید" را انتخاب کرده چنانچه بدون نبض یافت شود و نفس نکشد دادن شوک به عضلات قلب (از جمله شوک اتوماتیک خارجی) یا فشارهای وارده به قفسه سینه نباید صورت گیرد.
- قسمت B**  
هنگامی که راحتی در محل موجود حاصل نشود، بیمار، از جمله کسی که قسمت "درمان متمرکز بر آسایش" را انتخاب کرده به محل منتقل شود که بتوان راحتی (مثلا معالجه ترک لگن خاصره) را عرضه کرد.  
فشار مثبت راه هوا بدون سوراخ کردن بدن شامل تنفس های مصنوعی فشار مثبت و مداوم راه هوا (CPAP)، فشار مثبت راه هوا (BIPAP)، و ماسک تنفسی توام با فشار (BVM) است.  
آنتی بیوتیک های درون وریدی و رساندن آب به بدن معمولاً "درمان متمرکز بر آسایش" محسوب نمی شوند.  
معالجه کم شدن آب بدن زندگی را طولانی تر می کند. اگر شخص مایل به استفاده از مایعات درون وریدی است، "درمان گزینشی" یا "درمان کامل" را مشخص کنید.  
بسته به پروتکل خدمات پزشکی اورژانسی (EMS) محلی، "دستورات اضافی" نوشته شده در قسمت B ممکن است توسط پرسنل EMS اعمال نشود.

### مرور POLST

- توصیه می شود که POLST بصورت دوره ای مرور شود. مرور هنگامی توصیه می شود که:
- بیمار از یک محل مراقبت یا سطح مراقبت به محل یا سطح دیگر منتقل می شود، یا
- تغییر عمده ای در وضعیت سلامت بیمار پیش می آید، یا
- ترجیحات معالجاتی بیمار تغییر می کند.

### تعدیل و حذف POLST

- بیمار دارای توانایی تصمیم گیری در هر زمان می تواند در خواست درمان جایگزین داشته باشد یا به هر وسیله ای که نشان دهنده قصد باطل کردن POLST است آن را ابطال نماید.
- توصیه می شود که ابطال با کشیدن یک خط روی بخش A تا D، و نوشتن "VOID" (به معنای باطل) با حروف بزرگ و امضا و تاریخ گذاری روی این خط مستند گردد.
- تصمیم گیرنده به رسمیت شناخته قانونی می تواند با همکاری پزشک/PA/NP، و بر اساس تمایلات مشخص بیمار یا، در صورت نامشخص بودن تمایل وی، بر اساس کاری که به نفع بیمار است، درخواست نماید تا دستورات تغییر کنند.

این فرم توسط اداره خدمات پزشکی اضطراری کالیفرنیا و در رابطه با همکاری با نیروی کار ایالتی POLST تصویب شده است. برای اطلاعات بیشتر یا کپی فرم از ترنمای [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org) دیدن کنید.

هنگام انتقال یا ترخیص فرم را همراه با بیمار بفرستید.