

Introduction to the Pashto 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 Pashto 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.

د POLST فورمې د پښتو ترجمې پیژندگلوې

POLST یو طبي ترتیب دی چې مریضانو ته د سختې ناروغۍ په حالت کې په خپل ټداوي نور کنټرول ورکوي. دا په ځانگړي روښانه گلابي فورمه چاپ شوي او د مریض او معالج، پرستار، یا مرستیال معالج لخوا لاسلیک شوي، POLST د طبي علاج هغه ډولونه په لست کوي چې یو مریض یې د سختې ناروغۍ په حالت په حال کې ترلاسه کول غواړي.

دا د کالیفورنیا د POLST فورمې د پښتو ترجمه ده. ترجمه شوي فورمه یواځې د تعلیمي مقاصدو لپاره ده چې یواځې هغه وخت به کارول کیږي کله چې د یو مریض هغه خواهشات تر بحث لاندې راشي چې د POLST په فورمه کې خوندي شوي دي. د POLST لاسلیک شوي فورمه باید چې په انګلیسي کې وي ترڅو د بیړي عمله امرونه لوستلی او تعقیبولی شي.

په انګلیسي کې د پوښتنو لپاره ایمیل info@capolst.org ته ولیږئ او یا 489-2222 (916) ته زنگ ووهئ. د POLST په اړه نورو معلوماتو لپاره www.caPOLST.org وگورئ.

This page is left intentionally blank.



EMSA # 111 B
(اغیزمن 1/1/2016)

د ژوند د ادامې د علاج لپاره د معالج ترتیبونه
(Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

د فورمي د چمتو کولو نېټه:	د مریض اخري نوم:
د مریض د زېږون نېټه:	د مریض لومړی نوم:
طبي ریکارډ #: (اختیاري)	د مریض منځنی نوم:

لومړی دا ترتیبونه تعقیب کړئ، بیا له معالج/مسؤل پرستار/مرستیال معالج سره تماس ونیسئ. د POLST لاسلیک شوی پاڼه د ډاکټر لپاره یو مکمل کاري اجازه نامه ده. هره برخه چې مکمله شوی نه وی د هغې برخې د مکمل تدابیر په معنی کنټل کیږي. د فورمي یو لاسلیک شوی نقل قانوني او د اعتبار وړ دی POLST پر ځای به وي.

الف: CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR)
که ناروغ نیض نه لري او ساه نه اخلي.
که چیرې ناروغ د زړه حمله ونلري، د کاري درخواستونو مراحل په پ او ت برخو کې تعقیب کړي.

الف

CPR/بیاژوندی کول خوله په خوله هڅه وکړئ (په الف برخه کې د CPR غوره کول په ب برخه کې د بشپړ علاج غوره کول لازمي کوي)
 DNR/بیاژوندی کول خوله په خوله هڅه مه کوئ (طبعي مړینې ته پرېږدئ).

چیک یو

ب: طبي مداخلې:
که چیرې ناروغ د نبض لرلو او ایا د سا اخیستلو په حال کې موندلی شي.

ب

مکمل تدابیر - تر ټولو مهم مقصد د ژوند ساتل ټولو موثرو طبي لارو پواسطه.
د هغه تدابیر برسيره چې د انتخابي معالجي او د آرامي - سره متوجه تدابیر برخه کې تشریح شويدي، د تيوب د داخلولو څخه استفاده وکړي، پر مخ تللي د هوايي لارو داخلیدل، ميخانيکي هوا ورکول، او کارپورژن په هغه شکل چې ښودل شويدي.
 د مکمل معالجي امتحاني دوران.
 انتخابي معالجه - هدف د طبي حالت رغول دی په داسې حال کې چې د اضافه له حده اندازو څخه مخ نیوی وشي.
د هغه تدابیر سر بيره چې د آرامي - سره متوجه تدابیر په برخه کې تشریح شويدي، د طبي تدابیر څخه کار اخلي، VI انټي بيوتيک، او VI مایعاتو څخه په څه شکل چې ښودل شويدي. تيوب به ور داخلوي. د غیر- حمله وړ مثبت هوا فشار څخه کار اخلي. په عمومي ډول سره د وځیم معالجي څخه مخ نیوی وکړي.
 يواځې په داسې حالت کې و روغتون ته د انتقال غوښتنه وکړي که په موجوده موقعیت کې آرام کړی نه شي.
 آرام - سره متوجه تدابیر - مهم ترين مقصد د آرام اضافه کول دی.
درد او زغم د کم کولو په منظور د هرې لارې څخه چې ممکنه وي لارو څخه کار اخلي، د آکسیجن څخه استفاده وکړي، سکشن یا هوا کش کول، او به لاسي ډول د هوايي لارو د بندښت لري کول. د هغه تدابیر څخه چې د مکمل او انتخابي معالجي په برخه کې ذکر شوي استفاده مه کوي خو که داسې وي چې د آرامي سره سر وخوري. يواځې په داسې حالت کې و روغتون ته د انتقال غوښتنه وکړي که په موجوده موقعیت کې آرام کړی نه شي.
اضافي امرونه:

چیک یو

ت: مصنوعي اداره شوي غذا:
خواره په خوله ورکړئ که چیرې کېدای شي او غوښتنه یې شوي وي.

