

Introduction to the Russian 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 Russian 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.

Вводная информация к переводу формы POLST на русский язык

POLST — это медицинское распоряжение, благодаря которому пациенты могут лучше контролировать свое медицинское обслуживание в случае тяжелого заболевания. В форме POLST, отпечатанной на особой ярко-розовой бумаге и подписанной врачом, фельдшером или помощником врача, перечисляются виды медицинского лечения, которые пациент желает получать во время тяжелой болезни.

Это перевод формы POLST штата Калифорния на русский язык. Переведенная форма предназначена только для информации и используется для обсуждения пожеланий пациента, указанных в форме POLST. Подписанная форма POLST должна быть на английском языке, чтобы сотрудники скорой помощи могли ее прочитать и следовать содержащимся в ней распоряжениям.

Вопросы на английском языке отправляйте по адресу электронной почты info@capolst.org или звоните по телефону (916) 489-2222. Для получения дополнительной информации о POLST посетите веб-сайт www.caPOLST.org.

This page is left intentionally blank.



EMSA #111 B
 (Вступает в силу
 1 января 2016 г.)*

Распоряжения врача об искусственном поддержании жизни (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

Сначала следуйте этим распоряжениям, а затем свяжитесь с врачом/фельдшером (NP)/помощником врача (PA). Копия подписанной формы POLST является действительным и имеющим законную силу документом, содержащим распоряжения врача. Любой незаполненный раздел означает полное лечение, указанное в данном разделе. POLST дополняет предварительное распоряжение (Advance Directive), но не заменяет данный документ.

Фамилия пациента:	Дата подготовки формы:
Имя пациента:	Дата рождения пациента:
Второе имя пациента:	Номер истории болезни: (по выбору)

A Выбрать один вариант	СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ (CPR): <i>Если у пациента отсутствуют пульс и дыхание. Если пациент НЕ находится в состоянии кардиопульмональной синкопы, следовать распоряжениям в разделах B и C.</i>
	<input type="checkbox"/> Пытаться реанимировать/CPR (выбор CPR в разделе A требует выбора «полного лечения» в разделе B) <input type="checkbox"/> Не реанимировать/DNR (позволить умереть естественной смертью)

B Выбрать один вариант	Медицинское вмешательство: <i>Если у пациента присутствует пульс и/или дыхание.</i>
	<input type="checkbox"/> Полное лечение. Основная цель заключается в продлении жизни любыми клинически оправданными средствами. В дополнение к мерам, описанным в пунктах «Селективная терапия» и «Паллиативный уход», по медицинским показаниям применять интубацию, интенсивные методы воздействия на дыхательные пути, механическую вентиляцию и кардиоверсию. <input type="checkbox"/> Пробный период полного лечения. <input type="checkbox"/> Селективная терапия. Цель заключается в проведении лечебных мероприятий, за исключением обременительных мер. В дополнение к мерам, описанным в пункте «Паллиативный уход», по медицинским показаниям использовать консервативное лечение, внутривенное введение антибиотиков и жидкостей. Не интубировать. Допускается использование неинвазивного метода вентиляции дыхательных путей с положительным давлением. В большинстве случаев избегать интенсивной терапии. <input type="checkbox"/> Перевести в больницу, только если в данном учреждении нет возможности обеспечить комфортное состояние пациента. <input type="checkbox"/> Паллиативный уход. Основная цель заключается в обеспечении комфортного состояния пациента. Использовать любой способ введения лекарственных препаратов в организм с целью облегчения боли и страданий; применять кислород, аспирацию и устранение непроходимости дыхательных путей вручную. Лечебные мероприятия, описанные в пункте «Полное лечение» и «Селективная терапия», применять с единственной целью — обеспечение комфортного состояния пациента. Перевести в больницу, только если в данном учреждении нет возможности обеспечить комфортное состояние пациента. Дополнительные распоряжения: _____

