

## Introduction to the Armenian translation of the POLST form

---

POLST is a physician order that gives patients more control over their care during serious illness. 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 during serious illness.

This is an Armenian 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).

## Նախաբան՝ POLST-ի ձեռի Հայերեն թարգմանության

---

POLST-ը բժշկի ցուցում է, որ հիվանդներին ավելի շատ վերահսկողություն է տալիս լուրջ հիվանդության դեպքում նրանց խնամքի վերաբերյալ: Կազմված հատկանշական վարդագույն փայլուն ձեռի վրա եւ ստորագրված բժշկի եւ հիվանդի կողմից, POLST-ը սահմանում է բժշկական բուժումների այն տեսակները, որ հիվանդը ցանկանում է ստանալ լուրջ հիվանդության դեպքում:

Սա Կալիֆորնիայի POLST-ի ձեռի հայերեն թարգմանությունն է: Թարգմանված ձեռը հետապնդում է միայն ուսուցողական նպատակ, որն օգտագործվելու է, երբ քննարկվում են POLST-ի ձեռի վրա փաստագրված հիվանդի ցանկությունները: POLST-ի ստորագրված ձեռը պարտադիր պետք է անգլերեն լեզվով լինի, որպեսզի արտակարգ իրավիճակի անձնակազմը կարողանա կարդալ եւ հետեւել ցուցումներին:

Անգլերենով հարցերի համար էլեկտրոնային փոստով կապվեք [info@capolst.org](mailto:info@capolst.org) հասցեով կամ զանգահարեք (916) 489-2222 հեռախոսահամարով: POLST-ի վերաբերյալ ավելին իմանալու համար այցելեք [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org) կայքէջը:

*This page is left intentionally blank.*



EMSA #111 B  
 (Ուժի մեջ է 10/1/2014թ-ից)\*

**Բժշկի ցուցումները կյանքի պահպանումը ապահովելու համար**  
 (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

**Նախ հետևեք այս ցուցումներին. հետո կապվեք բժշկի հետ:**  
 POLST-ի ստորագրված պատճենը օրինական վավերական բժշկի ցուցման թերթիկ է: Որեւէ հատված, որ լրացված է, ենթադրում է ամբողջական բուժում տվյալ հատվածի համար: **POLST-ը լրացնում է Նախնական դիրեկտիվը եւ Նախատեսված է փոխարինելու այդ փաստաթղթին:**

Հիվանդի ազգանունը.	Ձեր պատրաստելու ամսաթիվը.
Հիվանդի անունը.	Հիվանդի ծննդյան ամսաթիվը.
Հիվանդի միջնանունը.	Բժշկական պատմության համարը. (ընտրովի)

**A** *Նշեք մեկը* **Սիրտ-թոքերի վերակենդանացում (CARDIOPULMONARY RESUSCITATION, CPR).** *Եթե հիվանդը զարկերակ չունի եւ չի շնչում: Երբ հիվանդը սիրտ-թոքերի արգելակման մեջ ՉԷ, հետևեք B եւ C հատվածների ցուցումներին:*

**Փորձեք վերակենդանացում/CPR** (A հատվածում CPR ընտրելը **պահանջում է** B հատվածում ամբողջական բուժում)

**Վերակենդանացում մի փորձեք/DNR** (Թողեք բնական ձեռով մահանա)

**B** *Նշեք մեկը* **Բժշկական միջամտություններ.** *Եթե հիվանդը զարկերակ ունի եւ/կամ շնչում է:*

**Ամբողջական բուժում - առաջնային նպատակը՝ կյանքը երկարաձգել բժշկական բոլոր ազդու միջոցներով:**  
 Բացի Ընտրովի Բուժման եւ Հանգստավետության վրա կենտրոնացած Բուժման հատվածներում նկարագրված բուժումից, խողովակ օգտագործեք, դիմեք շնչուղու հառաջացյալ միջամտությունների, մեխանիկական օդափոխման եւ սրտի աշխատանքը կարգավորելու/վերականգնելու, ինչպես հանձնարարված է:

