

जीवन रक्षक उपचार के लिए न्यू जर्सी प्रैक्टिशनर आदेश (न्यू जर्सी प्रैक्टिशनर ऑर्डर्स फॉर लाइफ-सस्टेनिंग ट्रीटमेंट - POLST)

इन आदेशों का पालन करें, इसके बाद चिकित्सक/ एपीएन (APN)/ पीए (PA) से सम्पर्क करें। यह चिकित्सीय आदेश पत्रक नीचे दिये गये उल्लिखित व्यक्ति की वर्तमान चिकित्सा दशा और मौखिक रूप से या एक लिखित अग्रिम निर्देश में बताई गई उनकी इच्छाओं पर आधारित है। पूरा न किए गए किसी भी खंड का अर्थ उस खंड के लिए पूर्ण उपचार है। प्रत्येक व्यक्ति के साथ गरिमापूर्ण और आदर के साथ व्यवहार किया जायेगा।

व्यक्ति का नाम (अंतिम, प्रथम, मध्यम)

जन्म की तारीख

व्यक्ति का पता मुद्रित करें

क	देखभाल के लक्ष्य (निर्देशों के लिए पिछला हिस्सा देखें। यह खंड चिकित्सीय आदेश नहीं है।)	
ख	<p>चिकित्सीय अंतःक्षण (इंटरवेंशन): व्यक्ति साँस ले रहा है और/या उसकी नब्ब चल रही है</p> <p><input type="checkbox"/> पूर्ण उपचार। समस्त जीवन रक्षक चिकित्सीय और शल्य चिकित्सीय (सर्जिकल) उपाय करें। यदि व्यक्ति नर्सिंग सुविधा में है और आवश्यक लगता है तो उसे अस्पताल में स्थानांतरित करें। होश में लाने की स्थिति के लिए खंड घ देखें।</p> <p><input type="checkbox"/> सीमित उपचार। आवश्यकता के अनुसार उपयुक्त चिकित्सीय उपचार जैसे कि एंटीबायोटिक और अंतः निपेचन (IV) फ्लूइड्स का उपयोग करें। गैर-अंतःक्षेपीय (नॉन-इंवेसिव) सकारात्मक वायुमार्ग दबाव का उपयोग कर सकते हैं। आमतौर पर गहन चिकित्सा देखभाल से बचें।</p> <p><input type="checkbox"/> चिकित्सीय अंतःक्षेपों (इंटरवेंशन) के लिए अस्पताल में स्थानांतरित करें। <input type="checkbox"/> अस्पताल में केवल उसी दशा में स्थानांतरित करें यदि सुविधा सम्बन्धी ज़रूरतें वर्तमान स्थल पर पूरी नहीं की जा सकती हैं।</p> <p><input type="checkbox"/> केवल लक्षण सम्बन्धी उपचार। किसी भी रूप से दवा इस्तेमाल करके, पोषण/पेय करके, धाव की देखभाल और अन्य उपायों के माध्यम से दर्द और पीड़ा से राहत देने के लिए आराम या सुविधा प्रदान करने के लिए शीघ्रतापूर्वक उपचार करें। आराम के लिए आवश्यकतानुसार ऑक्सीजन, सक्शन और वायुमार्ग अवरोध के लिए मैन्यूअल उपचार करें। एंटीबायोटिक दवाओं का उपयोग केवल आराम को बढ़ावा देने के लिए करें। केवल उसी दशा में स्थानांतरित करें अगर आराम सम्बन्धी ज़रूरतों को मौजूदा स्थल पर पूरा नहीं किया जा सकता है।</p> <p>अतिरिक्त आदेश: _____</p>	
ग	<p>कृत्रिम रूप से दिए गए तरल पदार्थ और पोषण:</p> <p>अगर सम्भव और वांछित हो, तो खाद्य पदार्थ/तरल पदार्थ हमेशा मुख के माध्यम से दें।</p> <p><input type="checkbox"/> कोई कृत्रिम पोषण नहीं। <input type="checkbox"/> लम्बे समय तक कृत्रिम पोषण <input type="checkbox"/> कृत्रिम पोषण की परिभाषित परीक्षण अवधि।</p>	
