

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

LỆNH CHO NGƯỜI HÀNH NGHỀ VỀ ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ MẠNG SỐNG (PRACTITIONER ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT - POLST) Ở NEW JERSEY

Tuân theo các lệnh này, sau đó liên lạc với bác sĩ/APN. Tờ Lệnh Y Khoa này dựa trên tình trạng y khoa hiện nay của người được nêu dưới đây và ước muốn của họ đã được nêu rõ bằng lời nói hoặc trong bản chỉ dẫn trước. Bất cứ phần nào không được điền vào ngụ ý điều trị hoàn toàn cho phần đó. Mọi người sẽ được điều trị có phẩm giá và tôn trọng.

Tên của Người Này (Họ, tên, tên lót)

Ngày Sinh

A	CÁC MỤC TIÊU CHĂM SÓC (Xem mặt bên kia để biết các chỉ dẫn. Phần này không làm thành một lệnh y khoa.)	
B	<p>CÁC CAN THIỆP Y KHOA: Người này đang thờ và/hoặc có nhịp mạch</p> <p><input type="checkbox"/> Điều Trị Hoàn Toàn. Dừng tất cả các biện pháp can thiệp y khoa và giải phẫu như đã được chỉ định để hỗ trợ mạng sống. Nếu đang ở một cơ sở điều dưỡng, chuyển sang bệnh viện nếu được chỉ định. Xem phần D để biết tình trạng hồi sinh.</p> <p><input type="checkbox"/> Điều Trị Giới Hạn Dừng cách điều trị y khoa thích hợp như thuốc trụ sinh và tiêm truyền dịch vào tĩnh mạch (IV) như đã được chỉ định. Có thể dùng áp lực đường thở dương tính không xâm nhập Thường tránh việc chăm sóc khẩn trương.</p> <p><input type="checkbox"/> Chuyển sang bệnh viện để can thiệp y khoa.</p> <p><input type="checkbox"/> Chỉ Điều Trị cho Triệu Chứng. Dừng cách điều trị tạo sự thoải mái tích cực để làm giảm cơn đau và khổ sở bằng cách dùng bất cứ loại thuốc nào bởi bất cứ tuyến đường, vị trí nào, chăm sóc vết thương và các biện pháp khác. Dừng khí oxy, hút và điều trị bằng tay cho sự tắc nghẽn đường thở nếu cần để tạo sự thoải mái. Chỉ dùng thuốc trụ sinh để gia tăng sự thoải mái. Chỉ chuyển chuyển nếu các nhu cầu về thoải mái không thể đáp ứng được tại địa điểm hiện nay.</p> <p>Các Lệnh Khác: _____</p>	
C	<p>TRUYỀN DỊCH VÀ CHẤT DINH DƯỠNG NHÂN TẠO:</p> <p><i>Luôn luôn cho dùng thực phẩm/chất dịch bằng đường miệng nếu có thể thực hiện được và đáng mong muốn.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Không cho dùng chất dinh dưỡng nhân tạo. <input type="checkbox"/> Xác định thời kỳ thử chất dinh dưỡng nhân tạo.</p> <p><input type="checkbox"/> Dinh dưỡng nhân tạo dài hạn</p>	
D	<p>HỒI SINH TIM PHỔI (CPR)</p> <p><i>Người này không có nhịp mạch và/hoặc không thờ</i></p> <p><input type="checkbox"/> Cố gắng hồi sinh/CPR</p> <p><input type="checkbox"/> Không tìm cách hồi sinh/DNAR</p> <p><u>Allow Natural Death</u> (Cho Chết Tự Nhiên)</p>	<p>QUẢN LÝ ĐƯỜNG THỞ</p> <p><i>Người này gặp khó khăn về hô hấp nhưng có nhịp mạch</i></p> <p><input type="checkbox"/> Luôn ống thông/dùng sự thông khí nhân tạo nếu cần</p> <p><input type="checkbox"/> Không luôn ống thông - Dùng khí oxy (O2), điều trị bằng tay để làm thông việc bị nghẽn đường thở, dùng thuốc cho dễ chịu</p>
E	<p>Nếu bị mất khả năng thực hiện quyết định, tôi ủy quyền cho người thực hiện quyết định đại diện cho tôi, như được nêu dưới đây, để bổ sung hoặc rút lại các lệnh NJ POLST sau khi tham vấn với y sĩ điều trị của tôi/APN. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>_____</p> <p>Tên viết chữ in của Người Đại Diện (địa chỉ ở mặt bên kia) Số Điện Thoại</p>	
F	<p>CÁC CHỮ KÝ:</p> <p><i>Tôi đã bàn qua thông tin này với bác sĩ của tôi/APN</i></p> <p>Chữ ký _____</p> <p><input type="checkbox"/> Người có tên nêu trên</p> <p><input type="checkbox"/> Đại Diện Y Tế/Người Giám Hộ Hợp Pháp</p> <p><input type="checkbox"/> Người Hôn Phối/Bạn Tình Sống Chung</p> <p><input type="checkbox"/> Cha mẹ của Trẻ vị thành niên</p> <p><input type="checkbox"/> Người đại diện khác _____</p>	<p>Người có tên ở trên có hiển tưng bộ phận cơ thể:</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><i>Các lệnh này phù hợp với tình trạng y khoa, các sở thích đã được biết và thông tin biết rõ nhất của người này.</i></p> <p>_____</p> <p>VIẾT CHỮ IN - Số điện thoại của Y Sĩ/Tên APN</p> <p>_____</p> <p>Chữ ký của Y Sĩ/APN (Bắt buộc) Ngày/Giờ</p>

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

TÊN VIẾT CHỮ IN CỦA NGƯỜI NÀY (HỌ, TÊN, TÊN LỚT)

NGÀY SINH

VIẾT CHỮ IN ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI NÀY

THÔNG TIN LIÊN LẠC

VIẾT CHỮ IN TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN RA QUYẾT ĐỊNH VỀ Y TẾ

ĐỊA CHỈ

SỐ ĐIỆN THOẠI

CÁC CHỈ DẪN CHO CHUYÊN VIÊN Y TẾ

ĐIỀN VÀO POLST

- Phải được điền vào bởi một y sĩ hoặc y tá hành nghề cấp cao.
- Rất nên dùng mẫu đơn bản gốc. Có thể dùng các bản sao và fax của các mẫu POLST có ký tên.
- Bất cứ phần nào của POLST không được điền vào ngụ ý điều trị hoàn toàn cho phần đó.