**Ամբողջական բուժման փորձնական ժամանակամիջոց:**

**Ընտրովի բուժում - նպատակը՝ հիվանդությունը բուժել խուսափելով ծանր խնամքի միջոցներից:**  
 Բացի Հանգստավետության վրա կենտրոնացած Բուժման հատվածում նկարագրված բուժումից, օգտագործեք առողջապահական բուժում՝ կաթիլային ներարկման անտիբիոտիկներ եւ հեղուկներ, ինչպես հանձնարարված է: Խողովակ չմտցնեք: Կարելի է օգտագործել շնչուղու ոչ միջամտողական դրական ճնշում: Ընդհանրապես խուսափեք ծանր խնամքից:

**Հիվանդանոց տեղափոխել պահանջեցեք միայն այն դեպքում, երբ տվյալ վայրում հանգստավետության պահանջները հնարավոր չէ ապահովել:**

**Հանգստավետության վրա կենտրոնացած բուժում - առաջնային նպատակը՝ առավելագույն հանգստավետություն:**  
 Թեթեւացնել ցավը եւ տառապանքը դեղամիջոցների օգնությամբ որեւէ ճանապարհով. օգտագործեք թթվածին, ծծում - շնչուղու խափանման դեպքում՝ ձեռքով բուժում: Մի օգտագործեք Ամբողջական - Ընտրովի Բուժում հատվածներում ներկայացված բուժումներ, բացի եթե հետեւողական լինեն հանգստավետության նպատակի հետ: **Հիվանդանոց տեղափոխել պահանջեցեք միայն այն դեպքում, երբ տվյալ վայրում հանգստավետության պահանջները հնարավոր չէ ապահովել:**

Լրացուցիչ ցուցումներ. \_\_\_\_\_

**C** *Նշեք մեկը* **Արհեստականորեն մատուցված սնունդ.** *Եթե իրագործելի է եւ ցանկալի, սնունդը տրամադրեք բերանից:*

Երկարաժամկետ արհեստականորեն սնուցում, ներառյալ կերակրման խողովակները: Լրացուցիչ ցուցումներ. \_\_\_\_\_

Արհեստականորեն սնուցման փորձարկման ժամանակամիջոց, ներառյալ կերակրման խողովակները: \_\_\_\_\_

Սնուցման ոչ մի արհեստական միջոց, ներառյալ կերակրման խողովակները: \_\_\_\_\_

**D** **Տեղեկություն եւ ստորագրություններ.**

**Քննարկված է.**  Հիվանդի (Հիվանդը ի վիճակի է) հետ  Իրավականորեն ճանաչված որոշում կայացնողի հետ

Նախնական դիրեկտիվ թվագրված \_\_\_\_\_ մատչելի է վերանայված → Բուժսպասարկման Գործակալը, եթե նշված է Նախնական դիրեկտիվում.

Նախնական դիրեկտիվը մատչելի չէ \_\_\_\_\_ Անուն. \_\_\_\_\_

Նախնական դիրեկտիվ գոյություն չունի \_\_\_\_\_ Զեռախոս. \_\_\_\_\_

**Բժշկի ստորագրություն**  
 Իմ ստորագրությունը ներքեւում նշանակում է, ըստ իմ լավագույն իմացության, որ այս ցուցումները համապատասխան են տվյալ հիվանդի առողջական վիճակին եւ նախընտրություններին:

Բժշկի անունը տպագիր.	Բժշկի հեռախոսահամարը.	Բժշկի արտոնագրի համարը.
Բժշկի ստորագրությունը. (պարտադիր) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		Ամսաթիվ.

**Հիվանդի կամ իրավականորեն ճանաչված որոշում կայացնողի ստորագրությունը**  
 Գիտակցում եմ, որ այս ձեռք կամավոր է: Ստորագրելով այս ձեռք, իրավականորեն ճանաչված որոշում կայացնողն ընդունում է, որ վերակենդանացման միջոցառումների այս խնդրագիրը համապատասխանում է հիվանդի մեզ հայտնի ցանկություններին, ինչպես նաեւ հիվանդի լավագույն շահերին:

Անունը տպագիր.	Կապը. (գրել՝ նույն, եթե հիվանդն է)	
Ստորագրությունը. (պարտադիր) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Ամսաթիվ.	
Փոստի հասցե (Փողոց/քաղաք/նահանգ/փոստային համարանիշ).	Զեռախոսի համար.	Office Use Only: / Գրասենյակի օգտագործման համար միայն.

