

Introduction to the Portuguese Brazil 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 Portuguese Brazilian 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.

Introdução à tradução em português do formulário POLST

O POLST é um pedido médico que dá aos pacientes mais controle sobre seus cuidados durante uma doença grave. Impresso em um formulário rosa e assinado pelo paciente e por um médico, enfermeiro ou assistente médico, o POLST lista os tipos de tratamento médico que o paciente deseja receber durante uma doença grave.

Esta é uma tradução em português do formulário POLST da Califórnia. O formulário traduzido serve apenas para fins educacionais e deve ser usado ao discutir os desejos de um paciente documentados no formulário POLST. O formulário POLST assinado deve estar em inglês para que a equipe de emergência possa ler e seguir os pedidos.

Para perguntas em inglês, envie um e-mail para info@capolst.org ou ligue para (916) 489-2222. Para saber mais sobre o POLST, acesse <http://www.caPOLST.org>.

This page is left intentionally blank.



EMSA #111 B (Em vigor a partir de 01/04/2017)*

Pedidos Médicos para Tratamento de Suporte da Vida (POLST)

Primeiro, siga essas ordens e, em seguida, entre em contato com o Médico/Enfermeira/Médico Assistente. Uma cópia do formulário POLST assinado é um pedido médico válido legalmente. Qualquer seção não concluída implica tratamento completo para essa seção. **O POLST complementa uma Diretriz Antecipada e não se destina a substituir esse documento.**

Sobrenome do Paciente:	Data de Elaboração do Formulário:
Nome do Paciente:	Data de Nascimento do Paciente:
Nome do Meio do Paciente:	Nº do Registro Médico: (opcional)

A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP): *Se o paciente não tiver pulso e não estiver respirando. Se o paciente NÃO estiver em parada cardiorrespiratória, siga as ordens das Seções B e C.*

Marque Uma Opção

- Tentativa de Reanimação/RCP (A Seleção de RCP na Seção A **requer** a seleção de Tratamento Completo na Seção B)
- Não Tentar Reanimação/DNR (Permitir Morte Natural)

B INTERVENÇÕES MÉDICAS: *Se o paciente for encontrado com pulso e/ou estiver respirando.*

Marque Uma Opção

- Tratamento Completo** – objetivo principal de prolongar a vida por todos os meios medicamente eficazes. Além do tratamento descrito em Tratamento Seletivo e Tratamento com Foco no Conforto, usar entubação, intervenções avançadas nas vias aéreas, ventilação mecânica e cardioversão, conforme indicado.
- Período de Avaliação do Tratamento Completo.**
- Tratamento Seletivo** – objetivo de tratar condições médicas e, ao mesmo tempo, evitar medidas complicadas. Além do tratamento descrito no Tratamento Focado no Conforto, usar tratamento médico, antibióticos intravenosos e fluidos intravenosos, conforme indicado. Não entubar. Pode usar pressão positiva não invasiva nas vias aéreas. Em geral, evitar a terapia intensiva.
- Solicitar transferência para o hospital somente se as necessidades de conforto não puderem ser atendidas no local atual.**
- Tratamento com Foco no Conforto** – objetivo principal de maximizar o conforto. Aliviar a dor e o sofrimento com medicação por qualquer via, conforme necessário; usar oxigênio, sucção e tratamento manual da obstrução das vias aéreas. Não usar os tratamentos listados em Tratamento Completo e Seletivo, a menos que sejam consistentes com a meta de conforto. **Solicitar transferência para o hospital somente se as necessidades de conforto não puderem ser atendidas no local atual.**

Pedidos Adicionais: _____

C NUTRIÇÃO ADMINISTRADA ARTIFICIALMENTE: *Oferecer alimentos por via oral se for possível e desejado.*

Marque Uma Opção

- Nutrição artificial de longo prazo, incluindo tubos de alimentação. Pedidos Adicionais: _____
- Período de teste de nutrição artificial, incluindo tubos de alimentação. _____
- Nenhum meio artificial de nutrição, incluindo tubos de alimentação. _____

D INFORMAÇÕES E ASSINATURAS:

Discutido com: Paciente (o Paciente Tem Capacidade) Tomador de Decisão Legalmente Reconhecido

Diretriz Antecipada datada de _____, disponível e revisada Agente de Saúde, se nomeado na Diretriz Antecipada:

Diretriz Antecipada não disponível Nome: _____

Sem Diretriz Antecipada Telefone: _____

Assinatura do Médico / Enfermeira / Médico Assistente (Médico/Enfermeira/Médico Assistente)

Minha assinatura abaixo indica que, até onde sei, essas ordens são consistentes com a condição médica e as preferências do paciente.

Nome do Médico/Enfermeira/Médico Assistente em Letra de Forma:	Nº do Telefone do Médico/Enfermeira/Médico Assistente:	Nº do CRM do Médico/Médico Assistente, Nº do COREN da Enfermeira:
Assinatura do Médico/Enfermeira/Médico Assistente (obrigatório) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Data:	

Assinatura do Paciente ou do Responsável pela Tomada de Decisões Legalmente Reconhecido

Estou ciente de que este formulário é voluntário. Ao assinar este formulário, o tomador de decisões legalmente reconhecido reconhece que esta solicitação referente a medidas de reanimação é consistente com os desejos conhecidos, e com o melhor interesse do indivíduo que é o objeto do formulário.

Nome em Letra de Forma: XX	Relação: (caso seja você o paciente, escreva o seu nome)
Assinatura: (obrigatório) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Data:
Endereço para correspondência (rua/cidade/estado/cep):	Número de Telefone:

Seu POLST pode ser adicionado a um registro eletrônico seguro para ser acessado pelos prestadores de serviço de saúde, conforme permitido pela HIPAA.

