

Introduction to the Japanese 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 Japanese 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

POLST フォームの日本語訳の紹介

POLST は、重病の患者さんが自分のケアをよりコントロールしやすくするための医療オーダーです。これは、あなたがどのような医療を受けたいか、あなたの目標や希望を共有するための方法です。POLST の記入は任意です。POLST フォームに記入し、医師が署名すると、医療命令となり、アラスカのすべての医療専門家が尊重することが要求されます。

POLST は、重病の患者さんが自分のケアをよりコントロールしやすくするための医療オーダーです。この翻訳は教育目的です。署名された POLST フォームは、すべての医療従事者と救急隊員が読み、命令に従うことができるように、英語で書かれていなければなりません。

についてもっと知りたい方は アラスカ POLST をご覧ください。
www.akpolst.org

アラスカ POLST (生命維持治療のための医師命令) フォーム

医療従事者は、患者または患者の代理人と話をした後、このフォームを記入してください。POLSTの意思決定プロセスは、生命を脅かす深刻な病状（高度な虚弱を含む場合がある）のために、生命を脅かす臨床事象のリスクがある患者のためのものである。

患者様へのご案内。

POLSTフォームを持つことは常に任意である。

これは医療命令であり、事前指示書ではありません。

患者名: _____
 ミドルネーム/イニシャル: _____ 希望する名称: _____
 苗字: _____ サフィックス (Jr, Srなど): _____
 しゅじゅつ(年/月/日): ____ / ____ / ____ フォームを記入した州: _____
 性別: 男 女 バツ社会保障番号の下4桁 (任意): ラーメンボウル _____

A. 心肺蘇生法に関する指令。脈がなく、呼吸をしていない場合は、以下の指示に従う。

ピック1

はい CPRです。人工呼吸を含む蘇生を試みる。除細動と除細動(セクションBでフルトリートメントを選択することが必要です。)

ノーCPR: 蘇生を試みてはならない。(セクションBで選択可能)

B. 初期治療命令脈拍があり、かつ/または呼吸がある場合は、以下の指示に従う。

治療が患者の治療目標に合致していることを確認するために、患者または患者の代理人と定期的に介入を再評価し、議論する。目標や具体的な成果に基づいて、介入のタイムトライアルを検討する。

ピック1

- フル・トリートメント (セクションAでCPRを選択した場合は必須)。目標: 医学的に有効なすべての手段によって生命を維持しようとする。集中治療を含む延命のための適切な医学的および外科的治療を行う。
- 選択的治療法。ゴール集中治療や蘇生努力(人工呼吸器、<1180><1186>除細動・除細動)を避けながら、機能回復を試みる。必要に応じて、非侵襲的気道陽圧療法、抗生物質、輸液を使用することがあります。集中治療を避ける。現在の場所で治療ニーズが満たされない場合、病院へ移送する。ただし、このフォームのセクションCに別の治療希望が記録されている場合は、この限りではない。
- 快適性を重視した治療。目標: 症状管理による快適性の最大化、自然死の許容。必要に応じて酸素吸入、吸引、気道閉塞の手当てを行い、快適に過ごせるようにする。快適性の目標に合致しない限り、全項目に記載されている治療や選択治療は避けてください。現在の環境では快適さが得られない場合のみ、病院へ移送する。

C. 追加の命令または指示。これらの注文は、上記のもの(血液製剤、人工透析など)に加えてのものです。

[EMSのプロトコルは、このセクションの命令に基づいて行動する緊急レスポンスの能力を制限する場合があります]。

D. 医学的補助栄養法(患者が希望し、安全で忍容性のある場合、口から食物を摂取することができます。)

ピック1

- 新規または既存の手術用チューブによる栄養補給 人工的な栄養補給を必要としない
- 人工栄養の試用期間はあるが、手術でチューブを入れることはない 議論されたが決定されなかった(標準的な治療が提供された)。

E. 署名: 患者様または患者様の代理人様(オプション)

私は、このフォームが任意であることを理解しています。私は、治療の選択肢とケアの目標について、担当医と話し合いました。として署名する場合。

患者の代理人が、その治療が患者の既知の希望と一致し、患者の最善の利益のために行われる場合。

(オプション)