**Ի ՊԱՅԱՆՁԵԼ ՀԱՐԿԻՆ HIPAA-Ն ԹՈՒՅԼ Է SULԻՍ POLST-Ի ԲԱՑԱՀԱՅՏՈՒՄԸ ՈՐԻՇ ԲՈՒԾՊՈՎԱՍԱՐԿՈՒՄ ՄԱՏԱԿԱՐԱՐՈՂՆԵՐԻ**

**Հիվանդի տեղեկություն**

Անուն (ազգանուն, անուն, միջնանուն).	Ծննդյան ամսաթիվ.	Սեռը. <b>Արական Արական</b>
-------------------------------------	------------------	-------------------------------

**Բուժապասարկում մատակարարողը, որն օգնել է ձեզ պատրաստելու**  Չ/Կ եթե POLST-ը լրացվել է ստորագրող բժշկի կողմից

Անուն.	Տիտղոս.	Չեռախոսի համար.
--------	---------	-----------------

**Լրացուցիչ կապ**  Ոչ մի

Անուն.	Կապը հիվանդի հետ.	Չեռախոսի համար.
--------	-------------------	-----------------

**Ցուցումներ բուժապասարկում մատակարարողի համար**

**POLST Լրացնելը**

- **POLST-ի ձևը լրացնելը կամավոր է:** Կալիֆորնիայի օրենքը պարտադրում է, որ POLST-ի ձևը հսկվի բուժապասարկում մատակարարողների կողմից եւ անձեռնմխելիություն ապահովի նրանց, ովքեր ենթարկվում են բարի կամեցողության: Հիվանդանոցի դասավորման մեջ հիվանդին կգնահատի մի բժիշկ, որը կհղի համապատասխան ցուցումները, որոնք հետետողական են հիվանդի նախասիրություններին:
- **POLST-ը չի փոխարինում Նախնական դիրեկտիվին:** Հնարավորության դեպքում վերանայեք POLST-ի եւ Նախնական դիրեկտիվի ձևերը՝ երաշխավորելու համար հետետողականությունը, ինչպես նաեւ ձեւերը թարմացնելով՝ համապատասխանաբար լուծելու հակասությունները:
- POLST-ը պետք է լրացվի բուժապասարկում ապահովողի կողմից՝ հիմնվելով հիվանդի նախընտրությունների եւ բժշկական նշումների վրա:
- Իրավականորեն ճանաչված որոշում կայացնողը կարող է լինել դատարանի կողմից նշանակված խնամակալ կամ պահապան, նախնական դիրեկտիվի մեջ նշանակված գործակալ, բանավոր կերպով նշանակված փոխարինող, ամուսիններ, գրանցված տնային ընկեր, անչափահասի ծնող, ներկա ամենամոտիկ ազգական կամ մի անձ, որն ըստ հիվանդի բժիշկի համոզման, լավ գիտի հիվանդի շահը եւ որոշումներ կկայացնի՝ համապատասխան հիվանդի արտահայտած հնարավորին չափ հայտնի ցանկությունների եւ արժեքների:
- Իրավականորեն ճանաչված որոշում կայացնողը կարող է գործադրել POLST-ի ձևը միայն, եթե հիվանդին պակասում է ընդունակությունը կամ անմիջապես նախորդել է որոշում կայացնողի հեղինակությունը:
- POLST-ը վավերական լինելու համար պետք է ստորագրված լինի բժշկի եւ հիվանդի, կամ որոշում կայացնողի կողմից: Բանավոր կարգադրություններն ընդունելի են բժշկի կողմից ստորագրությամբ՝ ըստ հաստատության/համայնքի կանոնադրության:
- Եթե հիվանդի կամ որոշում կայացնողի հետ թարգմանված ձեւ է օգտագործվում, ապա կցեք այն POLST-ի ստորագրված անգլերեն տարբերակի ձեւին:
- Բնագիր ձևերի օգտագործումը խստորեն խրախուսվում է: POLST-ի ստորագրված ձևերի պատճենները եւ ֆաքսերը վավերական են եւ հիմնավոր: Մի պատճենը պետք է պահվի հիվանդի հիվանդության պատմության մեջ, հնարավորության դեպքում վառ-վարդագույն թղթի վրա:

**POLST-ի օգտագործումը**

- POLST-ի որեւէ թերի հատված ենթադրում է այդ հատվածի համար ամբողջական բուժում:  
*Հատված A.*
- Այն դեպքում, երբ զարկերակ չկա եւ չի շնչում, սրտի աշխատանքը կարգավորող սարք (ներառյալ ինքնագործ արտաքին սրտի աշխատանքը կարգավորողներ) կամ կրծքի սեղմումներ չպետք է կիրառել այն հիվանդի վրա, որն ընտրել էր «Վերակենդանացում մի փորձեք» կետը:  
*Հատված B.*
- Երբ առկա իրավիճակում հնարավոր չէ հանգստավետություն ապահովել, հիվանդը, ներառյալ «Հանգստավետության վրա կենտրոնացած բուժում»-ով մեկը պետք է տեղափոխվի հանգստավետություն ապահովող մի շրջապատ (օրինակ, ազդրի ջարդվածքի բուժում):
- Շնչուղու ոչ միջամտողական դրական ճնշումը ներառում է շնչուղու հարատեւ դրական ճնշում (CPAP), շնչուղու երկմակարդակ դրական ճնշում (BiPAP) եւ պարկափականային դիմակի (BVM) օգնությամբ շնչառություններ:
- Կաթիլային ներերակային Անտիբիոտիկները եւ խոնավացումը «Հանգստավետության վրա կենտրոնացած բուժում»:
- Ջրազրկումը բուժելը երկարացնում է կյանքը: Եթե հիվանդը ցանկանում է Կաթիլային ներերակային հեղուկներ, նշեք «Ընտրովի բուժում» կամ «Ամբողջական բուժում» կետերը:
- Ըստ տեղական Արտակարգ խնամքի բժշկական անձնակազմի արձանագրության, B հատվածում գրված «Լրացուցիչ ցուցումները» չեն կարող իրականացվել Արտակարգ խնամքի բժշկական անձնակազմի կողմից:

**POLST-ի վերանայումը**

- Հանձնարարվում է պարբերաբար վերանայել POLST-ը: Վերանայում հանձնարարվում է, եթե.
- Հիվանդը տեղափոխվում է մի խնամքի հարմարությունից կամ խնամքի մակարդակից մեկ ուրիշի, եւ կամ
  - Հիմնական փոփոխություն կա հիվանդի առողջական վիճակի մեջ, եւ կամ
  - Հիվանդի բուժան նախընտրությունները փոխվում են:

**POLST-ը բարեփոխելը եւ անվավեր դարձնելը**

- Ընդունակություն ունեցող հիվանդը որեւէ ժամանակ կարող է պահանջել այլընտրական վերաբերմունք կամ POLST-ի ուժը կորցրած հայտարարել մի որեւէ միջոցով, որ մատնացույց կանի ուժը կորցնելու նպատակ: Հանձնարարվում է, որ ուժը կորցնելու հայտարարությունը փաստագրվի գիծ բաշելով A -ից մինչեւ D բաժինների վրա, խոշոր տառերով «VOID» (չեղյալ) գրելով, ստորագրելով եւ ամսաթիվ դնելով գծի վրա:
- Օրինականորեն ճանաչված որոշում կայացնողը կարող է խնդրել բարեփոխելու ցուցումները՝ բժշկի հետ համագործակցելով, հիմնված հիվանդի հայտնի ցանկությունների վրա, եւ կամ, անհայտ լինելու դեպքում՝ հիվանդի հայտնի շահերի վրա:

Սույն ձևը հաստատված է Կալիֆորնիայի Արտակարգ Բժշկական Ծառայության Իշխանության կողմից՝ համագործակցությամբ POLST-ի Համանահանգային Առաջադրանքների Մարմին: Հավելյալ տեղեկությունների համար կամ ձեւի պատճենի համար այցելեք [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org):

**ՁԵՎԸ ՈՐՂԱՐԿԵՔ ՀԻՎԱՆԴԻ ԴՅՏ՝ ՆՐԱ ԴՈՒՐՍ ԳՐՎԵԼՈՒՑ ԿԱՍ ՏԵՂԱՓՈՆԿԵԼՈՒՑ**