



Dla pacjentów: Korzystanie z tego formularza jest całkowicie dobrowolne. Na życzenie, podczas omawiania formularza POLST z pracownikiem opieki zdrowotnej należy być w towarzystwie zaufanej osoby. **Dla osób świadczących usługi opieki zdrowotnej:** Ten formularz należy wypełnić dopiero po rozmowie z pacjentem lub przedstawicielem pacjenta. Proces decyzyjny dotyczący formularza POLST jest przeznaczony dla pacjentów, którzy są narażeni na zagrażające życiu zdarzenie kliniczne, ponieważ mają poważną, ograniczającą życie chorobę, która może obejmować zaawansowany stopień osłabienia. Przy znaczącej zmianie stanu zdrowia może być konieczne sporządzenie nowych zaleceń.

INFORMACJE DLA PACJENTA. Dla pacjentów: Korzystanie z tego formularza jest całkowicie dobrowolne.			
Nazwisko pacjenta		Imię pacjenta	
Data urodzenia (mm/dd/yyyy)		Adres (ulica/miasto/stan/kod pocztowy)	
A Należy wybrać jedno pole	ZALECENIA DLA PACJENTA Z ZATRZYMANIEM KRAŻENIA. Wykonać, jeśli pacjent NIE ma pulsu.		
	<input type="checkbox"/> RKO TAK: Podjąć próbę resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO). Użyć wszystkich wskazanych metod według standardowego protokołu medycznego. (Wymaga wybrania leczenia pełnego w sekcji B.)		<input type="checkbox"/> RKO NIE: Nie podejmować próby resuscytacji (DNAR).
B Sekcja może pozostać pusta	ZALECENIA DLA PACJENTA, U KTÓREGO NIE DOSZŁO DO ZATRZYMANIA KRAŻENIA. Wykonać, jeśli pacjent ma puls. Zapewnić jak największy komfort, niezależnie od wybranej opcji leczenia. (Jeśli nie wybrano żadnej opcji, należy zastosować pełne leczenie.)		
	<input type="checkbox"/> Leczenie pełne: Głównym celem jest próba zapobieżenia zatrzymaniu krążenia poprzez zastosowanie wszystkich wskazanych metod leczenia. Należy zastosować intubację, wentylację mechaniczną, kardiowersję i wszystkie inne metody leczenia, zgodnie ze wskazaniami.		
	<input type="checkbox"/> Leczenie selektywne: Podstawowym celem jest leczenie stanów chorobowych za pomocą ograniczonych środków medycznych. Nie należy stosować intubacji ani inwazyjnej wentylacji mechanicznej. Można stosować nieinwazyjne formy dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych, w tym CPAP i BiPAP. Można zastosować płyny dożylnie, antybiotyki, wazopresory i leki antyarytmiczne, zgodnie ze wskazaniami. Przeniesienie do szpitala, jeśli jest to wskazane.		
C Sekcja może pozostać pusta	<input type="checkbox"/> Leczenie ukierunkowane na zapewnienie komfortu: Głównym celem jest zapewnienie jak największego komfortu poprzez łagodzenie objawów. Umożliwienie naturalnej śmierci. W razie potrzeby stosować leki podawane dowolną drogą. Zastosować tlen, ssanie i ręczne metody leczenia niedrożności dróg oddechowych. Nie stosować leczenia wymienionego w części Leczenie pełne i selektywne, chyba że jest to zgodne z celem zapewnienia komfortu. Przeniesienie do szpitala tylko wtedy, gdy nie można osiągnąć komfortu w obecnych warunkach.		
	Dodatkowe zalecenia lub instrukcje. Są to dodatkowe zalecenia do tych powyżej (np. wstrzymanie podawania produktów krwipochodnych; brak dializy). [Protokoły EMS mogą ograniczać możliwości ratownika w celu wykonania zaleceń zawartych w tej sekcji].		
D Sekcja może pozostać pusta	ZALECENIA DOTYCZĄCE ŻYWIENIA MEDYCZNEGO. Zaoferować żywność podawaną doustnie, jeśli jest tolerowana. (Gdy nie dokonano wyboru, zapewnić standardową opiekę).		
	<input type="checkbox"/> Zapewnić sztuczne odżywianie i nawadnianie za pomocą dowolnych środków, w tym nowych lub istniejących rurek umieszczonych chirurgicznie.		
	<input type="checkbox"/> Okres próbny dla sztucznego odżywiania i nawadniania, jednak BEZ rurek umieszczanych chirurgicznie. <input type="checkbox"/> Brak pożądanego sztucznego odżywiania lub nawadniania.		
E Wymagane	Podpis pacjenta lub przedstawiciela pacjenta. (Dokumenty podpisane elektronicznie są ważne).		
	<input checked="" type="checkbox"/> Imię i nazwisko drukowanymi literami (wymagane)		Data
	Podpis (wymagany) Omówiłem(-am) opcje leczenia i cele opieki zdrowotnej z pracownikiem opieki zdrowotnej. Jako prawny przedstawiciel, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem oświadczam, że wybrane metody leczenia są zgodne z preferencjami pacjenta.		
	Relacja osoby podpisującej się względem pacjenta: <input type="checkbox"/> Pacjent <input type="checkbox"/> Rodzic osoby niepełnoletniej		<input type="checkbox"/> Przedstawiciel w ramach pełnomocnictwa ds. opieki zdrowotnej <input type="checkbox"/> Pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej (lista priorytetów na stronie 2)
F Wymagane	Wykwalifikowany lekarz opieki zdrowotnej. Lekarz, licencjonowany rezydent (drugi rok lub wyższy), pielęgniarka zaawansowanej praktyki lub asystent lekarza. (Dokumenty podpisane elektronicznie są ważne).		
	<input checked="" type="checkbox"/> Imię i nazwisko upoważnionego lekarza drukowanymi literami (wymagane)		Telefon
	Podpis upoważnionego lekarza (wymagany) Zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem, niniejsze zalecenia są zgodne ze stanem zdrowia i preferencjami pacjenta.		



