

**CÁC LỆNH CỦA NHÀ HÀNH NGHỀ ĐỂ ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ MẠNG SỐNG  
(PRACTITIONER ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT - POLST) Ở NEW JERSEY**

Làm theo các lệnh này, sau đó liên lạc với bác sĩ/APN/PA. Tờ Lệnh Y Khoa này được dựa trên tình trạng y khoa hiện nay của người được nêu dưới đây và các ước nguyện của họ được nói ra bằng miệng hoặc ghi trong một bản chỉ dẫn trước. Bất cứ phần nào không được điền vào có ngụ ý điều trị hoàn toàn cho phần đó. Tất cả mọi người sẽ được đối xử có phẩm giá và tôn trọng.

Tên người này (họ, tên, tên lót)

Ngày sinh

Viết Chữ In Địa Chỉ của Người này

<b>A</b>	<p><b>CÁC MỤC TIÊU CHĂM SÓC</b> (Xem các chỉ dẫn ở mặt bên kia. Phần này không làm thành một lệnh y khoa.)</p>	
<b>B</b>	<p><b>CÁC CAN THIỆP VỀ Y KHOA:</b> Người này hiện đang thở và/hoặc có nhịp mạch</p> <p><input type="checkbox"/> Điều Trị Hoàn Toàn. Dừng mọi can thiệp thích hợp về y khoa và giải phẫu như đã nêu để hỗ trợ mạng sống. Nếu đang ở tại một cơ sở điều dưỡng, chuyển sang bệnh viện nếu được nêu. Xem phần D để biết về tình trạng hồi sức.</p> <p><input type="checkbox"/> Điều Trị Giới Hạn. Dừng cách điều trị y khoa thích hợp như thuốc trụ sinh và dịch tiêm truyền tĩnh mạch (IV) như đã được nêu. Có thể dùng áp lực đường thở dương tính không xâm lấn. Thường tránh chăm sóc khẩn trương.</p> <p><input type="checkbox"/> Chuyển sang bệnh viện để được can thiệp về y khoa. <input type="checkbox"/> Chuyển sang bệnh viện chỉ khi nào các nhu cầu về thoải mái không thể đáp ứng ở địa điểm hiện nay.</p> <p><input type="checkbox"/> Chỉ Điều Trị Triệu Chứng. Dừng cách điều trị khẩn trương tạo sự thoải mái để làm giảm đau và sự thống khổ bằng cách dùng bất cứ thuốc nào qua bất cứ tuyến đường nào, đặt vào tư thế, chăm sóc vết thương và các biện pháp khác. Dùng khí oxy, hút và điều trị bằng tay cho sự tắc nghẽn đường thở nếu cần để tạo sự thoải mái. Dừng thuốc trụ sinh chỉ để gia tăng sự thoải mái. Chỉ di chuyển đi nơi khác nếu các nhu cầu về thoải mái không thể được đáp ứng ở địa điểm hiện nay.</p> <p>Các Lệnh Khác: _____</p>	
<b>C</b>	<p><b>CHO DỪNG CÁC CHẤT DỊCH VÀ CHẤT DINH DƯỠNG MỘT CÁCH NHÂN TẠO</b> Luôn luôn cho dùng thực phẩm/chất dịch bằng đường miệng, nếu có thể thực hiện được và đáng mong muốn</p> <p><input type="checkbox"/> Không dùng chất dinh dưỡng nhân tạo <input type="checkbox"/> Dinh dưỡng nhân tạo dài hạn <input type="checkbox"/> Thời kỳ thử đã được xác định về dinh dưỡng nhân tạo</p>	
<b>D</b>	<p><b>HỒI SỨC TIM PHỔI (CPR)</b> hô hấp mà có nhịp mạch Người này không có nhịp mạch và/hoặc không thở</p> <p><input type="checkbox"/> Tìm cách hồi sức/CPR <input type="checkbox"/> Không tìm cách hồi sức/DNAR     <u>Để Cho Qua Đồi Tự Nhiên</u></p>	<p><b>QUẢN LÝ ĐƯỜNG THỞ</b> Người này đang trong tình trạng khẩn khổ về</p> <p><input type="checkbox"/> Luồn ống/dùng cách thông hơi nhân tạo nếu cần <input type="checkbox"/> Không luồn ống - Dùng khí O2, điều trị bằng tay để làm giảm sự tắc nghẽn đường thở, dùng thuốc men để tạo sự thoải mái <input type="checkbox"/> Lệnh Khác (thí dụ thời kỳ thử đã được xác định cho thông hơi bằng cơ khí)</p>
<b>E</b>	<p>Nếu tôi mất khả năng thực hiện quyết định của mình, tôi cho phép người quyết định thay thế của tôi, có nêu dưới đây, được bổ sung hoặc rút lại các lệnh POLST của NJ sau khi tham khảo với bác sĩ điều trị/APN/PA của tôi để giữ đúng theo các mục tiêu của tôi: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	
<b>F</b>	<p><b>CHỮ KÝ</b> Tôi đã bàn về thông tin này với bác sĩ/APN/PA của tôi</p> <p>Tên Viết Chữ In _____</p> <p>Chữ Ký _____</p> <p><input type="checkbox"/> Người Có Tên Nêu Trên <input type="checkbox"/> Người Phối Ngẫu/Bạn Tình Sống Chung <input type="checkbox"/> Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe/ <input type="checkbox"/> Cha Mẹ của Trẻ Vị Thành Niên     Người Giám Hộ Hợp Pháp <input type="checkbox"/> Đại Diện Khác</p>	<p>Cho người có tên ở trên thực hiện sự tặng hiến bộ phận cơ thể:</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không Biết</p> <p>Các lệnh này phù hợp với tình trạng y khoa của người đó, đã được biết các ý muốn và thông tin đã được biết rõ.</p> <p>VIẾT CHỮ IN - Tên Bác Sĩ/APN/PA _____ Số Điện Thoại _____</p> <p>Bác sĩ/APN/PA Chữ Ký (Bắt Buộc) _____ Ngày/Giờ _____</p> <p>Số Giấy Phép Chuyên Nghiệp _____</p>
<p><b>THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐẠI DIỆN</b> Người đại diện được liệt kê ở đây là đại diện chăm sóc sức khỏe đã được xác định trước đó trong một chỉ thị trước: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết</p> <p>Viết chữ in Tên của Người đại diện _____ Số điện thoại _____</p> <p>Viết Chữ In Địa Chỉ của Người Đại Diện _____</p> <p style="text-align: center;">■ Người đại diện đã nêu chỉ được phép thay đổi biểu mẫu này nếu "có" được đánh dấu vào trong Phần E ở trên.</p>		

