

Introduction to the Farsi Translation of POLST Form

POLST is a physician order that gives patients more control over their end-of-life care. Produced on a distinctive bright pink form and signed by both the physician and patient, POLST specifies the types of medical treatment that a patient wishes to receive towards the end of life.

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 _____ or call _____. To learn more about POLST, visit _____.

Translation of the California POLST form into Farsi provided courtesy of Cedars-Sinai Medical Center.

معرفي ترجمه فارسي فرم POLST

POLST يك دستور پزشك است كه به بيماران كنترل بيشتري براي مراقبت هاي آخر زندگي خود مي دهد. ارائه شده بر روي فرم متمايز صورتی روشن و امضا شده بوسيله هم بيمار و هم پزشك، POLST نوع درمان پزشکی كه بيمار مي خواهد در زمان آخر زندگي خود دريافت كند را مشخص مي كند.

اين يك ترجمه فارسي از فرم POLST كاليفرنياست. فرم ترجمه شده فقط براي اهداف آموزشي در زمان گفتگو كردن در مورد خواسته هاي بيمار كه بر روي فرم POLST نوشته شده است، استفاده مي شود. فرم امضا شده POLST مي بايست به زبان انگليسي باشد تا افراد مسئول موارد اضطراري بتوانند آن را بخوانند و به دستورات عمل كنند.

ايميل بفرستيد و يا با شماره تلفن
ديدن كنيد.

براي سوالات به زبان انگليسي، به آدرس
تماس بگيريد. براي يادگيري بيشتري در مورد POLST، از تارتماي

ترجمه فرم POLST كاليفرنيا به فارسي به همت Cedars-Sinai Medical Center در دسترس قرار گرفته است.

Farsi version is for educational purposes only.

نسخه فارسی فقط به منظور آگاهی رسانی است.

دستورات پزشکی برای درمانهای حیات بخش (POLST)



EMSA #111 B
(قابل اجرا از
1/1/2009)

نام خانوادگی	اول این دستورات را اجرا کنید. این یک برگه دستورات پزشکی است که بر مبنای وضعیت فعلی پزشکی شخص و درخواستهای وی تهیه شده است. هر قسمت از این فرم که پر نشده باشد بطور ضمنی به این معنا است که درمانهای کامل در رابطه با آن قسمت انجام شوند. با همه باید با حرمت و احترام رفتار شود.
نام / نام میانی	
تاریخ تولد	تاریخ پر کردن فرم

<p>تنفس مصنوعی (CPR): نبض شخص نمیزند و نفس نمی کشد.</p> <p><input type="checkbox"/> تنفس مصنوعی/CPR بدهید</p> <p><input type="checkbox"/> سعی نکنید که شخص را بیهوش آورید/DNR (اجازه دهید شخص به مرگ طبیعی بمیرد) (بخش B: درمانهای کامل الزام آور است)</p> <p>هنگامیکه حمله قلبی نباشد، دستورات قید شده در B و C را انجام دهید.</p>	<p>A</p> <p>یکی را انتخاب کنید</p>
--	---

<p>اقدامات پزشکی:</p> <p><input type="checkbox"/> فقط اقدامات راحتی بخش انجام شوند از دارو از هر مسیر، نحوه قرار گرفتن، مراقبت زخم و دیگر اقدامات برای تسکین درد و رنج استفاده کنید. از اکسیژن، مکش و درمانهای دستی لازم برای باز کردن مجرای تنفسی برای راحتی بخشیدن استفاده کنید. از آنتی بیوتیک فقط برای راحتی بخشیدن استفاده کنید. اگر محل فعلی آسایش را تأمین نمی کند بیمار را به مکان دیگری انتقال دهید.</p> <p><input type="checkbox"/> مداخلات محدود اضافی که مراقبتهای بالا را شامل می شود. از درمانهای پزشکی، آنتی بیوتیک، و سرم های مایع بصورت ذکر شده استفاده کنید. لوله وارد نکنید. از فشار مثبت بر روی مجرای تنفسی بدون ایجاد جراحات می توانید استفاده کنید. از مراقبتهای بخش ویژه بطور اعم احتراز کنید.</p> <p><input type="checkbox"/> بیمار را برای انجام مداخلات پزشکی به بیمارستان انتقال ندهید. اگر محل فعلی آسایش را تأمین نمی کند بیمار را به مکان دیگری انتقال دهید.</p> <p><input type="checkbox"/> درمان کامل که مراقبتهای بالا را شامل می شود. از وارد کردن لوله، مداخلات پیشرفته بر روی مجرای تنفسی، تنفس مکانیکی، بکار انداختن عضلات قلبی با دستگاه دیفیبریلاتور/ شوک الکتریکی قلب بصورت ذکر شده استفاده کنید. بیمار را اگر چنین ذکر شده است به بیمارستان انتقال دهید. خدمات بخش مراقبتهای ویژه را شامل می شود.</p> <p>دستورات دیگر:</p>	<p>B</p> <p>یکی را انتخاب کنید</p>
--	---