State of Illinois
Department of Public Health

**IDPH UNIFORM PRACTITIONER ORDER FOR
LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) FORM**

For patients: Use of this form is completely voluntary. If desired, have someone you trust with you when discussing a POLST form with a health care professional. **For health care providers:** Complete this form only after a conversation with the patient or the patient’s representative. The POLST decision-making process is for patients who are at risk for a life-threatening clinical event because they have a serious life-limiting medical condition, which may include advanced frailty. With significant change in condition, new orders may need to be written.

PATIENT INFORMATION. For patients: Use of this form is completely voluntary.				
Patient Last Name		Patient First Name		MI
Date of Birth (mm/dd/yyyy)		Address (street/city/state/ZIP code)		
A <i>Required to Select One</i>	ORDERS FOR PATIENT IN CARDIAC ARREST. Follow if patient has NO pulse.			
	<input type="checkbox"/> YES CPR: Attempt cardiopulmonary resuscitation (CPR). Utilize all indicated modalities per standard medical protocol. (Requires choosing Full Treatment in Section B.)		<input type="checkbox"/> NO CPR: Do Not Attempt Resuscitation (DNAR).	
B <i>Section may be Left Blank</i>	ORDERS FOR PATIENT NOT IN CARDIAC ARREST. Follow if patient has a pulse. Maximizing comfort is a goal regardless of which treatment option is selected. (When no option selected, follow Full Treatment.)			
	<input type="checkbox"/> Full Treatment: Primary goal is attempting to prevent cardiac arrest by using all indicated treatments. Utilize intubation, mechanical ventilation, cardioversion, and all other treatments as indicated.			
	<input type="checkbox"/> Selective Treatment: Primary goal is treating medical conditions with limited medical measures. Do not intubate or use invasive mechanical ventilation. May use non-invasive forms of positive airway pressure, including CPAP and BiPAP. May use IV fluids, antibiotics, vasopressors, and antiarrhythmics as indicated. Transfer to the hospital if indicated.			
C <i>Section may be Left Blank</i>	<input type="checkbox"/> Comfort-Focused Treatment: Primary goal is maximizing comfort through symptom management. Allow natural death. Use medication by any route as needed. Use oxygen, suctioning and manual treatment of airway obstruction. Do not use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. Transfer to hospital only if comfort cannot be achieved in current setting.			
	Additional Orders or Instructions. These orders are in addition to those above (e.g., withhold blood products; no dialysis). [EMS protocols may limit emergency responder ability to act on orders in this section.]			
D <i>Section may be Left Blank</i>	ORDERS FOR MEDICALLY ADMINISTERED NUTRITION. Offer food by mouth if tolerated. (When no selection made, provide standard of care.)			
	<input type="checkbox"/> Provide artificial nutrition and hydration by any means, including new or existing surgically-placed tubes.			
	<input type="checkbox"/> Trial period for artificial nutrition and hydration but NO surgically-placed tubes.			
E <i>Required</i>	<input type="checkbox"/> No artificial nutrition or hydration desired.			
	Signature of Patient or Legal Representative. (eSigned documents are valid.)			
	<input checked="" type="checkbox"/> Printed Name (required)		Date	
	Signature (required) I have discussed treatment options and goals for care with a health care professional. If signing as legal representative, to the best of my knowledge and belief, the treatments selected are consistent with the patient’s preferences.			
F <i>Required</i>	Relationship of Signee to Patient:		<input type="checkbox"/> Agent under Power of Attorney for Health Care	
	<input type="checkbox"/> Patient		<input type="checkbox"/> Health care surrogate decision maker (See Page 2 for priority list)	
	<input type="checkbox"/> Parent of minor			
F <i>Required</i>	Qualified Health Care Practitioner. Physician, licensed resident (second year or higher), advanced practice nurse, or physician assistant. (eSigned documents are valid.)			
	<input checked="" type="checkbox"/> Printed Authorized Practitioner Name (required)		Phone	
	Signature of Authorized Practitioner (required) To the best of my knowledge and belief, these orders are consistent with the patient’s medical condition and preferences.		Date (required)	
<input checked="" type="checkbox"/>				