## CÁC CHỈ DẪN CHO NHÂN VIÊN Y TẾ CHUYÊN MÔN

### ĐIỀN POLST

- Phải được điền vào bởi một bác sĩ, hoặc y tá hành nghề cấp cao hay phụ tá bác sĩ.
- Rất nên dùng bản chính. Có thể dùng các bản sao và fax của POLST có chữ ký.
- Bất cứ phần nào của POLST chưa điền đều có ngụ ý là điều trị hoàn toàn cho phần đó.

### DUYỆT POLST

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

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

### BỔ SUNG VÀ LÀM MẤT HIỆU LỰC POLST – Một cá nhân có khả năng thực hiện quyết định lúc nào cũng có thể bổ sung/làm mất hiệu lực POLST vào bất cứ lúc nào.

- Một người đại diện, nếu được cho phép trong Phần E ở mặt trước của mẫu này, có thể, vào bất cứ lúc nào, làm mất hiệu lực mẫu POLST, thay đổi các ý muốn điều trị của mình hoặc thi hành một tài liệu mới về POLST dựa trên các ước nguyện đã được biết của người đó hoặc tài liệu khác như một bản chỉ dẫn trước.
- Người thực hiện quyết định thay thế, nếu được cho phép trên mẫu để làm điều này, có thể yêu cầu bổ sung các lệnh dựa vào các ước nguyện đã được biết của người này hoặc, nếu không biết, thì theo các quyền lợi tốt nhất của người này.
- Để làm mất hiệu lực POLST, gạch một đường qua tất cả các phần và viết vào "VOID" (LÀM MẤT HIỆU LỰC) ở dạng chữ lớn. Ký tên và ghi ngày tháng vào hàng kẻ này.