HIPAA PERMITE A DIVULGAÇÃO DO POLST A OUTROS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE, CONFORME NECESSÁRIO**Informações sobre o Paciente**

Nome (sobrenome, nomes):	Data de nascimento:	Sexo: M F
--------------------------	---------------------	----------------------------

Médico Supervisor da Enfermeira/Médico Assistente	Nome do Supervisor (se não for o Médico/Enfermeira/Médico Assistente Signatário)	
--	---	--

Nome:	Nome/Cargo:	N° do Telefone:
-------	-------------	-----------------

Contato Adicional	<input type="checkbox"/> Nenhum	
--------------------------	---------------------------------	--

Nome:	Relação com o Paciente:	N° do Telefone:
-------	-------------------------	-----------------

Orientações para o Profissional de Saúde**Preenchimento do POLST**

- **O Preenchimento do formulário POLST é voluntário.** A lei da Califórnia exige que o formulário POLST seja seguido pelos prestadores de serviços de saúde e oferece imunidade àqueles que o cumprem de boa-fé. No ambiente hospitalar, o paciente será avaliado por um médico, enfermeira (NP) ou médico assistente (PA) atuando sob a supervisão do médico, que emitirá pedidos apropriados que sejam consistentes com as preferências do paciente.
- **O POLST não substitui a Diretriz Antecipada.** Quando disponível, revise a Diretriz Antecipada e o formulário POLST para garantir a consistência e atualize os formulários adequadamente para resolver quaisquer conflitos.
- O POLST deve ser preenchido por um prestador de serviços de saúde com base nas preferências do paciente e nas indicações médicas.
- Um tomador de decisões legalmente reconhecido pode incluir um conservador ou tutor nomeado pelo tribunal, um agente designado em uma Diretriz antecipada, um substituto designado oralmente, cônjuge, parceiro reconhecido, pai ou mãe de um menor, parente mais próximo disponível ou pessoa que o médico do paciente/enfermeira/médico assistente acredite saber o que é melhor para o interesse do paciente e que irá tomar decisões de acordo com os desejos e valores expressos pelo paciente, na medida em que forem conhecidos.
- Um tomador de decisões legalmente reconhecido pode executar o formulário POLST somente se o paciente não tiver capacidade ou se tiver designado que a autoridade do tomador de decisões entre em vigor imediatamente.
- Para ser válido, um formulário POLST deve ser assinado por (1) um médico, ou por uma enfermeira ou um médico assistente atuando sob a supervisão de um médico e dentro do escopo da prática autorizada por lei e (2) pelo paciente ou tomador de decisões. Pedidos verbais são aceitáveis com o acompanhamento da assinatura do médico/enfermeira/médico assistente, de acordo com a política da instituição/comunidade.
- Se um formulário traduzido for usado com o paciente ou o responsável pela tomada de decisões, anexe a tradução ao formulário POLST assinado, em inglês.
- É altamente recomendável o uso do formulário original. Cópias e faxes de formulários POLST assinados são legais e válidos. Uma cópia deve ser mantida no prontuário médico do paciente, em papel rosa, quando possível.

Usando o POLST

- Qualquer seção incompleta do POLST implica tratamento completo para essa seção.

Seção A:

- Se for encontrado sem pulso e sem respirar, nenhum desfibrilador (incluindo desfibriladores externos automáticos) ou compressões torácicas devem ser usados em um paciente que tenha escolhido "Não Tentar Reanimação".

Seção B:

- Quando o conforto não puder ser alcançado no ambiente atual, o paciente, incluindo aquele com "Tratamento Focado no Conforto", deve ser transferido para um ambiente capaz de proporcionar conforto (por exemplo, tratamento de uma fratura de quadril).
- A pressão positiva não invasiva nas vias aéreas inclui pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), pressão positiva nas vias aéreas de dois níveis (BiPAP) e respirações assistidas com bolsa-máscara-válvula (BVM).
- Antibióticos e hidratação intravenosos geralmente não são "Tratamento Focado no Conforto".
- O tratamento da desidratação prolonga a vida. Se um paciente desejar fluidos intravenosos, indique "Tratamento Seletivo" ou "Tratamento Completo".
- Dependendo do protocolo local do SAMU, os "Pedidos Adicionais" escritos na Seção B podem não ser implementados pela equipe do SAMU.

Revisando o POLST

É recomendado que o POLST seja revisado periodicamente. A revisão é recomendada quando:

- O paciente é transferido de um ambiente de atendimento ou nível de atendimento para outro, ou
- Houver uma mudança substancial no estado de saúde do paciente, ou
- As preferências de tratamento do paciente mudam.

Modificação e Revogação do POLST

- Um paciente com capacidade pode, a qualquer momento, solicitar tratamento alternativo ou revogar um POLST por qualquer meio que indique a intenção de revogar. Recomenda-se que a revogação seja documentada traçando uma linha nas Seções A a D, escrevendo "REVOGADO" em letras grandes, assinando e datando essa linha.
- Um tomador de decisões legalmente reconhecido pode solicitar a modificação dos pedidos, em colaboração com o médico/enfermeira/médico assistente, com base nos desejos conhecidos do paciente ou, se desconhecidos, nos melhores interesses do paciente.

Este formulário foi aprovado pela Autoridade de Serviços Médicos de Emergência da Califórnia em cooperação com a Força-Tarefa POLST em todo o estado.
Para obter mais informações ou uma cópia do formulário, acesse www.caPOLST.org.

ENVIAR O FORMULÁRIO COM O PACIENTE SEMPRE QUE O MESMO FOR TRANSFERIDO OU RECEBER ALTA