घ	<p>कार्डियोपल्मोनरी रिससिटेशन सीपीआर (CPR)</p> <p>व्यक्ति की नब्ब नहीं चल रही हो और/या वह साँस नहीं ले रहा है।</p> <p><input type="checkbox"/> रिससिटेशन/ सीपीआर(CPR) का प्रयास करें</p> <p><input type="checkbox"/> रिससिटेशन का प्रयास न करें / डीएनएआर (DNAR)</p> <p>स्वाभाविक मृत्यु होने दें</p>	<p>वायुमार्ग प्रबन्धन</p> <p>व्यक्ति की नब्ब चल रही हो लेकिन उसे साँस लेने में कठिनाई हो रही हो</p> <p><input type="checkbox"/> आवश्यकतानुसार नली लगायें (इन्ड्यूवेशन करें)/ कृत्रिम वेंटिलेशन का उपयोग करें</p> <p><input type="checkbox"/> नली नहीं लगायें (इन्ड्यूवेशन न करें) – ऑक्सीजन, वायुमार्ग अवरोध में राहत देने के लिए मैन्यूअल उपचार, आराम के लिए दवाओं का उपयोग करें</p> <p><input type="checkbox"/> अतिरिक्त आदेश (उदाहरण के लिए यांत्रिक वेंटिलेशन की परिभाषित परीक्षण अवधि)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
ड.	<p>अगर मैं अपने निर्णय लेने की क्षमता खो देता/देती हूँ, तो मैं नीचे दिये गये निर्णय लेने वाले अपने प्रतिनिधि को, मेरा उपचार करने वाले चिकित्सक/एपीएन (APN)/ पीए (PA) के साथ परामर्श करके NJ POLST सम्बन्धी आदेशों को संशोधित या रद्द करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p>	
च	<p>हस्ताक्षर:</p> <p>मैंने इस जानकारी के बारे में अपने चिकित्सक/एपीएन (APN)/पीए (PA) के साथ चर्चा की है।</p> <p>मुद्रित नाम _____</p> <p>संख्या हस्ताक्षर _____</p> <p><input type="checkbox"/> उपरोक्त नामित व्यक्ति <input type="checkbox"/> पति/पत्नी/सिविल यूनियन साथी</p> <p><input type="checkbox"/> स्वास्थ्य देखभाल प्रतिनिधि/कानूनी अभिभावक <input type="checkbox"/> अवयस्क के माता/पिता <input type="checkbox"/> अन्य प्रतिनिधि _____</p>	<p>क्या उपरोक्त नामित व्यक्ति ने शरीर संबंधी उपचार के लिए सहमति दी है:</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> अज्ञात</p> <p>ये आदेश व्यक्ति की चिकित्सीय दशा, ज्ञात वरीयताओं और सर्वोत्तम रूप से ज्ञात जानकारी के अनुरूप हैं।</p> <p>मुद्रित - चिकित्सक/ एपीएन (APN)/पीए (PA) का नाम _____ फोन _____</p> <p>चिकित्सक/ एपीएन (APN)/पीए (PA) के हस्ताक्षर (अनिवार्य) _____ तारीख/समय _____</p> <p>पेशेवर लाइसेंस नम्बर _____</p>
<p>प्रतिनिधि की जानकारी</p> <p>यहां उल्लिखित प्रतिनिधि स्वास्थ्य देखभाल प्रतिनिधि है जिसकी पहचान अग्रिम निर्देश में इससे पहले की गई थी: क्यू हां, क्यू नहीं, क्यू अज्ञात</p> <p>प्रतिनिधि का मुद्रित नाम _____ फोन नम्बर _____</p> <p>प्रतिनिधि का पता मुद्रित करें _____</p> <p style="text-align: center;">• यदि उपरोक्त खंड ड. में "हां" को चुना जाता है, तो केवल सूचीबद्ध प्रतिनिधि को इस प्रपत्र को बदलने के लिए प्राधिकृत किया जाता है।</p>		