C Выбрать один вариант	Искусственное питание: <i>При возможности и при желании пациента предложить принятие пищи через рот.</i>
	<input type="checkbox"/> Долгосрочное искусственное питание, включая питание через зонд. Дополнительные распоряжения: _____ <input type="checkbox"/> Искусственное питание, включая питание через зонд, в течение определенного пробного периода. _____ <input type="checkbox"/> Не проводить искусственное питание, включая питание через зонд. _____

D	Информация и подписи:
	Обсуждено с: <input type="checkbox"/> Пациентом (пациент дееспособен) <input type="checkbox"/> Лицом, имеющим право принимать решения о лечении от имени пациента <input type="checkbox"/> Предварительное распоряжение от _____ есть в наличии → Представитель по вопросам оказания медицинской помощи, если указан в предварительном распоряжении: <input type="checkbox"/> Предварительного распоряжения нет в наличии Имя и фамилия: _____ <input type="checkbox"/> Предварительное распоряжение не составлено Телефон: _____

Подпись врача / фельдшера / помощника врача (врач/NP/PA)
 Моя подпись ниже подтверждает, что, насколько мне известно, настоящие распоряжения основаны на состоянии здоровья пациента и его пожеланиях.

Имя и фамилия врача/NP/PA печатными буквами:	Телефон врача/NP/PA:	Номер лицензии врача/PA, номер сертификата NP:
Подпись врача/NP/PA: (обязательно) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		Дата:

Подпись пациента или лица, имеющего право принимать решения о лечении от имени пациента
 Мне известно, что данная форма является добровольной. Ставя свою подпись на этой форме, лицо, имеющее право принимать решения о лечении от имени пациента, подтверждает, что указанные в настоящем документе реанимационные меры, соответствуют известным желаниям и наилучшим интересам пациента, названного в настоящем документе.

Имя и фамилия печатными буквами: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Степень родства: (если сам пациент, напишите «сам»)
Подпись: (обязательно) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Дата:
Почтовый адрес (улица/город/штат/индекс):	Номер телефона:

ДАННАЯ ФОРМА ДОЛЖНА БЫТЬ С ПАЦИЕНТОМ ПРИ ЕГО ПЕРЕВОДЕ ИЛИ ВЫПИСКЕ

НПАА ПОЗВОЛЯЕТ ПЕРЕДАЧУ СОДЕРЖАЩЕЙСЯ В ФОРМЕ POLST ИНФОРМАЦИИ ДРУГИМ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ ПО МЕРЕ НЕОБХОДИМОСТИ

Информация о пациенте

Имя и фамилия (фамилия, первое имя, второе имя):	Дата рождения:	Пол: М Ж
--	----------------	------------------------

Врач, контролирующий NP/PA

Имя и фамилия:	Заполнил (если подписавший форму врач/NP/PA — другое лицо) Имя и фамилия / должность:	Номер телефона:
----------------	--	-----------------

Дополнительное контактное лицо Нет

Имя и фамилия:	Степень родства с пациентом:	Номер телефона:
----------------	------------------------------	-----------------

