

Introduction to the Russian translation of the POLST form

POLST is a medical order that gives patients more control over their care during serious illness. This is a way for you to share your goals and wishes for the types of medical care you want. POLST is optional for you to fill out. Once completed and signed by a doctor your POLST form becomes a medical order that is required to be honored by all health care professionals in Alaska.

This is a Russian translation of the Alaska POLST form. This translation is for educational purposes. The signed POLST form must be in English so that all health care professionals and emergency personnel can read and follow the orders.

To learn more about Alaska POLST, visit www.akpolst.org

Ознакомление с русским переводом формы POLST

POLST - это медицинское предписание, которое дает пациентам больше контроля над своим лечением во время тяжелой болезни. Это способ для вас поделиться своими целями и пожеланиями относительно видов медицинского обслуживания, которые вы хотите получить. Заполнение POLST необязательно для вас. После заполнения и подписания врачом ваша форма POLST становится медицинским предписанием, которое обязаны выполнять все медицинские работники на Аляске.

Это русский перевод формы POLST на Аляске. Данный перевод предназначен для образовательных целей. Подписанная форма POLST должна быть на английском языке, чтобы все медицинские работники и персонал скорой помощи могли прочитать и выполнить предписания.

Чтобы узнать больше о POLST на Аляске, перейдите на сайт www.akpolst.org

Форма POLST (предписания врача о лечении, поддерживающем жизнь) на Аляске

Медицинские работники должны заполнять эту форму только после беседы с пациентом или его представителем. Процесс принятия решения POLST предназначен для пациентов, которые находятся в группе риска по угрожающим жизни клиническим событиям из-за наличия у них серьезного ограничивающего жизнь медицинского состояния, которое может включать прогрессирующую слабость.

Информация для пациента.

Наличие формы POLST всегда является добровольным.

Это медицинское предписание, а не предварительная директива.

Имя пациента: _____
 Отчество/Инициалы: _____ Предпочитаемое имя: _____
 Фамилия: _____ Приставка (младший, старший и т.д.): _____
 Дата рождения (мм/дд/гггг): /_____/_____/_____/ Штат, в котором была заполнена форма: _____
 Пол: М Ж Х Последние 4 цифры номера социального страхования (необязательно): xxx-xx-_____

А. Предписания по сердечно-легочной реанимации. Следуйте этим предписаниям, если у пациента нет пульса и он не дышит.

- | | | |
|--------------------|---|---|
| Выберите 1 вариант | <input type="checkbox"/> ДА СЛР: Попытка реанимации, включая механическую вентиляцию, дефибрилляцию и кардиоверсию. (Требуется выбор полного лечения в разделе В) | <input type="checkbox"/> НЕТ СЛР: Не пытайтесь реанимировать. (Можно выбрать любой вариант в разделе В) |
|--------------------|---|---|

В. Первоначальные предписания о лечении. Выполняйте эти предписания, если у пациента есть пульс и/или он дышит.

Регулярно проводить переоценку и обсуждение мероприятий с пациентом или его представителем, чтобы убедиться, что лечение соответствует целям ухода за пациентом.

Рассмотрите возможность временного испытания вмешательств, основанных на целях и конкретных результатах.

- | | |
|--------------------|--|
| Выберите 1 вариант | <input type="checkbox"/> Полное лечение (требуется, если в разделе А выбрана реанимация). <u>Цель: Попытка поддержания жизни всеми эффективными с медицинской точки зрения средствами.</u> Обеспечить соответствующее медицинское и хирургическое лечение по показаниям, чтобы попытаться продлить жизнь, включая интенсивную терапию. |
| | <input type="checkbox"/> Селективные методы лечения. <u>Цель: Попытайтесь восстановить функции, избегая интенсивной терапии и реанимационных мероприятий (вентиляция легких, дефибрилляция и кардиоверсия).</u> При необходимости можно использовать неинвазивное положительное давление в дыхательных путях, антибиотики и жидкости внутривенно. Избегайте интенсивной терапии. Перевод в больницу, если потребности в лечении не могут быть удовлетворены в текущем месте, если в разделе С данной формы не задокументированы другие предпочтения в лечении. |
| | <input type="checkbox"/> Лечение, ориентированное на комфорт. <u>Цель: Обеспечить максимальный комфорт путем лечения симптомов; разрешить естественную смерть.</u> Использовать кислород, отсос и ручное лечение обструкции дыхательных путей по мере необходимости для обеспечения комфорта. Избегайте процедур, перечисленных в полном списке, или выбирайте процедуры, если они не соответствуют цели достижения комфорта. Перевод в больницу только в том случае, если комфорт не может быть достигнут в текущих условиях. |

С. Дополнительные предписания или инструкции. Эти предписания дополняют вышеперечисленные (например, препараты крови, диализ).

[Протоколы EMS могут ограничивать возможности сотрудников службы экстренного реагирования действовать в соответствии с предписаниями данного раздела].