ت

د اوردمهاله مصنوعي غذا ورکول، په گډون د تيوب د خوراک.
 د مصنوعي غذا ورکولو تجرباتي موده، په گډون د تيوب د خوراک.
 د غذا مصنوعي ذريعي نه، په گډون په تل د خوراک ورکولو.

چیک یو

ث: معلومات او لاسلیکونه:

ث

بحث شو دي تن سره: مریض (مريض ظرفیت لري) قانوناً پېژندل شوي فیصله کوونکي
 پرمختللي لارښوونه نېټه _____ تر لاسه کېدونکي او کنټل شوي ← د صحتي بيمه اجنت که په پرمختللي لارښوونه کې نومول شوي وي:
 پرمختللي لارښوونه نه تر لاسه کېدونکي نوم: _____
 پرمختللي لارښوونه نشته تلیفون: _____

د معالج/پرستار/مرستیال معالج لاسلیک
لاندې زما لاسلیک زما د بشپړ علم سره ښیي چې دا ترتیبونه د دی ناروغ د طبي حال او ترجیحاتو سره په تسلسل کې دي.

د معالج/مسؤل پرستار/مرستیال معالج نوم ولیکئ: د معالج/مسؤل پرستار/مرستیال معالج د تلیفون نمرة: د معالج/مسؤل پرستار/مرستیال معالج د لیسنس یا د شهادت نامې نمرة:

د معالج/مسؤل پرستار/مرستیال معالج لاسلیک: (لازم)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

د مریض یا قانوناً د پېژندل شوي فیصله کوونکي لاسلیک
زه په دی پوهیږم چې دا فورمه داوطلبانه دی. د دی فورمي په لاسلیکولو سره قانوناً پېژندل شوي فیصله کوونکي دا خبره تسلیموي چې د بیرته ژوند ته راوستلو د تدابیرو په اړه دا درخواست د هغه کس د معلومو خواشاتو او بشپړې علاقمندی او کټې سره سم دي کوم چې د دی فورمي په دایره کې راځي.

پرنت نوم: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
تعلق: (اکه مریض په خپله دی ولیکي)

لاسلیک: (لازمي) XXXXXXXXXXXXXXX
پستی پته (سړک / ښار / ولایت/ د ښار کود): تلیفون شمېره:
/ FOR REGISTRY USE ONLY
صرف د ثبتونکو استعمال لپاره

ناروغ چې هرکله هم لېږدول کیږي یا خارجي فورمه ورسره ولېږئ

څنگه چې ضروري وي HIPAA د POLST نورو صحی بیمه برابر وونکیو ته د ښودلو اجازه ورکوي.

د مریض معلومات

وم (اخري، لومړی، منځنی):

د زېږون نېټه:

جنس:

نر ښځه

د مسؤل پرستار او يا د مرستیال معالج مشر

د برابر وونکي نوم (که مسؤل معالج/ مسؤل پرستار/ مرستیال معالج نه وي)

نوم:

نوم/خطاب:

تلیفون شمېره:

اضافي تماس هیڅ نه

نوم:

مریض سره تعلق:

تلیفون شمېره:

د صحی بیمه برابر وونکي لپاره لارښوونې

د POLST بشپړول

- د POLST فورمي بشپړول د خپلي خوښي کار دی. د کالیفورنیا قانون لازمي کوي چې د POLST فورمه دې د صحی بیمه د برابر وونکيو لخوا تعقیب شي، او هغو خلکو ته مصونیت ورکوي چې په ښه گومان بې پابندي کوي. د روغتون دننه به مریض د معالج، مسؤل پرستار، او يا مرستیال معالج لخوا معاینه کيږي او هغوي به د مشر معالج لاندې کار کوي چې دوی ته به داسې امرونه ورکوي چې د مریض د خوښو سره سمون خوري.
- POLST د پرمختللي لارښوونې په ځای نه دی. کله چې موجود وي، د تسلسل د یقیني کولو لپاره د پرمختللي لارښوونې او POLST فورمي کتنه وکړئ، او که کوم تضادات وي د هغې د حل کولو لپاره د فورمو معلومات تازه کړئ.
- POLST باید د یو صحی بیمه د برابر وونکي لخوا د مریض د ترجیحاتو او طبي ښوونو پر بنسټ بشپړه کړای شي.
- په قانوناً فیصله کوونکي کې ښایي شامل وي یو د محکمې لخوا ټاکل شوی نښه یانې یا نگران، هغه اجنت چې په پرمختللي لارښوونې کې ټاکل شوی وي، زباني ټاکل شوی قائم مقام، ښځه یا خاوند، ثبت شوی داخلي ملگری/ملگری، د یو نابالغ مور یا پلار، تر ټولو نږدې موجود خپلوان، یا یو داسې تن چې د مریض د معالج/مسؤل پرستار/مرستیال معالج په گومان د هغه څه نه تر ټولو ښه خبر وي کوم چې د مریض په ښه گټه وي او تر معلوم حده د مریض د څرگندو کړو غوښتنو او ارزښتونو سره سم به پرېکړې کوي.
- یو قانونی پیژندلی شوی فیصله کوونکی ممکن د POLST د فورمي څخه کار واخلی یواځې په داسې حال کې چې د ناروغ قابلیت و نلری یا دا بې په گوته کړی وی چې د فیصله کوونکي قابلیت سم د لاسه د اعتبار وړ دی.
- د منلو وړ کیدلو لپاره، د POLST فورمي امضاء باید هغه کسان وکړي چې (1) یو معالج، یا مسؤل پرستار، مرستیال معالج وي او د مشر معالج لاندې د قانون لخوا منل شوي عمل دننه کار کوي (2) مریض یا فیصله کوونکي. هغه زباني امر هم منل شي چې ورپسې د شفاهي/سپولت د تگلارې په اساس د معالج، مسؤل پرستار، او يا مرستیال معالج لخوا امضاء راځي.
- که یوه ترجمه شوي فورمه د مریض یا فیصله کوونکي سره کارول کيږي، نو هغه د انګلیسي د لاسلیک شوي POLST فورمي سره یو ځای کړئ.
- د اصلي فورمي استعمال ډېر د ستاينې وړ دی. د لاسلیک شويو POLST فورمو نقلونه (فوتوکاپي) او فاکسونه قانوني او د اعتبار وړ دي. کله چې امکان لري نو په انټرا کلابي رنگ دې یو نقل د مریض په طبي ریکارډ کې وساتل شي.