Указания для медицинских работников

Заполнение формы POLST

- **Заполнение формы POLST является добровольным.** Законы Калифорнии требуют, чтобы медицинские работники выполняли распоряжения, указанные в форме POLST, она обеспечивает иммунитет лицам, добросовестно выполнявшим данные распоряжения. В больнице пациента должен обследовать врач или действующие под контролем врача фельдшер (NP) или помощник врача (PA), которые в соответствии с предпочтениями пациента оформят соответствующие распоряжения.
- **Форма POLST не заменяет предварительное распоряжение (Advance Directive).** При его наличии ознакомьтесь с предварительным распоряжением и формой POLST, чтобы убедиться в их соответствии. Внесите необходимые изменения в форму, чтобы разрешить противоречия.
- Форма POLST должна быть заполнена медицинским работником на основании предпочтений пациента и медицинских показаний.
- Лицом, имеющим право принимать решения о лечении от имени пациента, может быть назначенный судом опекун, представитель, указанный в предварительном распоряжении, устно назначенное доверенное лицо, супруг/супруга, зарегистрированный гражданский супруг/супруга, родитель несовершеннолетнего лица, ближайший доступный родственник или лицо, которое, по мнению врача/NP/PA пациента, наилучшим образом будет действовать в интересах пациента и примет решения в соответствии с известными ранее высказанными пожеланиями и ценностями пациента.
- Лицо, имеющее право принимать решения о лечении от имени пациента, может подписать форму POLST только в случае недееспособности пациента либо при наличии предварительного распоряжения пациента о том, что решения данного лица вступают в силу немедленно.
- Для того чтобы форма POLST имела законную силу, она должна быть подписана (1) врачом или действующими под контролем врача, насколько это разрешено законом, фельдшером или помощником врача и (2) пациентом или лицом, имеющим право принимать решения от имени пациента. Устные распоряжения приемлемы при условии, что они впоследствии подкрепляются подписью врача/NP/PA в соответствии с правилами лечебного учреждения или сообщества.
- При использовании переведенной формы для пациента или лица, имеющего право принимать решения о лечении от имени пациента, прикрепите ее к подписанной форме POLST на английском языке.
- Настоятельно рекомендуется использовать оригиналы формы. Фотокопии и факс-копии подписанной формы POLST действительны и имеют законную силу. Копия должна храниться в медицинской карте пациента, если возможно, она должна быть распечатана на бумаге Ultra Pink.

Использование формы POLST

- Любой незаполненный раздел формы POLST означает полное лечение, указанное в данном разделе.

Раздел А

- При отсутствии пульса и дыхания не использовать дефибриллятор (в том числе автоматические внешние дефибрилляторы) или непрямой массаж сердца на пациенте, который отметил пункт «Не реанимировать».

Раздел В

- Если невозможно обеспечить необходимое для пациента комфортное состояние в данной обстановке, пациента, в том числе пациента, который отметил пункт «Паллиативный уход», следует перевести в лечебное учреждение, в котором возможно обеспечить необходимое для пациента комфортное состояние (например, лечение перелома бедра).
- Неинвазивные методы вентиляции дыхательных путей с положительным давлением включают в себя положительное непрерывное давление в воздухоносных путях (CPAP), двухуровневое положительное давление в воздухоносных путях (BiPAP) и дыхание с помощью маски с клапаном (BVM).
- Внутривенное введение антибиотиков и гидратация обычно не входят в «Паллиативный уход».
- Лечение обезвоживания организма продлевает жизнь. Пациенту, желающему получать жидкости путем внутривенных вливаний, следует отметить пункт «Селективная терапия» или «Полное лечение».
- В зависимости от местного протокола экстренной медицинской помощи (EMS) «Дополнительные распоряжения», указанные в разделе В, могут не выполняться персоналом EMS.

Пересмотр формы POLST

Рекомендуется периодически пересматривать форму POLST. Пересмотр рекомендуется в тех случаях, когда:

- пациент переведен из одного лечебного учреждения в другое или с одного уровня лечения на другой, или
- имеет место существенное изменение состояния здоровья пациента, или
- изменились предпочтения пациента в отношении лечения.

Изменение и отмена формы POLST

- Дееспособный пациент в любое время может потребовать проведения альтернативного лечения либо аннулировать форму POLST любым образом, указывающим на соответствующее намерение. Для того чтобы аннулировать форму, рекомендуется провести черту через разделы A–D, написать слово «VOID» большими буквами и поставить на этой черте дату и подпись.
- Лицо, имеющее право принимать решения о лечении от имени пациента, может запросить изменение распоряжений в сотрудничестве с врачом/NP/PA, основываясь на известных пожеланиях пациента или, если пожелания пациента неизвестны, в наилучших интересах пациента.

Данная форма одобрена Калифорнийским управлением экстренной медицинской помощи (California Emergency Medical Services Authority) при содействии целевой рабочей группы модели POLST (POLST Task Force) штата Калифорния.

Чтобы получить дополнительную информацию или копию формы, посетите веб-сайт www.caPOLST.org.

ДАННАЯ ФОРМА ДОЛЖНА БЫТЬ С ПАЦИЕНТОМ ПРИ ЕГО ПЕРЕВОДЕ ИЛИ ВЫПИСКЕ