### Phần A

Các mục tiêu cụ thể mà chúng ta hiện đang tìm cách đạt được bằng kế hoạch chăm sóc điều trị này là gì? Điều này có thể được xác định bằng cách đặt ra một câu hỏi đơn giản: "Các hy vọng của bạn cho tương lai là gì?" Các thí dụ bao gồm nhưng không chỉ giới hạn vào:

- Sự trường thọ, chữa khỏi, thuyên giảm
- Chất lượng đời sống tốt hơn
- Sống lâu vừa đủ để tham dự một sự kiện trong gia đình (đám cưới, ngày sinh nhật, lễ tốt nghiệp)
- Sống mà không bị đau đớn, buồn nôn, khó thở
- Các hoạt động như ăn uống, lái xe, làm vườn, vui hưởng với con cháu

*Các nhân viên y tế nên chia sẻ thông tin về tiên lượng bệnh để cho người này đặt ra được các mục tiêu thực tiễn.*

### Phần B

- Khi "điều trị giới hạn" được chọn, đồng thời cho biết là người này muốn hoặc không muốn chuyển sang một bệnh viện để được chăm sóc thêm.
- Thuốc men được tiêm truyền tĩnh mạch (IV) để gia tăng sự thoải mái có thể thích hợp cho một người đã chọn "chỉ điều trị cho triệu chứng."
- Áp lực đường thở dương tính không xâm lấn bao gồm áp lực đường thở dương tính liên tục (CPAP), hoặc áp lực đường thở dương tính hai cấp độ (BiPAP).
- Các biện pháp tạo sự thoải mái sẽ luôn luôn được cung cấp.

### Phần C

Phải luôn luôn cho dùng các chất dịch và chất dinh dưỡng qua đường miệng nếu có thể thực hiện được về y khoa và nếu chúng đáp ứng các mục tiêu chăm sóc như đã được xác định bởi người này hoặc người đại diện. Việc cho dùng chất dinh dưỡng và chất dịch cho dù bằng đường miệng hay bằng các cách xâm lấn sẽ phải nằm trong phạm vi các ước nguyện, niềm tin tôn giáo và văn hoá của người này.

### Phần D

Thực hiện một sự lựa chọn theo ý muốn của người này về việc làm CPR và một sự lựa chọn riêng biệt về việc quản lý đường thở. Thời kỳ thử đã được xác định về thông hơi bằng cơ khí có thể được xét đến, thí dụ, khi cần có thêm thời gian để đánh giá về tình huống lâm sàng hiện nay hoặc khi nhu cầu theo mong đợi sẽ là ngắn hạn và có thể cung cấp một số ích lợi về giảm nhẹ.

### Phần E

Phần này được áp dụng trong các tình huống mà người này còn có khả năng thực hiện quyết định khi mẫu POLST đã được điền. Người đại diện chỉ có thể làm mất hiệu lực hoặc bổ sung một mẫu POLST hiện hữu, hoặc thi hành một mẫu mới, nếu được cho phép trong phần này bởi người đó.

### Phần F

POLST phải có chữ ký của nhà hành nghề, có nghĩa là một bác sĩ hoặc APN, thì mới có hiệu lực. Các lệnh bằng lời nói có thể chấp nhận được nếu có chữ ký tiếp theo sau của bác sĩ/APN/PA chiếu theo chính sách của cơ sở/cộng đồng. Các lệnh POLST phải có chữ ký của người này/người đại diện. Cho biết trên hàng chữ ký nếu người này/người đại diện không thể ký vào được, từ chối ký tên, hoặc đã chấp thuận bằng lời nói. Nhắc nhở người này/người đại diện là sau khi đã điền xong và ký tên vào, bản POLST này sẽ làm mất hiệu lực bất cứ tài liệu POLST nào trước đây.