د POLST کارول

- د POLST هره نښه پوره برخه د دغې برخې پوره علاج ښيي.
- الف برخه:
- که په داسې حال کې وموندل شو چې نبض بې نه و او ساه بې نه اخیستله، نو په داسې تن دې یا د سینې کېمډونکي ونه کارول (په گډون د اتمات خارجي defibrillator) (defibrillator) یا د سینې کېمډونکي ونه کارول شي چې "د بېرته راژوندي کولو هڅه مه کوئ" بې غوره کړي وي.
- ب برخه:
- که په داسې حال کې وموندل شو چې نبض بې نه و او ساه بې نه اخیستله، نو په داسې تن دې "آرام – سره متوجه تداوی" شي چې "د ناروغ د بېرته راژوندي کولو هڅه مه کوئ" بې غوره کړي وي، باید یو داسې جوړښت ته ولېږدول شي چې آرام ورته برابرولي شي (لکه د کوناتي د زخم علاج).
- د ساه د لارې په مثبت غیر جارحانه فشار کې شامل دي د ساه د لارې پرله پسې مثبت فشار (CPAP)، د ساه د لارې دوه کچه مثبت فشار (BiPAP)، او د بیک وال ماسک (BVM) مرسته شوي تنفسونه.
- IV انټي بايوټیکس او هایدريشن عموماً "آرام – سره متوجه تداوی" نه دي.
- د ډي هایدريشن علاج ژوند اوږدوي. که شخص د IV مایعات غواړي، نو څر "انتخابی معالجه" یا "مکمل تداوی" څرگند کړئ.
- اتکاء پر محلي (EMS) پروتوکول، په ب برخه کې لیکل شوي "اضافي امرونه" ښایي د EMS د پرسونل لخوا تطبیق نشي.

د POLST بیاکتنه

- د دې سپارښتنه کېږي چې وخت په وخت د POLST بیا کتنه وشي. د بیاکتنې سپارښتنه هغه وخت کېږي کله چې:
- ناروغ د علاج د یو ځای نه بل ته یا د علاج د یوې کچې نه بلې ته ولېږدول شي، یا
- د ناروغ په روغتیايي حالت کې اساسي بدلون راغلی وي، یا
- د ناروغ د علاج ترجیحات بدل شي.

د POLST تصدیق او لغوه کول

- یو ناروغ چې د قابلیت ښاوند اوسی، هر کله، کولی شي چې د بل ډول تداوی غوښتنه وکړي یا POLST بیا له کاره لیرې کړي د هرې لارې څخه په استفاده چې د منفک کولو نیت بې ښکاره کوي. دا به غوره وی چې منفک کول ثبت کړی شي د برخو تر منځ د کرښې د کښلو پواسطه د ا د برخې څخه د د برخې پورې، "VOID"؛ منسوخ؛ ولیکي په غټو حروفو، او په کرښه لاسلیک وکړی او نښه پری ولېږي.
- په قانوني توګه پیژندل شوی فیصله کوونکی کولی شي چې د یو معالج، یا مسؤل پرستار، او يا مرستیال معالج سره په مشوره دا امرونه تغیر کړي خو چې د مریض خوښو سره سمون وځوري او که خوښي معلومې نه وي نو چې د مریض په گټه وي.

دا فورمه د کالیفورنیا د امرجنسي طبي خدمتونو د مقام لخوا په ټول ایالت کې د POLST د هدف ځواک سره په همکاری کې منظوره شوی ده.
د نورو معلوماتو یا د دې فورمي د نقل لپاره، وګورئ www.caPOLST.org

ناروغ چې هرکله هم لېږدول کيږي يا خارجيږي فورمه ورسره ولېږئ