

Introduction to the Vietnamese 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 Vietnamese 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

Giới thiệu bản dịch Tiếng Việt của mẫu POLST

POLST là một lệnh y tế cho phép bệnh nhân có quyền kiểm soát cao hơn đối với dịch vụ chăm sóc của họ trong thời gian bị bệnh nặng. Đây là cách mà quý vị chia sẻ các mục tiêu và mong muốn của mình về kiểu dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Việc điền mẫu POLST là không bắt buộc đối với quý vị. Sau khi hoàn thành và có chữ ký của một bác sĩ, mẫu POLST của quý vị sẽ trở thành lệnh y tế, bắt buộc tất cả chuyên gia y tế ở Alaska phải tuân thủ.

Đây là bản dịch Tiếng Việt mẫu Alaska POLST. Bản dịch này chỉ để giúp phổ biến kiến thức. Mẫu POLST có chữ ký phải bằng Tiếng Anh để tất cả các chuyên gia y tế và nhân viên khẩn cấp có thể đọc và làm theo lệnh.

Để tìm hiểu thêm về Alaska POLST, hãy truy cập www.akpolst.org

Mẫu Alaska POLST (Lệnh của Bác sĩ về Các Biện pháp Điều trị Kéo dài Sự sống)

Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần hoàn thành mẫu này chỉ sau khi đã trao đổi với bệnh nhân hoặc đại diện của bệnh nhân. Quy trình ra quyết định POLST là cho bệnh nhân có nguy cơ gặp phải một biến cố lâm sàng đe dọa đến tính mạng vì họ có một tình trạng bệnh lý nghiêm trọng hạn chế cuộc sống, có thể bao gồm cả tình trạng suy yếu tiến triển.

Thông tin Bệnh nhân.		Việc có mẫu POLST luôn là tự nguyện.	
Đây là lệnh y tế, không phải Chỉ thị Trước.	Tên Bệnh nhân: _____		
	Tên Đệm/ Viết tắt: _____		Tên ưa dùng: _____
	Họ: _____		Hậu tố tên (Jr, Sr, v.v): _____
	Ngày sinh (mm/dd/yyyy): ____ / ____ / ____ Tiểu bang nơi mẫu này được hoàn thành: _____		
Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> X 4 số cuối của Số An sinh Xã hội (không bắt buộc): xxx-xx-_____			

A. Lệnh Hồi sức Tim Phổi. Làm theo các lệnh này nếu bệnh nhân không có mạch và đang không thở.

Chọn 1 lựa chọn	<input type="checkbox"/> CÓ CPR: Thở Hồi sức, bao gồm cả thở máy, khử rung tim và sốc điện chuyển nhịp tim. (Yêu cầu chọn Điều trị Đầy đủ ở Mục B)	<input type="checkbox"/> KHÔNG CPR: Không Có Hồi sức. (Có thể chọn bất cứ lựa chọn nào ở Mục B)
-----------------	---	--

B. Lệnh Điều trị Ban đầu. Làm theo các lệnh này nếu bệnh nhân có mạch và/hoặc đang thở.

Đánh giá lại và thảo luận về các biện pháp can thiệp với bệnh nhân hoặc đại diện bệnh nhân thường xuyên để đảm bảo các biện pháp điều trị đáp ứng được các mục tiêu chăm sóc của bệnh nhân.

Cần nhắc một thử nghiệm can thiệp theo thời gian dựa vào các mục tiêu và kết cục cụ thể.

Chọn 1 lựa chọn	<input type="checkbox"/> Điều trị Đầy đủ (bắt buộc nếu chọn CPR ở Mục A). <u>Mục tiêu: Cố gắng duy trì sự sống bằng tất cả các phương tiện hiệu quả về mặt y tế.</u> Cung cấp điều trị y tế và phẫu thuật phù hợp theo chỉ định để nỗ lực kéo dài sự sống, bao gồm cả chăm sóc đặc biệt.
	<input type="checkbox"/> Điều trị Chọn lọc. <u>Mục tiêu: Cố gắng phục hồi chức năng trong khi tránh chăm sóc đặc biệt và nỗ lực hồi sức cấp cứu (máy thở, khử rung tim và sốc điện chuyển nhịp tim).</u> Có thể sử dụng áp lực đường thở dương không xâm lấn, kháng sinh và dịch truyền tĩnh mạch theo chỉ định. Tránh chăm sóc đặc biệt. Chuyển sang bệnh viện nếu nhu cầu điều trị không thể được đáp ứng ở địa điểm hiện tại, trừ khi một ưu tiên điều trị khác được ghi trong Mục C của mẫu này.
	<input type="checkbox"/> Điều trị Tập trung và Sự Thoải mái. <u>Mục tiêu: Tối đa hóa sự thoải mái thông qua quản lý triệu chứng; cho phép chết tự nhiên.</u> Dùng oxy, dụng cụ hút và điều trị thủ công chứng tắc nghẽn đường thở nếu cần để được thoải mái. Tránh các biện pháp điều trị được liệt kê trong mục điều trị đầy đủ và điều trị chọn lọc trừ khi thống nhất với mục tiêu tạo sự thoải mái. Chỉ chuyển tới bệnh viện nếu không thể đạt được sự thoải mái ở cơ sở hiện tại.

