

UNA COPIA DE ESTA FORMA ACOMPAÑARÁ AL PACIENTE CUANDO ESTÁ TRANSFERIDA O DESCARGADA

Pedidos del médico de Tennessee para el alcance del tratamiento (POSTE, a veces llamado "POLST") Esto es una hoja de pedido del médico basada en las dolencias y los deseos de la persona identificada en la derecha ("paciente"). Cualquier sección no terminada indica el tratamiento completo para esa sección. Cuando ocurre la necesidad, <u>primero</u> siga estas órdenes, <u>después</u> entre en contacto con el médico.	El apellido del paciente
	Nombre/inicial media
	Fecha de nacimiento

Sección A Compruebe una caja solamente	RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR): El paciente no tiene ningún pulso y no está respirando. <input type="checkbox"/> Reanime (CPR) <input type="checkbox"/> No intente la resucitación (DNR/ningún CPR) (permita la muerte natural) Cuando no en la detención cardiopulmonar, siga las órdenes en B, C, y la D.
--	--

Sección B Compruebe una caja solamente	INTERVENCIONES MÉDICAS. El paciente tiene pulso y/o está respirando. <input type="checkbox"/> La comodidad mide solamente. Alivie el dolor y el sufrimiento con el uso de cualquier medicación por cualquier ruta, la colocación, el cuidado de la herida y otras medidas. Utilice el oxígeno, la succión y el tratamiento manual de la obstrucción de vía aérea según las necesidades para la comodidad. No transfiera al hospital para el tratamiento de vida-mantenimiento. Transfiera solamente si las necesidades de la comodidad no se pueden cubrir en la ubicación actual. Plan del tratamiento: Maximice la comodidad a través de la gestión del síntoma <input type="checkbox"/> Intervenciones adicionales limitadas. Además del cuidado descrito en medidas de la comodidad arriba, utilice el tratamiento médico, los antibióticos, IV los líquidos y monitor cardíaco según lo indicado. Ninguna intubación, intervenciones avanzadas de la vía aérea, o ventilación mecánica. Puede considerar la ayuda menos invasor de la vía aérea (e.g. CPAP, BiPAP). Transferencia al hospital si está indicado. Evite generalmente la Unidad de Cuidados Intensivos. Plan del tratamiento: tratamientos médicos básicos. <input type="checkbox"/> Tratamiento completo. Además de la atención descrita en las medidas de confort solamente y las intervenciones adicionales limitadas anteriores, utilice la intubación, intervenciones de vías respiratorias avanzadas, y ventilación mecánica como se indica. Traslado al hospital y/o unidad de cuidados intensivos si se indica. Plan de tratamiento: tratamiento completo incluyendo en la unidad de cuidados intensivos. Plan del tratamiento: Tratamiento completo que incluye en la Unidad de Cuidados Intensivos. Otras instrucciones: _____
--	---

Sección C Compruebe uno	NUTRICIÓN ARTIFICIAL ADMINISTRADA. Los líquidos orales y la nutrición deben ser ofrecidos si son posibles. <input type="checkbox"/> Ninguna nutrición artificial por el tubo <input type="checkbox"/> Período de prueba definido de la nutrición artificial por el tubo. <input type="checkbox"/> Nutrición artificial a largo plazo por el tubo. Otras instrucciones: _____
-----------------------------------	---

Sección D Debe ser terminado	Discutido con: <input type="checkbox"/> Paciente/residente <input type="checkbox"/> Agente de la atención sanitaria <input type="checkbox"/> Guarda señalado por la corte <input type="checkbox"/> Sustituto de la atención sanitaria <input type="checkbox"/> Padre del menor <input type="checkbox"/> Otro: _____ (Especificar)	La base para estas órdenes es: (Debe ser terminado) <input type="checkbox"/> Las preferencias del paciente <input type="checkbox"/> El mejor interés del paciente (el paciente carece desconocido de la capacidad o de las preferencias) <input type="checkbox"/> Indicaciones médicas <input type="checkbox"/> (Otro) _____
--	--	---

Nombre de Physician/NP/CNS/PA (Print)	Firma de Physician/NP/CNS/PA	Fecha	Número de teléfono de MD/NP/CNS/PA
	(Firma de NP/CNS/PA en la descarga)		

Firma del paciente, del padre del menor, o tutor/representante de atención medica

Las preferencias se han expresado a un medico y/o profesional de atención medica. Se puede revisar y actualizar en cualquier momento si sus preferencias cambian. Si usted no puede tomar sus propias decisiones de cuidado de la salud las órdenes deben reflejar sus preferencias como mejor entendido por su agente/sustituto.

Nombre (impresión)	Firma	Relación (escriba al "uno mismo" si paciente)	
Agente/sustituto	Relación	Número de teléfono	
Forma preparada profesional de la atención sanitaria	Título del preparador	Número de teléfono	Fecha Preparado

Direcciones para los profesionales de la atención sanitaria

Realización del POSTE

Debe ser terminado por un profesional de la atención sanitaria basado en preferencias pacientes, mejor interés paciente, e indicaciones médicas.

Para ser válido, el POSTE se debe firmar por un médico o en la descarga de un hospital o el centro de asistencia del largo plazo por un médico de la enfermera (NP), un especialista clínico de la enfermera (CNS), o un ayudante del médico (PA). Las órdenes verbales son aceptables con la firma de la continuación del médico de acuerdo con la instalación/la política comunitaria.

La persona con DNR en efecto en el momento de la descarga debe tener POST completado por el centro de atención médica antes de la descarga y copia de POST proporcionado a personal de emergencia médica calificado.

Las fotocopias/los faxes de las formas del POSTE firmado son legales y válidos.

Usando el POSTE

Cualquier sección incompleta del POSTE implica el tratamiento completo para esa sección.

Ningún defibrillador (AEDs incluyendo) se debe utilizar en una persona que ha elegido “no intenta la resucitación”.

Los líquidos orales y la nutrición deben ser ofrecidos siempre si médicamente son posibles.

Cuando la comodidad no se puede alcanzar en el ajuste actual, la persona, incluyendo alguien con “medidas de la comodidad solamente”, debe ser transferida a un ajuste capaz de proporcionar la comodidad (e.g., tratamiento de una fractura de la cadera).

La medicación IV para aumentar comodidad puede ser apropiada para una persona que ha elegido “medidas de la comodidad solamente”.

El tratamiento de la deshidratación es una medida que prolonga vida. Una persona que desea los líquidos IV debe indicar que “limitó intervenciones” o el “tratamiento completo”.

Una persona con capacidad, o el agente de la atención sanitaria o el sustituto de una persona sin capacidad, pueden pedir el tratamiento alternativo.

Repaso del POSTE

Este POSTE debe ser revisado si:

- (1) transfieren al paciente a partir de un ajuste del cuidado o nivel del cuidado a otro, o
- (2) allí es un cambio sustancial en el estado de la salud del paciente, o

LA COPIA DE LA FORMA ACOMPAÑARÁ AL PACIENTE CUANDO ESTÁ TRANSFERIDA O DESCARGADA.