HIPAA स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े अन्य पेशेवर व्यक्तियों को आवश्यकतानुसार POLST के बारे में बताने की अनुमति प्रदान करती है

स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर के लिए निर्देश

POLST को पूरा करना

- किसी चिकित्सक या एडवांस प्रैक्टिस नर्स या चिकित्सक के सहायक द्वारा पूरा किया जाना चाहिए।
- मूल प्रपत्र के उपयोग को दृढ़तापूर्वक प्रोत्साहित किया जाता है। हस्ताक्षरित POLST प्रपत्रों की फोटोप्रतियों और फैक्स को उपयोग किया जा सकता है।
- POLST के किसी भी अधूरे खंड का अर्थ उस खंड के लिए पूर्ण उपचार है।

POLST की समीक्षा करना

POLST आदेश वास्तविक आदेश हैं जिन्हें व्यक्ति के साथ भेजा जाता है और ये न्यू जर्सी में सभी सेटिंग्स में मान्य हैं। यह सिफारिश की जाती है कि POLST की समय-समय पर समीक्षा की जानी चाहिए, विशेष रूप से जब:

- व्यक्ति को देखभाल की एक सेटिंग या देखभाल के एक स्तर से दूसरी सेटिंग या स्तर के लिए स्थानांतरित किया गया हो, या
- व्यक्ति की स्वास्थ्य दशा में काफी बदलाव हुआ हो, या
- व्यक्ति की उपचार सम्बन्धी वरीयताओं में बदलाव होता है।

POLST को संशोधित करना और रद्द करना – निर्णय लेने में सक्षम व्यक्ति कभी भी किसी भी समय POLST को संशोधित/रद्द कर सकता है।

- इस प्रपत्र के सामने वाले भाग के खंड ड. में अगर किसी प्रतिनिधि को प्राधिकृत किया गया है, तो वह, किसी भी समय, POLST प्रपत्र को रद्द कर सकता है, उपचार वरीयताओं के बारे में अपना विचार बदल सकता है या व्यक्ति की ज्ञात इच्छाओं अथवा अन्य प्रलेखों जैसे कोई अग्रिम निर्देश आदि के आधार पर नया POLST दस्तावेज निष्पादित कर सकता है।
- निर्णय लेने वाला प्रतिनिधि, यदि उसे ऐसा करने के लिए इस प्रपत्र में प्राधिकृत किया गया है, तो वह व्यक्ति की ज्ञात इच्छाओं के आधार पर या, अगर इच्छायें ज्ञात न हों, तो व्यक्ति के सर्वोत्तम हित में आदेशों में संशोधन के लिए अनुरोध कर सकता है।
- POLST को रद्द करने के लिए, सभी खंडों पर एक तिरछी लाइन खींचें और बड़े अक्षरों में “रद्द” लिख दें। इस लाइन पर हस्ताक्षर करें और तारीख डालें।

खंड क

हम देखभाल की इस उपचार योजना के द्वारा किन विशिष्ट लक्ष्यों को हासिल करने की कोशिश कर रहे हैं? इसका निर्धारण एक सरल प्रश्न पूछ कर किया जा सकता है: “भविष्य के लिए आपकी क्या उम्मीदें हैं?” उदाहरणों में निम्नलिखित शामिल हैं लेकिन ये इन्हीं तक सीमित नहीं हैं:

- दीर्घायु, इलाज, परिहार
- जीवन की बेहतर गुणवत्ता
- किसी पारिवारिक आयोजन (विवाह, जन्मदिन, ग्रेजुएशन) में शामिल हो सकने लिए पर्याप्त समय तक जीवित रहना
- दर्द, मतली, साँस फूलने के बिना जीवित रहना
- खान पान, ड्राईविंग, बागवानी करना, नाती-पोतों के साथ आनन्द लेना जैसी गतिविधियां

चिकित्सा प्रदाताओं को रोग उपचार के बारे में जानकारी साझा करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है ताकि व्यक्ति को यथार्थवादी लक्ष्य निर्धारित करने में समर्थ बनाया जा सके।