DUYỆT XÉT POLST

Các lệnh POLST là các lệnh thực sự chuyển đi cùng với người này và có hiệu lực trong tất cả các bối cảnh ở New Jersey. Đề nghị là nên duyệt xét POLST định kỳ, đặc biệt là khi:

- Người này được chuyển từ một bối cảnh chăm sóc hoặc mức độ chăm sóc sang một nơi hoặc mức độ khác, hoặc
- Có sự thay đổi đáng kể về tình trạng sức khỏe của người này, hoặc
- Các ưa thích về điều trị của người này thay đổi.

BỔ SUNG VÀ HỦY BỎ POLST - Một người có khả năng quyết định lúc nào cũng có thể bổ sung/hủy bỏ một POLST vào bất cứ lúc nào.

- Một người đại diện, nếu được quy định trong Phần E ở mặt trước của mẫu này, có thể, vào bất cứ lúc nào, hủy bỏ mẫu POLST, đổi ý về các ưa thích điều trị hoặc thi hành một tài liệu POLST mới dựa vào ước muốn đã được biết của người này hoặc tài liệu khác như một bản chỉ dẫn trước.
- Người đại diện ra quyết định có thể yêu cầu bổ sung các lệnh này dựa vào ước muốn đã được biết của người này hoặc, nếu không biết, lợi ích tốt nhất của người này.
- Để hủy bỏ POLST, gạch một đường xuyên qua tất cả các phần và viết vào "VOID" dưới dạng chữ lớn. Ký tên và ghi ngày tháng vào đường kẻ này.

PHẦN A

Các mục tiêu cụ thể mà chúng tôi hiện đang cố gắng đạt được qua chương trình điều trị chăm sóc này là gì? Điều này có thể được quyết định bằng cách hỏi câu đơn giản: "Các hy vọng của quý vị cho tương lai là gì?" Các thí dụ bao gồm nhưng không giới hạn vào:

- Sống lâu, trị khỏi, thuyên giảm
- Chất lượng đời sống tốt hơn
- Sống đủ lâu để tham dự một dịp tổ chức của gia đình (đám cưới, sinh nhật, tốt nghiệp)
- Sống mà không bị đau đớn, buồn nôn, khó thở
- Ăn, lái xe, làm vườn, vui với con cháu

Các nhân viên cung cấp dịch vụ y khoa nên chia sẻ thông tin về tiên lượng bệnh để người này đặt ra các mục tiêu thực tiễn.

PHẦN B

- Khi chọn "điều trị giới hạn", ngoài ra nếu người này muốn hoặc không muốn chuyển sang một bệnh viện để được chăm sóc thêm.
- Thuốc truyền qua tĩnh mạch (IV) để gia tăng sự dễ chịu có thể thích hợp cho người đã chọn "chỉ điều trị triệu chứng mà thôi."
- Áp lực đường thở dương tính không xâm lấn bao gồm áp lực đường thở dương tích liên tục (continuous positive airway pressure - CPAP), hoặc áp lực đường thở dương tính hai cấp độ (bi-level positive airway pressure - BiPAP)
- Các biện pháp tạo sự dễ chịu sẽ luôn luôn được cung cấp.

PHẦN C

Chất dịch và dinh dưỡng dùng qua đường miệng nên luôn luôn được cung cấp nếu có thể thực hiện được về y khoa và nếu họ đáp ứng các mục tiêu chăm sóc được người này hoặc người đại diện xác định. Việc dùng chất dinh dưỡng và thủy hóa cho dù bằng đường miệng hoặc bằng cách xâm nhập sẽ trong phạm vi ngữ cảnh về ước nguyện, tôn giáo và niềm tin văn hóa của người này.

PHẦN D

Lựa chọn theo các sở thích của người này về hô hấp nhân tạo (CPR) và một sự lựa chọn riêng về quản lý đường thở.

PHẦN E

Phần này áp dụng vào các tình huống mà người này có khả năng quyết định khi mẫu POLST được hoàn tất. Một người đại diện CHỈ có thể làm mất hiệu lực hoặc bổ sung một mẫu POLST hiện hữu, hoặc thi hành một bản mới, nếu được người này nêu ra trong phần này.

PHẦN F

POLST phải được ký tên bởi một người hành nghề, có nghĩa là một bác sĩ hoặc APN, để có hiệu lực. Các lệnh bằng lời nói có thể chấp nhận được với chữ ký tiếp theo sau bởi bác sĩ/APN cho phù hợp với chính sách của cơ sở/cộng đồng. Các lệnh POLST cần được ký tên vào bởi người này/người đại diện. Ghi rõ trên hàng chữ ký nếu người này/người đại diện không thể ký tên, từ chối ký, hoặc đưa sự chấp thuận bằng lời nói.

GỬI BẢN CHÍNH THEO CÙNG NGƯỜI NÀY MỖI KHI ĐƯỢC THUYỀN CHUYỂN