	X	Data <i>(wymagana)</i>
TA STRONA JEST OPCJONALNA – użyć w celach informacyjnych		
Nazwisko pacjenta	Imię pacjenta	MI
<p><i>Korzystanie z formularza zaleceń lekarskich dotyczących leczenia podtrzymującego życie (Practitioner Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST) Departamentu Zdrowia Publicznego Illinois (Illinois Department of Public Health, IDPH) zawsze jest dobrowolne. Formularz ten zawiera postanowienia pacjenta dotyczące leczenia zgodnie z jego aktualnym stanem zdrowia. Pacjent lub przedstawiciel pacjenta oraz dostawca usług medycznych powinni regularnie dokonywać ponownej oceny i omawiać interwencje, aby upewnić się, że leczenie spełnia cele opieki nad pacjentem. Treść tego formularza może być w każdej chwili zmieniona w celu uwzględnienia nowych postanowień.</i></p> <p><i>Żaden formularz nie będzie uwzględniał wszystkich decyzji dotyczących leczenia, które mogą być niezbędne do podjęcia. Pełnomocnictwo w sprawie opieki zdrowotnej (Power of Attorney for Health Care Advance Directive, POAHC) jest zalecane dla wszystkich kompetentnych osób dorosłych, niezależnie od ich stanu zdrowia. POAHC umożliwia osobie szczegółowe udokumentowanie przyszłych instrukcji dotyczących opieki zdrowotnej i wyznaczenie przedstawiciela prawnego, który będzie wypowiadać się w jej imieniu, jeśli nie będzie ona w stanie mówić za siebie.</i></p>		
Zaawansowane dyrektywy dostępne dla pacjenta w momencie wypełniania tego formularza		
<input type="checkbox"/> Pełnomocnictwo do spraw opieki zdrowotnej	<input type="checkbox"/> Deklaracja testamentu życia	<input type="checkbox"/> Deklaracja leczenia zdrowia psychicznego
		<input type="checkbox"/> Brak danych
Informacje dotyczące opieki zdrowotnej		
Imię i nazwisko osoby przygotowującej		Numer telefonu
Tytuł osoby przygotowującej		Data przygotowania

Wypełnianie formularza POLST IDPH

- Wypełnienie formularza POLST jest zawsze dobrowolne, nie może być nakazane i może być zmienione w dowolnym momencie.
- Formularz POLST powinien odzwierciedlać aktualne preferencje osób wypełniających formularz POLST; zachęcamy do wypełnienia POAHC.
- Dopuszczalna jest ustna/telefoniczna zgoda pacjenta lub przedstawiciela ustawowego.
- Ustne/telefoniczne zalecenia są akceptowane, jeśli posiadają podpis upoważnionego lekarza zgodnie z polityką placówki/wspólnoty.
- Zachęca się do korzystania z oryginalnego formularza. Kopie cyfrowe i fotokopie, w tym przesłane faksem, na KAŻDYM KOLORZE papieru są zgodne z prawem i ważne.
- Formularze z podpisem elektronicznym są zgodne z prawem i ważne.
- Wykwalifikowany lekarz opieki zdrowotnej może być licencjonowany w stanie Illinois lub w stanie, w którym pacjent otrzymuje leczenie.

Przeglądanie formularza POLST

Formularz POLST należy przeglądać okresowo i zgodnie z bieżącymi potrzebami i życzeniami pacjenta. Obejmuje to:

- przeniesienia z jednego miejsca opieki lub poziomu opieki do innego;
- zmiany w stanie zdrowia pacjenta lub zastosowanie urządzeń wszczepialnych (np. ICD/stymulatorów mózgowych);
- bieżące leczenie i preferencje pacjenta; oraz
- zmiana lekarza pierwszego kontaktu pacjenta.