खंड ख

- जब “सीमित उपचार” का चयन किया जाता है तो यह भी बतायें कि व्यक्ति अतिरिक्त देखभाल के लिए किसी अस्पताल में स्थानांतरित किया जाना पसंद करता है अथवा नहीं।
- अधिक आराम पहुँचाने के लिए अंतः निषेचन (IV) दवा का उपयोग उस व्यक्ति के लिए उपयुक्त हो सकता है जिसने “केवल लक्षण सम्बन्धी उपचार” चुना है।
- गैर-अंतःक्षेपी (नॉन-इंवेसिव) सकारात्मक वायुमार्ग दबाव में निरंतर सकारात्मक वायुमार्ग दबाव (सीपीएपी-CPAP), या द्वि-स्तरीय सकारात्मक वायुमार्ग दबाव (बीआईपीएपी BiPAP) शामिल है।
- आराम पहुँचाने के लिए उपाय हमेशा किये जायेंगे।

खंड ग

अगर चिकित्सीय रूप से सम्भव हो और अगर वे व्यक्ति या प्रतिनिधि के द्वारा निर्धारित किये गये देखभाल के लक्ष्यों को पूरा करते हों, तो हमेशा मुख के जरिये तरल पदार्थ और पोषण प्रदान किया जाना चाहिए। पोषण और जलयोजन का दिया जाना फिर चाहे ऐसा मुख से किया जाए या अंतःक्षेपी साधनों के द्वारा, ऐसा व्यक्ति की इच्छाओं, धर्म और सांस्कृतिक मान्यताओं के अनुसार ही किया जाना चाहिए।

खंड घ

सीपीआर (CPR) के सम्बन्ध में व्यक्ति की वरीयताओं के अनुसार चयन करें और वायुमार्ग प्रबन्धन के लिए एक अलग चयन करें। यांत्रिक वेंटिलेशन की परिभाषित परीक्षण अवधि पर विचार किया जा सकता है, उदाहरण के लिए जब मौजूदा चिकित्सालीय दशा के लिए अतिरिक्त समय की आवश्यकता हो या जब प्रत्याशित आवश्यकता अल्पकालिक होगी तथा इससे कुछ प्रशामक लाभ मिल सकते हैं।

खंड ड.

यह खंड उन स्थितियों में लागू है जहाँ POLST प्रपत्र भरे जाने के समय व्यक्ति निर्णय लेने में सक्षम होता है। कोई प्रतिनिधि केवल तभी मौजूदा POLST प्रपत्र को रद्द या संशोधित कर सकता है, या नया POLST प्रपत्र निष्पादित कर सकता है, यदि उसे इस खंड में व्यक्ति के द्वारा प्राधिकृत किया गया हो।

खंड च

POLST के मान्य होने के लिए, उस पर किसी प्रैक्टिशनर, अर्थात् किसी चिकित्सक, एपीएन (APN) या पीए (PA) पर हस्ताक्षर किए गए हों। मौखिक आदेश सुविधा /समुदाय की नीति के अनुसार चिकित्सक/ एपीएन (APN) /पीए (PA) के द्वारा अनुवर्ती (फोलो-अप) हस्ताक्षर के साथ स्वीकार्य हैं। POLST आदेशों पर व्यक्ति/प्रतिनिधि के हस्ताक्षर होने चाहियें। अगर व्यक्ति/प्रतिनिधि हस्ताक्षर करने में असमर्थ हो, हस्ताक्षर करने से मना करता हो, या उसने मौखिक सहमति दे दी हो, तो हस्ताक्षर की लाइन पर इंगित करें। संबंधित व्यक्ति/प्रतिनिधि को याद कराएं कि एक बार इस POLST को पूरा करने और हस्ताक्षर कर देने पर, किसी भी पिछले POLST दस्तावेज को निरस्त माना जाएगा।

स्थानांतरित किये जाते समय व्यक्ति के साथ मूल प्रपत्र भेजें