



## **Introduction to the Russian 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 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 [polst@cedars-sinai.org](mailto:polst@cedars-sinai.org) or call [310.434.3333](tel:3104343333). To learn more about POLST, visit [www.polst.org](http://www.polst.org).

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

## **Вводная информация к русскому переводу формы POLST**

POLST — это распоряжение врача, благодаря которому пациенты могут лучше контролировать свое медицинское обслуживание при уходе из жизни. В форме POLST, представленной на особой ярко-розовой бумаге и подписанной как врачом, так и пациентом, указываются виды медицинского лечения, которые пациент желает получать, перед тем, как уйдет из жизни.

Это — РУССКИЙ перевод формы POLST штата Калифорния. 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 [polst@cedars-sinai.org](mailto:polst@cedars-sinai.org) или звоните по телефону [310.434.3333](tel:3104343333). Для получения дополнительной информации о POLST посетите веб-сайт [www.polst.org](http://www.polst.org).

Перевод формы POLST штата Калифорния на русский язык предоставлен с разрешения медицинского центра Cedars-Sinai Medical Center.



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

Имя и фамилия пациента (фамилия, имя, второе имя)	Дата рождения	Пол: <b>М</b> <b>Ж</b>	
Адрес пациента			
<b>Контактные данные</b>			
Лицо, уполномоченное принимать решения о лечении от имени пациента	Адрес	Номер телефона	
Имя медицинского работника, заполнившего данную форму	Должность лица, заполнившего данную форму	Номер телефона	Дата заполнения

## Указания для медицинских работников

### Заполнение формы POLST

- Должна быть заполнена медицинским работником на основании предпочтений пациента и медицинских показаний.
- Для того, чтобы форма POLST имела законную силу, она должна быть подписана врачом и пациентом, или уполномоченным представителем пациента, имеющим право принимать решения от его имени. Устные распоряжения приемлемы при условии, что они впоследствии подкрепляются подписью врача в соответствии с правилами лечебного заведения или округа.
- Некоторые заболевания или виды лечения могут привести к тому, что пациенту не будет позволено проживать в доме для престарелых.
- Предпочтительно использовать оригинал формы. Фотокопии и факс-копии подписанной формы POLST действительны и имеют законную силу.

### Использование формы POLST

Любой не полностью заполненный раздел формы POLST означает полное лечение, указанное в данном разделе.

#### Раздел А:

- Не использовать дефибриллятор (в том числе и автоматический внешний дефибриллятор) на пациенте, который отметил пункт “Не реанимировать.”

#### Раздел В:

- Если уход за пациентом не возможно осуществить в данной обстановке, пациента, в том числе пациента, который отметил пункт “Только симптоматическая терапия”, следует перевести в лечебное заведение, в котором возможно удовлетворение нужд комфорта пациента (например, лечение перелома бедра).
- Внутривенное введение лекарств с целью облегчения боли может быть приемлемо для пациента, который отметил пункт “Только симптоматическая терапия”.
- Неинвазивные методы вентиляции дыхательных путей с положительным давлением включают в себя положительное непрерывное давление в воздухоносных путях (CPAP), двухуровневое положительное непрерывное давление в воздухоносных путях (BiPAP), и дыхание с помощью маски с клапаном (BVM).
- Лечение обоживания организма продлевает жизнь. Пациенту, желающему получить жидкости путем внутривенных вливаний, рекомендуется отметить пункт “Ограниченные дополнительные вмешательства” или “Полное лечение.”

### Пересмотр формы POLST

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

- Пациент переведен из одного лечебного заведения в другое, или
- Имеет место существенное изменение состояния здоровья пациента (улучшение или ухудшение), или
- Изменились предпочтения пациента в отношении лечения.

### Изменение и отмена формы POLST

- Дееспособное лицо имеет право в любое время отменить свою форму POLST или изменить свои предпочтения относительно лечения, сделав устное или письменное заблаговременное распоряжение (Advanced Health Care Directives) или новую форму POLST.
- Для того, чтобы отменить форму POLST, проведите черту через разделы от А до D и напишите слово “VOID” большими буквами. Поставьте на этой черте дату и подпись.
- Медицинский работник может запросить пересмотр распоряжений, основываясь на известных пожеланиях пациента, или, если пожелания пациента неизвестны, действуя в наилучших интересах пациента.

### Калифорнийская коалиция за сострадание в здравоохранении (California Coalition for Compassionate Care)

Коалиция является основным агентством, ответственным за введение формы POLST в Калифорнии. Данная форма была одобрена Управлением Экстренной Медицинской Помощи (Emergency Medical Services Authority) при содействии Калифорнийской Коалиции за Сострадание в Здравоохранении и Оперативной Группой Модели POLST (POLST Task Force) штата Калифорния.

Чтобы получить дополнительную информацию, пожалуйста, посетите вебсайт [www.finalchoices.org](http://www.finalchoices.org).

**ПОСЫЛАЙТЕ ЭТУ ФОРМУ С ПАЦИЕНТОМ КАЖДЫЙ РАЗ, КОГДА ПАЦИЕНТА ВЫПИСЫВАЮТ ИЗ БОЛЬНИЦЫ, ИЛИ ПЕРЕВОДЯТ В ДРУГОЕ ЛЕЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ.**