C. Các Lệnh hay Hướng dẫn Bổ sung. Các lệnh này là bổ sung cho những lệnh ở trên (ví dụ như sản phẩm máu, lọc máu thận).
[Các quy trình EMS có thể hạn chế khả năng nhân viên cấp cứu hành động theo lệnh trong mục này.]

D. Dinh dưỡng Hỗ trợ Y tế (Chỉ cho ăn qua đường miệng nếu bệnh nhân mong muốn, an toàn và có thể dung nạp)

Chọn 1 lựa chọn	<input type="checkbox"/> Cung cấp thức ăn qua đường ống phẫu thuật mới hoặc hiện có	<input type="checkbox"/> Không mong muốn dinh dưỡng nhân tạo
	<input type="checkbox"/> Giai đoạn dùng thử sản phẩm dinh dưỡng nhân tạo nhưng không dùng ống đặt bằng phẫu thuật	<input type="checkbox"/> Đã thảo luận nhưng không có quyết định (đã cung cấp tiêu chuẩn chăm sóc)

E. CHỮ KÝ: Bệnh nhân hay Đại diện Bệnh nhân (không bắt buộc)

Tôi hiểu rằng mẫu này là tự nguyện. Tôi đã thảo luận về các lựa chọn điều trị và mục tiêu chăm sóc của mình với bác sĩ của tôi. Nếu ký với tư cách là đại diện bệnh nhân, các điều trị phù hợp với mong muốn đã biết của bệnh nhân và lợi ích tốt nhất của họ.

(không bắt buộc)

Nếu không phải là bệnh nhân, hãy viết hoa tên đầy đủ của người đồng ý (hoặc không phản đối trong trường hợp là người giám hộ)	Ủy Quyền:
---	-----------

F. CHỮ KÝ: Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (bắt buộc, các tài liệu có chữ ký điện tử là hợp lệ) Lệnh bằng lời được chấp nhận nếu sau đó có chữ ký.

Tôi xác nhận rằng lệnh này đã được thảo luận với bệnh nhân hoặc đại diện của họ. Các lệnh này phản ánh những mong muốn đã biết của bệnh nhân, theo hiểu biết tốt nhất của tôi. [Lưu ý: Chỉ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có giấy phép được pháp luật cho phép ký mẫu POLST ở Alaska mới được ký lệnh này.]

<input checked="" type="checkbox"/> (bắt buộc)	Ngày (mm/dd/yyyy): Bắt buộc / /	Điện thoại:
Họ Tên Viết In Hoa:	Giấy phép/chứng nhận số:	

Họ Tên Bệnh nhân:

Thông tin hoàn thành mẫu (bắt buộc)

Đã xem xét chỉ thị trước của bệnh nhân để xác nhận không có mâu thuẫn với các lệnh POLST: (Một mẫu POLST không thay thế chỉ thị trước hay di chúc sống)	<input type="checkbox"/> Có; ngày tài liệu này được xem xét: _____ <input type="checkbox"/> Có tồn tại mâu thuẫn, đã thông báo cho bệnh nhân (Nếu bệnh nhân mất khả năng, đã lưu ý trong biểu) <input type="checkbox"/> Không sẵn có chỉ thị trước <input type="checkbox"/> Không tồn tại chỉ thị trước
---	--

Đánh dấu tất cả mọi người đã tham gia vào cuộc thảo luận:

<input type="checkbox"/> Bệnh nhân có năng lực ra quyết định	<input type="checkbox"/> Người Giám hộ được Tòa án Chỉ định
<input type="checkbox"/> Đại diện Pháp lý / Đại diện Chăm sóc Sức khỏe	<input type="checkbox"/> Phụ huynh của Trẻ Vị Thành niên
<input type="checkbox"/> Khác: _____	