患者以外の場合は、同意する人(保護者の場合は反対しない人)の氏名を記入すること。

オーソリティ

F. 署名医療従事者(必須 電子署名の書類が有効です)

口頭での注文は、フォローアップのサインがあれば可能です。

私は、この注文が患者またはその代理人と協議されたことを確認しました。オーダーは、患者さんの既知の希望を最大限に反映させたものです。

私の知識の[注アラスカでPOLSTフォームに署名することを法律で許可された医療従事者のみがこの注文に署名することができます]。

(必須)

日付(年/月/日): 必須
 / /

電話番号#:

印刷されたフルネーム:

免許/資格#:

患者のフルネーム:

フォーム記入情報 (必須)

患者さんの事前指示書を確認し、POLSTの指示と矛盾しないことを確認しました。
(POLST フォームは事前指示書やリビングウィルに代わるものではありません。)

- はい; レビューした文書の日付。 _____
- 矛盾がある場合、患者に通知 (患者の能力がない場合、カルテに記載)。
- 事前指示書がない
- 事前指示書が存在しない

ディスカッションに参加した全員を確認する。

- 意思決定能力のある患者さ 裁判所が選任した後見人 未成年者の親
- 法定代理人/ヘルスケアエ その他: _____

メント

プロフェッショナルアシストヘルスケアプロバイダーを / フォームの記入 (該当する場合)。フルネーム

日付(年/月/日):

/ /

電話番号#:

()

この個人は、患者さんの: フィジシャン・アシスタント ソーシャルワーカー 看護師 聖職者 その他:

連絡先 (任意)

患者さんの緊急連絡先 (注記: ここにいる人をリストアップすることは ノット 法定代理人としての権限を付与するのみです事前指示書や州法でその権限を付与することができる)。

フルネーム:

- 法務担当者
- その他の緊急連絡先

電話番号#:

日: ()

夜: ()

プライマリーケアプロバイダー名:

電話番号:

()

患者がホスピスに登録されている

代理店名:

代理店の電話番号: ()

フォームの情報および説明

- POLST フォームを記入する。
 - 医療機関は、このフォームの根拠を患者の医療記録ノートに記録する必要があります。
 - 患者代理人は、アラスカ州法により定められており、患者が意思決定能力を欠く場合にのみ、州法に従い、このPOLST フォームを実行または無効とすることができます。
 - アラスカでPOLST フォームに署名する権限を与えられた医療従事者 (あ. デ./ デ. え.) のみがこのフォームに署名することができます。
 - 原本 (ある場合) は患者に渡し、医療機関はそのコピーを医療記録に保存する。
 - SSNの下4桁は任意ですが、患者を特定し、フォームと照合するのに役立ちます。
 - 会話中に翻訳されたPOLST フォームが使用された場合、署名された英語フォームに翻訳を添付する。
 - 最後に記入された有効なPOLST用紙は、それ以前に記入されたすべてのPOLST用紙に優先します。
- POLST フォームを使用する。
 - POLSTのいかなる不完全なセクションも、患者の治療に対する嗜好を推定するものではありません。標準治療を提供する。
 - CPRなし」を選択した場合、除細動器 (自動体外式除細動器を含む) および胸骨圧迫は使用しないこと。
 - すべての選択肢において、適切な経路での投薬、体位変換、創傷処置などを行い、痛みや苦痛を和らげるようにしましょう。
- POLST フォームを確認する。この用紙は有効期限はありませんが、患者さんの都度、見直す必要があります。
 - (1) は、あるケア環境またはレベルから別のレベルに移される。
 - (2) は、健康状態に大きな変化がある。
 - (3) 主治医を変更する、または
 - (4) は、治療の希望やケアの目標を変更します。
- POLST フォームの修正このフォームを変更することはできません。変更が必要な場合は、用紙を無効にして、新しいPOLST フォームに記入してください。
- POLST フォームの無効化
 - 患者または患者代理人 (意思能力のない患者の場合) が書式を無効にしたい場合: 紙の書式を破棄し、患者の医療提供者に連絡して、患者の医療記録 (および該当する場合はPOLST登録) の命令を無効とすること。
 - 医療従事者の場合: 患者のコピーを破棄し (可能な場合)、患者記録用紙に無効であることを記入し、登録機関に通知する (該当する場合)。
- この書式は、医療従事者が見つけられるように、安全な電子登録に追加される場合があります。

バーコード / 身元確認ステッカー用