<p>تغذیه مصنوعی:</p> <p><input type="checkbox"/> در صورت امکان یا تمایل به بیمار از طریق دهان غذا دهید.</p> <p><input type="checkbox"/> از طریق لوله تغذیه مصنوعی نکنید.</p> <p><input type="checkbox"/> دوره تعیین شده آزمایشی تغذیه مصنوعی از طریق لوله.</p> <p><input type="checkbox"/> دوره طولانی مدت تغذیه مصنوعی از طریق لوله.</p> <p>دستورات دیگر:</p>	<p>C</p> <p>یکی را انتخاب کنید</p>
---	---

امضاها و خلاصه بیماری:			D
مورد بحث قرار گرفته با: <input type="checkbox"/> تصمیم گیرنده موارد پزشکی <input type="checkbox"/> والد صغیر <input type="checkbox"/> قیم تعیین شده از طرف دادگاه <input type="checkbox"/> دیگر:			
امضای پزشک			
امضای من در زیر بیانگر این است که تا آنجا که من اطلاع دارم این دستورات با وضعیت پزشکی شخص و ترجیحات وی همخوانی دارد.			
نام پزشک با حروف بزرگ	شماره تلفن پزشک	تاریخ	
امضای پزشک (لازم است)	شماره تصدیق پزشک:		
امضای بیمار، تصمیم گیرنده، والد صغیر یا قیم			
با امضا کردن این فرم، تصمیم گیرنده قانونی موارد پزشکی تأیید می کند که این درخواست مبنی بر انجام اقدامات محدود، با تمایلات شناخته شده، و با مصلحت شخصی که این فرم برای وی پر شده است همخوانی دارد.			
امضاء (لازم است)	نام (با حروف)	رابطه با بیمار (اگر خود بیمار است بنویسد خود)	
خلاصه وضعیت پزشکی	در این قسمت چیزی ننویسید		
<p>این یک فرم POLST معتبر نیست</p> <p>NOT A VALID POLST FORM</p> <p>The signed POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow orders.</p> <p>فرم امضا شده POLST باید به انگلیسی باشد تا پرسنل اورژانس بتوانند آنرا بخوانند و به دستورات آن عمل کنند.</p>			

HIPAA اجازه می دهد که فرم POLST به دیگر ارائه دهندگان حرفه ای خدمات پزشکی در صورت نیاز ارائه شود			
نام بیمار (نام خانوادگی، نام میانی، نام کوچک)		تاریخ تولد	جنسیت مذکر M مونث F
آدرس بیمار			
اطلاعات تماس			
تصمیم گیرنده مراقبتهای پزشکی	آدرس	شماره تلفن	
شخص حرفه ای مراقبتهای پزشکی پر کننده فرم	مقام پر کننده فرم	شماره تلفن	تاریخ پر کردن فرم

دستورالعمل ها براي ارائه دهندگان حرفه اي خدمات پزشكي

پر کردن فرم POLST

- فرم باید بوسیله يك ارائه دهنده حرفه اي خدمات پزشكي بر طبق ترجیحات بیمار و وضعیت پزشكي وي پر شود.
- POLST در صورتي معتبر است که پزشك و بیمار/تصميم گیرنده آنرا امضا کنند. دستورالعمل هاي شفاهي با امضاي مجدد پزشك در راستاي قوانين مرکز پزشكي/جامعه قابل قبول است.
- بعضي وضعیت هاي پزشكي و يا درمانهاي پزشكي ممکن است از اقامت شخص در تأسیسات نگهداري از سالمندان جلوگیری کند.
- استفاده از فرم اصلي قویاً پیشنهاد مي شود. فتوکپی و فکس فرم هاي POLST امضا شده، قانوني و قابل اعتبار هستند.