Д. Питание с медицинской помощью (предлагать пищу через рот по желанию пациента, при условии безопасности и переносимости)

- | | | |
|--------------------|--|--|
| Выберите 1 вариант | <input type="checkbox"/> Обеспечение питания через новые или существующие хирургически установленные трубки | <input type="checkbox"/> Нежелательны искусственные способы питания |
| | <input type="checkbox"/> Испытательный срок для искусственного питания, но без хирургически установленных трубок | <input type="checkbox"/> Обсуждалось, но решение не принято (обеспечен стандартный уход) |

Е. ПОДПИСЬ: Пациент или представитель пациента (необязательно)

Я понимаю, что эта форма является добровольной. Я обсудил со своим врачом варианты лечения и цели ухода. В случае подписания в качестве представителя пациента, лечение соответствует известным пожеланиям пациента и отвечает его наилучшим интересам.

(необязательно)

Если это не пациент, напечатайте полное имя лица, дающего согласие (или не возражающего в случае опекуна)

Уполномоченный орган:

Ф. ПОДПИСЬ: Поставщик медицинских услуг (обязательно, документы с электронной подписью действительны) Устные предписания принимаются с последующей подписью.

Я подтверждаю, что данное предписание было обсуждено с пациентом или его/ее представителем. Предписания отражают известные пожелания пациента, насколько мне известно. [Примечание: Это предписание могут подписывать только лицензированные медицинские работники, уполномоченные законом подписывать форму POLST на Аляске].

(обязательно)

Дата (мм/дд/гггг): Обязательно
/ /

Номер телефона :

Напечатанное полное имя:

Лицензия/сертификат. №:

Полное имя пациента:

Информация о заполнении формы (обязательно)

Изучил предварительное предписание пациента, чтобы убедиться в отсутствии противоречий с предписаниями POLST: (Форма POLST не заменяет предварительное предписание или завещание)

- Да; дата ознакомления с документом: _____
- Если существует противоречие, сообщить об этом пациенту (если пациент недееспособен, отметить в карте)
- Предварительное предписание недоступно
- Отсутствие предварительного предписания

Отметьте всех, кто участвовал в обсуждении:

- Пациент, способный принимать решения
- Юридический представитель / агент по медицинскому обслуживанию
- Назначенный судом опекун
- Другое: _____
- Родитель несовершеннолетнего

Профессиональный ассистирующий медицинский работник w/ Заполнение формы (если применимо): Полное имя:

Дата (мм/дд/гггг):

/ /

Номер телефона:

()

Этот человек приходится пациенту:

- Помощник врача
- Социальный работник
- Медсестра
- Представители духовенства
- Другое:

Контактная информация (необязательно)

Контакт пациента в экстренной ситуации. (Примечание: Внесение человека в данный список не дает ему полномочий быть законным представителем. Только предварительное предписание или закон штата может предоставить такие полномочия).

Полное имя:

- Юридический представитель
- Другой контакт на случай чрезвычайной ситуации

Номер телефона:

День: ()

Ночь: ()

Имя поставщика первичной медицинской помощи:

Телефон:

()

Название агентства:

- Пациент зачислен в хоспис

Телефон агентства: ()

Информация о форме и инструкции

- Заполнение формы POLST:
 - Поставщик должен задокументировать основание для использования этой формы в медицинской карте пациента.
 - Представитель пациента определяется Статутом Аляски и в соответствии с законом штата может исполнить или аннулировать данную форму POLST только в том случае, если пациент не обладает способностью принимать решения.
 - Эту форму могут подписать только лицензированные медицинские работники, уполномоченные подписывать формы POLST на Аляске (M.D./D.O.).
 - Оригинал (при наличии) выдается пациенту; поставщик хранит копию в медицинской карте.
 - Последние 4 цифры SSN являются необязательными, но могут помочь идентифицировать / сопоставить пациента с его формой.
 - Если во время беседы используется переведенная форма POLST, приложите перевод к подписанной форме на английском языке.
 - Самая последняя заполненная действительная форма POLST заменяет все ранее заполненные формы POLST.
- Использование формы POLST:
 - Любой незаполненный раздел POLST не создает предположения о предпочтениях пациента в отношении лечения. Обеспечить стандартный уход.
 - Если выбран вариант "Не СЛР", не следует использовать дефибриллятор (включая автоматические наружные дефибрилляторы) или компрессию грудной клетки.
 - Для всех вариантов используйте медикаменты любым подходящим способом, позиционирование, лечение ран и другие меры для облегчения боли и страданий.
- Изучение формы POLST: Срок действия этой формы не истекает, но ее следует изучать каждый раз, когда пациент:
 - (1) переводится из одного учреждения или уровня ухода в другое;
 - (2) имеет существенные изменения в состоянии здоровья;
 - (3) меняет основного поставщика услуг; или
 - (4) изменяет свои предпочтения в лечении или цели ухода.
- Изменение формы POLST: Эта форма не может быть изменена. Если необходимо внести изменения, аннулируйте форму и заполните новую форму POLST.
- Аннулирование формы POLST:
 - Если пациент или представитель пациента (для недееспособных пациентов) хочет аннулировать форму: уничтожьте бумажную форму и свяжитесь с поставщиком медицинских услуг пациента, чтобы аннулировать предписания в медицинской карте пациента (и реестре POLST, если применимо).
 - Для медицинских учреждений: уничтожьте копию пациента (если это возможно), запишите в истории болезни, что форма аннулирована, и уведомите соответствующие службы (если применимо).
- Эта форма может быть добавлена в защищенный электронный реестр, чтобы поставщики медицинских услуг могли ее найти.

Для штрих-кодов / идентификационных наклеек