

Introduction to the Farsi translation of the POLST form

POLST is a physician order that gives patients more control over their care during serious illness. Produced on a distinctive bright pink form and signed by both the physician and patient, POLST specifies the types of medical treatment that a patient wishes to receive during serious illness.

This is a Farsi translation of the California POLST form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient's wishes documented on the POLST form. The signed POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For questions in English, email info@capolst.org or call (916) 489-2222. To learn more about POLST, visit www.caPOLST.org.

معرفی ترجمه فارسی فرم POLST

POLST يك دستور پزشك است كه به بيماران كنترل بيشتري براي مراقبت هاي آخر زندگي خود مي دهد. ارائه شده بر روي فرم متمايز صورتي روشن و امضا شده بوسيله هم بيمار و هم پزشك، POLST نوع درمان پزشكي كه بيمار مي خواهد در زمان آخر زندگي خود دريافت كند را مشخص مي كند.

اين يك ترجمه فارسي از فرم POLST كاليفرنياست. فرم ترجمه شده فقط براي اهداف آموزشي در زمان گفتگو كردن در مورد خواسته هاي بيمار كه بر روي فرم POLST نوشته شده است، استفاده مي شود. فرم امضا شده POLST مي بايست به زبان انگليسي باشد تا افراد مسؤل موارد اضطراري بتوانند آن را بخوانند و به دستورات عمل كنند.

براي سوالات به زبان انگليسي، به آدرس info@capolst.org ايميل بفرستيد و يا با شماره تلفن (916) 489-2222 تماس بگيريد. براي يادگيري بيشتري در مورد POLST، از تارنماي www.caPOLST.org ديدن كنيد.

This page is left intentionally blank.



EMSA # 111 B
تاریخ اجرا 10/1/2014*

**دستورات پزشک برای معالجات ادامه حیات
(Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)**

نام خانوادگی بیمار:	تاریخی که فرم تهیه شده:	ابتدا این دستورات را دنبال کنید سپس با پزشک تماس بگیرید. کپی امضا شده فرم POLST دستور پزشکی است که از نظر قانونی معتبر است. هر قسمتی که تکمیل نشده باشد به مفهوم درمان کامل برای آن قسمت است. POLST متمم "راهنمایی از پیش تعیین شده" است و منظور از آن گرفتن جای آن سند نیست.
نام بیمار:	تاریخ تولد بیمار:	
نام میانی بیمار:	شماره سابقه پزشکی: (اختیاری)	

A احیای قلبی- تنفسی (CPR): اگر بیمار نبض ندارد و نفس نمی کشد. در صورتی که بیمار دچار حمله قلبی- تنفسی نشده است، دستورات قسمت B و C را دنبال کنید.	A یکی را علامت بزنید
<input type="checkbox"/> برای احیا اقدام کنید / CPR (انتخاب CPR در قسمت A مستلزم انتخاب "معالجه کامل" در قسمت B است).	
<input type="checkbox"/> برای احیا اقدام نکنید / DNR (اجازه دهید بیمار به مرگ طبیعی فوت کند).	

B مداخلات پزشکی: درمان کامل - هدف اولیه بیشتر زنده نگه داشتن بیمار به وسیله تمامی ابزارهای مؤثر پزشکی. علاوه بر مراقبت های تعریف شده در قسمت "درمان گزینشی" و "درمان متمرکز بر آسایش"، از لوله گذاری، مداخلات پیشرفته راه تنفسی، تهویه مکانیکی، و شوک همهانگ (کاردیورژن)، به صورتی که گفته شد، استفاده کنید. <input type="checkbox"/> دوره آزمایشی درمان کامل. <input type="checkbox"/> درمان گزینشی - هدف درمان بیماری ضمن اجتناب از اقدامات دشوار. علاوه بر درمانی که در "درمان متمرکز بر راحتی" شرح داده شد، از معالجات پزشکی، آنتی بیوتیک های وریدی، و مایعات داخل وریدی، به صورتی که گفته شد، استفاده کنید. لوله گذاری نکنید. می توان از فشار مثبت راه تنفسی غیر تهاجمی استفاده کرد. به طور کلی از مراقبت ویژه خودداری کنید. <input type="checkbox"/> درخواست انتقال به بیمارستان فقط در صورتی که برآورده ساختن نیازهای آسایش بیمار در محل مربوطه امکان پذیر نباشد. <input type="checkbox"/> درمان متمرکز بر آسایش - هدف اولیه به حداکثر رساندن آسایش. درد و رنج را با دارو به هر طریقی که نیاز است تسکین دهید؛ از اکسیژن، ساکشن، و درمان دستی انسداد راه تنفسی استفاده کنید. از معالجات مذکور در "درمان گزینشی و کامل" استفاده نکنید، مگر در صورت سازگاری با هدف آسایش. درخواست انتقال به بیمارستان فقط در صورتی که برآورده ساختن نیازهای آسایش بیمار در محل مربوطه امکان پذیر نباشد. دستورات اضافی: _____	B یکی را علامت بزنید
--	--------------------------------