استفاده از فرم POLST

- هر قسمتي از فرم POLST که پر نشده باشد بطور ضمني به اين معنا است که درمانهاي کامل در آن قسمت انجام شوند.

بخش A:

- دستگاه دیفیبریلاتور (شامل دیفیبریلاتورهاي اتوماتيك خارج از بدن) براي شخصي که سعی نکنيد که شخص را بهوش آورید را انتخاب کرده است نباید استفاده شود.

بخش B:

- در زماني که آسایش شخص در مکان فعلي قابل تأمین نیست، شخص، شامل شخصي که فقط اقدامات راحتي بخش انجام شوند را انتخاب کرده است باید به مکاني که در آن بتوان آسایش وي را تأمین کرد منتقل گردد (براي مثال براي درمان شکستگی لگن خاصره).
- سرم داروئي براي تأمین آسایش بیشتر براي شخصي که فقط اقدامات راحتي بخش انجام شوند را انتخاب کرده است ممکن است مناسب باشد.
- فشار مجاري تنفسي مثبت غير تهاجمی شامل فشار مثبت پیوسته مجاري تنفسي (CPAP)، فشار مثبت پیوسته دو سطحي مجاري تنفسي (BiPAP)، و ماسک صورت کمک به تنفس (BVM) مي باشند.
- درمان از وضعیت کم شدن آب بدن زندگي را طولاني تر مي کند. اشخاصي که مایل به دریافت مایعات از طریق سرم هستند باید مداخلات محدود یا درمانهاي کامل را علامت بگذارند.

مرور کردن فرم POLST

- پیشنهاد مي شود که فرم POLST متناوباً مرور شود. مرور در موارد زیر پیشنهاد مي شود:
- شخص از يك محل درمانی به محل دیگر یا از يك سطح درمانی به سطح دیگر منتقل شود، یا
- وضعیت جسماني شخص بطور قابل توجهي تغییر کند، یا
- ترجیحات درمانی شخص تغییر یابد.

تصحیح و باطل کردن فرم POLST

- يك شخص داراي قوه تصميم گيري مي تواند در هر زمان فرم POLST را تغییر داده یا باطل کند، عقیده خود در مورد ترجیحات درمانی خود را با به جریان انداختن شفاهي یا کتبی دستورالعملهاي از پیش تعیین شده یا پر کردن يك فرم POLST جديد عوض کند.
- براي باطل کردن POLST، خطي بر روي بخشهاي A تا D بکشید و با حروف درشت بنویسید "باطل". این خط را امضا کنید و تاریخ بگذارید.
- شخص تصميم گیرنده براي موارد پزشكي مي تواند درخواست کند که دستورالعمل ها بر مبنای ترجیحات شناخته شده شخص، یا اگر شناخته شده نیست بر اساس مصلحت وي اصلاح گردد.

ائتلاف کالیفرنیا برای مراقبت دلسوزانه (California Coalition for Compassionate Care)

این ائتلاف يك سازمان پیشرو براي اجراي POLST در کالیفرنیا است. این فرم بوسیله مرجع خدمات پزشكي اضطراري California Coalition for Emergency Medical Services Authority با همکاری با ائتلاف کالیفرنیا برای مراقبت دلسوزانه POLST Task Force، نیروي اجرایی و Compassionate Care در سطح ایالتی، تصویب شده است. براي دریافت اطلاعات بیشتر لطفاً از تارنمای www.finalchoices.org دیدن کنید.

این فرم را هر زمان که بیمار مرخص یا منتقل می شود همراه وي بفرستید