

## Introduction to the Farsi translation of the POLST form

---

POLST is a medical order that gives patients more control over their care during serious illness. Printed on a bright pink form and signed by the patient and by a physician, nurse practitioner or physician assistant, POLST lists 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](mailto:info@capolst.org) or call (916) 489-2222. To learn more about POLST, visit [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org).

## معرفی ترجمه فارسی فرم POLST

---

POLST يك دستور است که به بیماران کنترل بیشتری برای مراقبت های آخر زندگی خود می دهد. چاپ شده بر روی فرم صورتی روشن و امضا شده بوسیله بیمار و هم پزشک، پرستار طبابت کننده و یا دستیار پزشک، POLST نوع درمان های پزشکی که بیمار می خواهد در زمان آخر زندگی خود دریافت کند را لیست می کند.

این يك ترجمه فارسی از فرم POLST کالیفرنیا است. فرم ترجمه شده فقط برای اهداف آموزشی در زمان گفتگو کردن در مورد خواسته های بیمار که بر روی فرم POLST نوشته شده است، استفاده می شود. فرم امضا شده POLST می بایست به زبان انگلیسی باشد تا افراد مسئول موارد اضطراری بتوانند آن را بخوانند و به دستورات عمل کنند.

برای سوالات به زبان انگلیسی، به آدرس [info@capolst.org](mailto:info@capolst.org) ایمیل بفرستید و یا با شماره تلفن (916) 489-2222 تماس بگیرید. برای یادگیری بیشتر در مورد POLST، از تارنمای [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org) دیدن کنید.

*This page is left intentionally blank.*



EMSA # 111 B  
 \*تاریخ اعمال (1/1/2016)\*

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

نام خانوادگی بیمار:	نام میانی بیمار:	ابتدا این دستورات را رعایت کنید، سپس با پزشک / پرستار (NP) / دستیار پزشک (PA) 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.
تاریخی که فرم تهیه شده:	نام بیمار:	
تاریخ تولد 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.

برای احیا اقدام کنید / CPR (انتخاب CPR در قسمت A مستلزم انتخاب "معالجه کامل" در قسمت B است).

برای احیا اقدام نکنید / DNR (اجازه دهید بیمار به مرگ طبیعی فوت کند).

**A**  
 یکی را علامت بزنید

**B مداخلات پزشکی:**  
 در صورتی که بیمار نبض دارد و ایفا نفس می کشد.

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 هماهنگ (کاردیورژن)، به صورتی که گفته شد، استفاده کنید.

دوره آزمایشی درمان کامل.

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.

درخواست انتقال به بیمارستان فقط در صورتی که برآورده ساختن نیازهای آسایش بیمار در محل مربوطه امکان پذیر نباشد.

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.

تغذیه مصنوعی دراز مدت، از جمله لوله های غذا دادن.

دوره آزمایشی غذا دادن مصنوعی، از جمله لوله های غذا دادن.

از هیچ وسیله مصنوعی تغذیه، از جمله لوله های غذا دادن استفاده نشود.

**C**  
 یکی را علامت بزنید

**D اطلاعات و امضاها:**

مطرح شده با:  بیمار (بیمار توانایی دارد)  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: \_\_\_\_\_

راهنمایی از پیش تعیین شده در دسترس نیست.

راهنمایی از پیش تعیین شده در دسترس نیست.

**D**

**امضای پزشک / پرستار / دستیار پزشک (پزشک/PA/NP)**  
 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.

نام پزشک/PA/NP با حروف بزرگ و خوانا:	شماره تلفن پزشک/PA/NP:	شماره مجوز پزشک/PA، شماره گواهی NP:
امضای پزشک/PA/NP: (الزامی)	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	تاریخ:

**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 شخصی است که موضوع این فرم است.

نام با حروف جدا:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	نسبت: (اگر خود بیمار است بنویسید خودش).
امضا: (الزامی)	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	تاریخ:
آدرس پستی (خیابان/شهر/ایالت/زپ/کد):	شماره تلفن:	FOR REGISTRY USE ONLY تنها جهت ثبت

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
پزشک ناظر بر NP/PA	
نام:	نام/سمت:
شماره تلفن:	شماره تلفن:
تماس اضافی <input type="checkbox"/> هیچکدام	
نام:	نسبت با بیمار:
شماره تلفن:	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 محیط بیمارستان، بیمار توسط پزشک، یا پرستار (NP) یا دستیار پزشک (PA) که تحت نظارت پزشک فعالیت می کنند ارزیابی خواهد شد، و آنها دستورات مناسب را مطابق با ترجیحات بیمار صادر می کنند.
- POLST جای راهنمایی 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 پرستار طبابت کننده و یا دستیار پزشک شده در یک "راهنمایی از پیش تعیین شده"، جانشین، همسر، شریک زندگی ابلاغ شده به دولت، 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.
- فرم POLST برای اینکه معتبر باشد باید توسط (1) یک پزشک، یا پرستار یا دستیار پزشک که تحت نظارت یک پزشک و در حوزه فعالیت مجاز به موجب قانون فعالیت می کند و (2) بیمار یا تصمیم گیرنده امضا شود. دستورات شفاهی قابل قبول است به شرطی که بعداً بر اساس سیاست مرکز/جامعه توسط پزشک/PA/NP امضا گردد.
- 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 قویاً 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 (مثلاً 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 اورژانسی (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 با 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 به رسمیت شناخته قانونی می تواند با همکاری پزشک/PA/NP، و بر اساس تمایلات مشخص بیمار یا، در صورت نامشخص بودن تمایل وی، بر اساس کاری که به نفع بیمار است، درخواست نماید تا دستورات تغییر کنند.

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 [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org) دیدن کنید.

هنگام انتقال یا ترخیص فرم را همراه با بیمار بفرستید.