C تغذیه از راه های مصنوعی: دادن غذا از دهان اگر امکان پذیر و مطلوب است. دستورات اضافی: _____	C یکی را علامت بزنید
<input type="checkbox"/> تغذیه مصنوعی دراز مدت، از جمله لوله های غذا دادن.	
<input type="checkbox"/> دوره آزمایشی غذا دادن مصنوعی، از جمله لوله های غذا دادن.	
<input type="checkbox"/> از هیچ وسیله مصنوعی تغذیه، از جمله لوله های غذا دادن استفاده نشود.	

D اطلاعات و امضاها: مطرح شده با: <input type="checkbox"/> بیمار (بیمار توانایی دارد) <input type="checkbox"/> تصمیم گیرنده از لحاظ قانونی به رسمیت شناخته شده راهنمایی از پیش تعیین شده مورخ _____ موجود بود و بررسی شد ← مرکز مراقبتها در صورتی که نام او در وصیت نامه پزشکی (Advance Directive): نام: _____ شماره تلفن: _____ امضای پزشک امضای من در زیر نشانه آن است که تا آنجا که علم و اطلاع دارم این دستورات مطابق با وضعیت پزشکی و ترجیح های بیمار است.	D
نام پزشک با حروف جدا: _____	
شماره تلفن پزشک: _____	
شماره جواز پزشک: _____	
امضای پزشک: (الزامی) _____	

امضای بیمار یا تصمیم گیرنده که از لحاظ قانونی به رسمیت شناخته شده اینجانب آگاهم که پر کردن این فرم اختیاری است. با امضای این فرم، تصمیم گیرنده ای که از لحاظ قانونی به رسمیت شناخته شده تصدیق می کند که این درخواست مربوط به اقدامات احیا مطابق با خواسته های معلوم و در جهت بهترین منافع بیماری است که موضوع این فرم است.	
نام با حروف جدا: _____	نسبت: (اگر خود بیمار است بنویسید خودش).
امضا: (الزامی) _____	تاریخ: _____
آدرس پستی (خیابان/شهر/ایالت/زپ/کد): _____	شماره تلفن: _____
Office Use Only: فقط برای استفاده اداری:	

هنگام انتقال یا ترخیص فرم را همراه با بیمار بفرستید.

HIPAA فاش کردن دستورات پزشک در خصوص معالجات ادامه حیات (POLST) برای دیگر ارائه دهندگان مراقبتها را هنگام نیاز مجاز می شمارد

اطلاعات بیمار

نام (نام خانوادگی، نام، نام میانی):	تاریخ تولد:	جنسیت:
		مرد زن

ارائه دهنده خدمات بهداشتی که در تهیه این فرم کمک می کند. در صورتی که POLST توسط پزشک امضا کننده تکمیل شده باشد، اعمال پذیر نمی باشد.

نام:	عنوان:	شماره تلفن:

تماس اضافی هیچکدام

نام:	نسبت با بیمار:	شماره تلفن:

راهنمایی های مربوط به ارائه دهنده خدمات بهداشتی

تکمیل POLST

- تکمیل فرم POLST داوطلبانه است. قانون کالیفرنیا مقرر می دارد که ارائه دهندگان خدمات بهداشتی موارد مطرح شده در فرم POLST را رعایت کنند و کسانی را که با حسن نیت آن موارد را رعایت می کنند مصون می شمارد. در محل بیمارستان بیمار توسط پزشکی که دستورات لازم و متناسب با اولویت های بیمار را صادر می کند، ارزیابی خواهد شد.
- POLST جای راهنمای از پیش تعیین شده را نمی گیرد. هنگام موجود بودن، راهنمایی از پیش تعیین شده و فرم POLST را بررسی کنید تا از همخوانی آنها اطمینان یابید و فرم ها را بصورت متناسب به روز کنید تا هرگونه تضادی برطرف شود.
- POLST باید توسط یک ارائه دهنده خدمات بهداشتی و بر مبنای ترجیحات و علائم طبی بیمار تکمیل شود.
- یک تصمیم گیرنده از نظر قانونی به رسمیت شناخته شده می تواند یک محافظ یا سرپرست تعیین شده از طرف دادگاه، نماینده منصوب شده در یک "راهنمایی از پیش تعیین شده"، جانشین، همسر، شریک زندگی ابلاغ شده به دولت، و والد یک فرد کم سال، نزدیک ترین خویشاوند در دسترس، یا شخصی که به باور پزشک بیمار به بهترین صورت می داند بهترین منافع بیمار چیست و تصمیمات خود را بر طبق خواسته های بیان شده بیمار و ارزش های او تا حد معلوم اتخاذ می کند شامل سازد.
- تصمیم گیرنده ای که از نظر قانونی به رسمیت شناخته شده می تواند فرم POLST را به اجرا گذارد فقط در صورتی که بیمار فاقد توانایی بوده یا مشخص شده باشد که اختیار تصمیم گیرنده فوراً به اجرا گذاشته می شود.
- POLST باید توسط یک پزشک و بیمار یا تصمیم گیرنده امضا شود تا اعتبار یابد. دستورات شفاهی با امضای بعدی پزشک بر طبق سیاست های بیمارستان/ جامعه محلی قابل قبول است.
- اگر بیمار یا تصمیم گیرنده از یک فرم ترجمه شده استفاده می کند، آن را به فرم انگلیسی امضا شده POLST ضمیمه نمایید.
- استفاده از فرم اصلی قویا توصیه می شود. فتوکپی ها و فکس های فرم های امضا شده POLST قانون و معتبر هستند. زمانی که میسر باشد کپی باید در سابقه پزشکی بیمار نگهداری شده و زمانی که میسر باشد روی کاغذ صورتی پر رنگ باشد.

استفاده از POLST

- هر قسمت تکمیل نشده POLST به مفهوم برخورد کامل با آن قسمت است.
- قسمت A در مورد بیماری که قسمت "برای احیاء اقدام نکنید" را انتخاب کرده چنانچه بدون نبض یافت شود و نفس نکشد، دادن شوک به عضلات قلب (از جمله شوک اتوماتیک خارجی) یا فشارهای وارده به قفسه سینه نباید صورت گیرد.
- قسمت B هنگامی که راحتی در محل موجود حاصل نشود، بیمار، از جمله کسی که قسمت "درمان متمرکز بر آسایش" را انتخاب کرده باید به محلی منتقل شود که بتوان راحتی (مثلا معالجه ترک لگن خاصره) را عرضه کرد.
- فشار مثبت راه هوا بدون سوراخ کردن بدن شامل تنفس های مصنوعی فشار مثبت و مداوم راه هوا (CPAP)، فشار دو سطحی مثبت راه هوا (BiPAP)، و ماسک تنفسی توام با فشار (BVM) است.
- آنتی بیوتیک های درون وریدی و رساندن آب به بدن معمولاً "درمان متمرکز بر آسایش" محسوب نمی شوند.
- معالجه کم شدن آب بدن زندگی را طولانی تر می کند. اگر شخص مایل به استفاده از مایعات درون وریدی است، "درمان گزینشی" یا "درمان کامل" را مشخص کنید.
- بسته به پروتکل خدمات پزشکی اروژناسی (EMS) محلی، "دستورات اضافی" نوشته شده در قسمت B ممکن است توسط پرسنل EMS اعمال نشود.

مرور POLST

- توصیه می شود که POLST بصورت دوره ای مرور شود. مرور هنگامی توصیه می شود که:
- بیمار از یک محل مراقبت یا سطح مراقبت به محل یا سطح دیگر منتقل می شود، یا
- تغییر عمده ای در وضعیت سلامت بیمار پیش می آید، یا
- ترجیحات معالجاتی بیمار تغییر می کند.

تعدیل و حذف POLST

- بیمار دارای توانایی تصمیم گیری در هر زمان می تواند در خواست درمان جایگزین داشته باشد یا به هر وسیله ای که نشان دهنده قصد باطل کردن POLST است آن را ابطال نماید.
- توصیه می شود که ابطال یا کشیدن یک خط روی بخش A تا D، و نوشتن "VOID" (به معنای باطل) با حروف بزرگ و امضا و تاریخ گذاری روی این خط مستند گردد.
- تصمیم گیرنده از لحاظ قانونی به رسمیت شناخته شده می تواند درخواست نماید که تغییرات، با همکاری پزشک و بر مبنای خواسته های شناخته شده شخص تعدیل گردد. چنانچه خواسته های بیمار معلوم نباشد، وضعیتی که بیش از همه به نفع او است در نظر گرفته می شود.

این فرم توسط اداره خدمات پزشکی اضطراری کالیفرنیا و در رابطه با همکاری با نیروی کار ایالتی POLST تصویب شده است. برای اطلاعات بیشتر یا کپی فرم از ترنمای www.caPOLST.org دیدن کنید.

هنگام انتقال یا ترخیص فرم را همراه با بیمار بفرستید.