Chuyên gia Hỗ trợ Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoàn thành Mẫu này (nếu phù hợp): Họ Tên:	Ngày (mm/dd/yyyy): / /	Điện thoại: ()
--	---------------------------	--------------------

Người này là: Trợ lý Bác sĩ Nhân viên Xã hội Y tá Giáo sĩ Khác:

Thông tin Liên hệ (không bắt buộc)

Người Liên lạc trong trường hợp Khẩn cấp của bệnh nhân. (Lưu ý: Việc liệt kê một người ở đây không có nghĩa là cho phép họ làm đại diện pháp lý. Chỉ một chỉ thị trước hoặc luật tiểu bang mới có thể trao quyền đó.)

Họ Tên:	<input type="checkbox"/> Đại diện Pháp lý <input type="checkbox"/> Người liên lạc khẩn cấp khác	Điện thoại: Ngày: () Đêm: ()
---------	--	--------------------------------------

Tên Bác sĩ Chăm sóc Chính:	Điện Thoại: ()
----------------------------	--------------------

Bệnh nhân ghi danh vào cơ sở chăm sóc cuối đời

Tên Cơ quan: _____
Điện thoại Cơ quan: ()

Thông tin & Hướng dẫn cho Mẫu

- Hoàn thành mẫu POLST:
 - Nhà cung cấp cần ghi tài liệu cơ sở của mẫu này trong phần lưu ý hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.
 - Đại diện bệnh nhân được xác định bởi Quy chế Alaska, và theo luật tiểu bang, có thể thực hiện hoặc hủy mẫu POLST này chỉ khi bệnh nhân bị mất khả năng ra quyết định.
 - Chỉ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có giấy phép được cho phép ký mẫu POLST ở Alaska (M.D./D.O.) mới được ký mẫu này.
 - Bản gốc (nếu có) đã được đưa cho bệnh nhân; nhà cung cấp giữ bản sao trong hồ sơ y tế.
 - 4 số cuối của SSN là không bắt buộc nhưng có thể giúp xác định / khớp bệnh nhân với mẫu của họ.
 - Nếu một bản dịch mẫu POLST được sử dụng trong cuộc trò chuyện, hãy đính kèm bản dịch vào mẫu Tiếng Anh có chữ ký.
 - Mẫu POLST hợp lệ được hoàn thành gần đây nhất sẽ thay thế tất cả các mẫu POLST đã được hoàn thành trước đây.
- Sử dụng mẫu POLST:
 - Bất kỳ mục nào của POLST chưa được hoàn thành không cấu thành bất kỳ giả định nào về ưu tiên của bệnh nhân đối với điều trị. Cung cấp tiêu chuẩn chăm sóc.
 - Không sử dụng máy khử rung tim (bao gồm máy khử rung tim tự động bên ngoài) hay thiết bị ép ngực nào nếu “Không CPR” được chọn.
 - Đối với tất cả các lựa chọn, sử dụng thuốc qua bất kỳ đường dùng phù hợp nào, đặt tư thế, chăm sóc vết thương và các biện pháp khác để giảm đau đớn và đau khổ.
- Xem xét một mẫu POLST: Mẫu này không có ngày hết hạn nhưng cần được xem xét bất cứ khi nào bệnh nhân:
 - (1) được chuyển từ một môi trường chăm sóc sang một môi trường chăm sóc khác;
 - (2) có thay đổi đáng kể về tình trạng sức khỏe;
 - (3) đổi bác sĩ chăm sóc chính; hoặc
 - (4) đổi ưu tiên điều trị hay mục tiêu chăm sóc của họ.
- Sửa đổi mẫu POLST: Mẫu này không thể sửa đổi. Nếu cần có thay đổi, hãy hủy mẫu này và hoàn thành một mẫu POLST mới.
- Hủy mẫu POLST:
 - Nếu một bệnh nhân hay đại diện bệnh nhân (đối với bệnh nhân mất khả năng) muốn hủy mẫu này: hãy hủy bỏ mẫu giấy và liên lạc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân để hủy lệnh trong hồ sơ y tế của bệnh nhân (và đăng ký POLST, nếu có).
 - Dành cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: hủy bản sao của bệnh nhân (nếu có thể), ghi chú vào hồ sơ bệnh nhân là mẫu này bị hủy và thông báo cho cơ quan đăng ký (nếu phù hợp).
- Mẫu này có thể được bổ sung vào một cơ sở đăng ký điện tử bảo mật để các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể tìm được.

Dành cho Mã vạch / Miếng dán ID