

HIPAA CHO PHÉP TIẾT LỘ POLST CHO CÁC CHUYÊN VIÊN Y TẾ KHÁC NẾU CẦN

Chi Tiết về Bệnh Nhân

Tên (họ, tên, tên lót): _____ Ngày Sinh: _____ Phái Tính: **Nam Nữ**

Bác Sĩ Giám Thị của NP/PA

Tên: _____ Tên Người Điền (nếu khác với Bác Sĩ/NP/PA ký tên) _____

Tên: _____ Tên/Chức Vụ: _____ Số Điện Thoại: _____

Người Liên Lạc Khác Không Có

Tên: _____ Liên Hệ với Bệnh Nhân: _____ Số Điện Thoại: _____

Chỉ Dẫn cho Chuyên Viên Chăm Sóc Sức Khỏe

Điền POLST

- Điền mẫu POLST là do tự nguyện.** Luật California đòi hỏi các chuyên viên y tế phải tuân hành mẫu POLST, và dành quyền miễn tố cho những người thành tâm tuân hành. Trong môi trường bệnh viện, bệnh nhân sẽ được một thẩm định bởi một bác sĩ, hoặc một điều dưỡng cao cấp (NP) hay một phụ tá bác sĩ (PA) hành động dưới sự giám sát của bác sĩ, người này sẽ ra những lệnh thích hợp mà phù hợp với ý muốn của bệnh nhân đó.
- POLST không thay thế Chỉ Thị Trước.** Khi có thì hãy xem lại Chỉ Thị Trước và mẫu POLST để bảo đảm đồng nhất, và cập nhật các mẫu cho phù hợp hầu giải quyết bất cứ mâu thuẫn nào.
- POLST phải được một chuyên viên chăm sóc sức khỏe điền dựa trên các ý muốn và tình trạng y khoa của bệnh nhân.
- Một người quyết định được công nhận hợp pháp có thể gồm một người quản hộ hoặc giám hộ do tòa bổ nhiệm, người đại diện được chỉ định trong Chỉ Thị Trước, người thay mặt được chỉ định bằng miệng, người phối ngẫu, người bạn sống chung trong nhà có ghi danh, cha/mẹ của một vị thành viên, thân nhân gần nhất có ở đó, hoặc người mà bác sĩ/NP/PA của bệnh nhân tin là biết được những gì phù hợp với quyền lợi tốt nhất của bệnh nhân và sẽ quyết định theo các ý nguyện và giá trị đã được bệnh nhân bày tỏ nếu biết.
- Một người ra quyết định được công nhận hợp pháp chỉ có thể thực hiện mẫu POLST nếu bệnh nhân thiếu minh mẫn hoặc đã xác nhận rằng thẩm quyền của người ra quyết định có hiệu lực ngay lập tức.
- Để có giá trị một mẫu POLST phải có chữ ký của (1) một bác sĩ, hoặc một điều dưỡng cao cấp hay một phụ tá bác sĩ hành động dưới sự giám sát của bác sĩ và trong phạm vi hành nghề được pháp luật cho phép và (2) bệnh nhân hoặc người quyết định. Các lệnh bằng miệng có thể được chấp nhận nếu có chữ ký tiếp theo của bác sĩ/NP/PA theo đúng chính sách của cơ sở/cộng đồng đó.
- Nếu bản dịch mẫu này được dùng cho bệnh nhân hoặc người quyết định này kèm theo mẫu POLST bằng tiếng Anh có chữ ký.
- Nên dùng bản chính của mẫu này. Bản sao và bản FAX của các mẫu POLST vẫn hợp pháp và hợp lệ. Nên lưu một bản sao trong hồ sơ y khoa của bệnh nhân, dùng giấy Cứng Hồng khi có thể được.

Sử Dụng POLST

- Bất cứ đoạn nào không điền đầy đủ trong POLST đều hàm ý là điền trị toàn bộ cho đoạn đó.

Đoạn A:

- Nếu thấy bệnh nhân không có mạch đập và không thở không nên dùng máy kích thích tim bằng điện (kể cả máy kích thích bằng điện tự động bên ngoài) hoặc nhồi ép ngực cho bệnh nhân mà chọn “**Đừng Cố Hồi Sinh.**”

Đoạn B:

- Khi không thể giúp đem lại thoải mái trong môi trường hiện tại, thì bệnh nhân đó, gồm cả bệnh nhân chọn “**Điều Trị Nhằm Giúp Thoải Mái,**” nên được chuyển đến một môi trường có thể đem lại thoải mái (chẳng hạn như điều trị nứt xương hông).
- Phương pháp bơm không khí có áp suất cao vào khí quản mà không xâm phạm đến cơ thể gồm cả bơm liên tục không khí có áp suất cao vào khí quản (CPAP), bơm không khí có áp suất cao vào khí quản hai cấp (BiPAP), và máy hô hấp có mặt nạ túi van (BVM).
- Truyền IV thuốc trụ sinh và nước nói chung không phải là “**Điều Trị Nhằm Giúp Thoải Mái.**”
- Điều trị khô người kéo dài mạng sống. Nếu người đó muốn được truyền chất dịch IV, hãy ghi “**Điều Trị Chọn Lọc**” hoặc “**Điều Trị Toàn Bộ.**”
- Tùy theo thủ tục EMS địa phương, “**Các Lệnh Khác**” ghi trong Đoạn B có thể không được nhân viên EMS thực thi.

Xem Lại POLST

Nên xem lại POLST định kỳ. Nên xem lại khi:

- Bệnh nhân này được chuyển từ một môi trường hoặc cấp chăm sóc sang một môi trường hoặc cấp khác, hoặc
- Có nhiều thay đổi về tình trạng sức khỏe của bệnh nhân này, hoặc
- Các ý muốn điều trị của bệnh nhân này thay đổi.

Cải Biến và Hủy Bỏ POLST

- Một bệnh nhân minh mẫn có thể, vào bất cứ lúc nào, yêu cầu điều trị cách khác hoặc thu hồi POLST bằng bất cứ phương tiện gì cho thấy được ý định thu hồi. Nên ghi quyết định thu hồi bằng cách gạch một đường qua Đoạn A đến D, viết chữ “**VOID**” bằng khổ chữ lớn, và ký tên và để ngày dòng chữ này.
- Người quyết định được công nhận hợp pháp có thể cộng tác với bác sĩ/NP/PA để yêu cầu cải biến các lệnh, dựa trên các ý muốn được biết của bệnh nhân này hoặc, nếu không biết, các quyền lợi tốt nhất của bệnh nhân này.

Mẫu này được Cơ Quan Dịch Vụ Cấp Cứu Y Tế California đồng phê chuẩn với Toán Đặc Nhiệm POLST Toàn Tiểu Bang.

Muốn biết thêm chi tiết hoặc có mẫu này, hãy đến www.caPOLST.org.

GỬI MẪU THEO VỚI BỆNH NHÂN NÀY BẤT CỨ KHI NÀO THUYỀN CHUYỂN HOẶC XUẤT VIỆN