Unieważnienie lub odwołanie formularza POLST

- Pacjent mający zdolność do wykonywania czynności prawnych może unieważnić lub wycofać zgodę na stosowanie tego formularza i/lub zażądać alternatywnego leczenia.
- Zmiana, modyfikacja lub korekta formularza POLST wymaga wypełnienia nowego formularza POLST.
- Należy narysować linię przez sekcje od A do E i napisać „VOID” (NIEWAŻNY) na całej stronie, jeśli jakkolwiek formularz POLST jest zastępowany lub staje się nieważny.
- Pod napisem „VOID” należy wpisać datę zmiany i ponownie podpisać formularz.
- Jeśli formularz znajduje się w elektronicznej dokumentacji medycznej, należy postępować zgodnie ze wszystkimi procedurami unieważniania formularza obowiązującymi w danej placówce.

Ustawa o opiece zdrowotnej w stanie Illinois (755 ILCS 40/25) Kolejność priorytetów

- | | |
|---|---|
| 1. Opiekun osobisty pacjenta | 5. Dorosłe rodzeństwo |
| 2. Małżonek pacjenta lub partner zarejestrowanego związku cywilnego | 6. Pełnoletnie wnuki |
| 3. Dorosłe dzieci | 7. Bliski przyjaciel pacjenta |
| 4. Rodzice | 8. Opiekun prawny pacjenta |
| | 9. Tymczasowy opiekun pacjenta wyznaczony na podstawie podsekcji (2) sekcji 2-10 ustawy o sądzie dla nieletnich z 1987 r., jeśli sąd wydał nakaz przyznający takie uprawnienia na podstawie podsekcji (12) sekcji 2-10 ustawy o sądzie dla nieletnich z 1987 r. |

Więcej informacji można znaleźć w oświadczeniu dotyczącym prawa stanu Illinois na stronie IDPH: <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

USTAWA O PRZENOSZENIU I ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA) z 1996 r. ZEZWALA NA UDOSTĘPNIENIE DANYCH PRACOWNIKOM OPIEKI ZDROWOTNEJ, JEŚLI JEST TO NIEZBĘDNE DO PODJĘCIA LECZENIA

****THIS PAGE IS OPTIONAL – use for informational purposes****

Patient Last Name		Patient First Name		MI
<p><i>Use of the Illinois Department of Public Health (IDPH) Practitioner Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) Form is always voluntary. This order records a patient’s wishes for medical treatment in their current state of health. The patient or patient representative and a health care provider should reassess and discuss interventions regularly to ensure treatments are meeting patient’s care goals. This form can be changed to reflect new wishes at any time.</i></p> <p><i>No form can address all the medical treatment decisions that may need to be made. The Power of Attorney for Health Care Advance Directive (POAHC) is recommended for all capable adults, regardless of their health status. A POAHC allows a person to document, in detail, future health care instructions and name a Legal Representative to speak on their behalf if they are unable to speak for themselves.</i></p>				
Advance Directives available for patient at time of this form completion				
<input type="checkbox"/> Power of Attorney for Health Care	<input type="checkbox"/> Living Will Declaration	<input type="checkbox"/> Declaration for Mental Health Treatment	<input type="checkbox"/> None Available	
Health Care Professional Information				
Preparer Name			Phone Number	
Preparer Title			Date Prepared	

Completing the IDPH POLST Form

- The completion of a POLST form is always voluntary, cannot be mandated, and may be changed at any time.
- A POLST should reflect current preferences of persons completing the POLST Form; encourage completion of a POAHC.
- Verbal/phone consent by the patient or legal representative are acceptable.
- Verbal/phone orders are acceptable with follow-up signature by authorized practitioner in accordance with facility/community policy.
- Use of the original form is encouraged. Digital copies and photocopies, including faxes, on ANY COLOR paper are legal and valid.
- Forms with eSignatures are legal and valid.
- A qualified health care practitioner may be licensed in Illinois or the state where the patient is being treated.

Reviewing a POLST Form

This POLST form should be reviewed periodically and in light of the patient’s ongoing needs and desires. These include:

- transfers from one care setting or care level to another;
- changes in the patient’s health status or use of implantable devices (e.g., ICDs/cerebral stimulators);
- the patient’s ongoing treatment and preferences; and
- a change in the patient’s primary care professional.

Voiding or revoking a POLST Form

- A patient with capacity can void or revoke the form, and/or request alternative treatment.
- Changing, modifying, or revising a POLST form requires completion of a new POLST form.
- Draw line through sections A through E and write “VOID” across page if any POLST form is replaced or becomes invalid.
- Beneath the written "VOID" write in the date of change and re-sign.
- If included in an electronic medical record, follow all voiding procedures of facility.

Illinois Health Care Surrogate Act (755 ILCS 40/25) Priority Order

- | | |
|--|--|
| 1. Patient’s guardian of person | 5. Adult siblings |
| 2. Patient’s spouse or partner of a registered civil union | 6. Adult grandchildren |
| 3. Adult children | 7. A close friend of the patient |
| 4. Parents | 8. The patient’s guardian of the estate |
| | 9. The patient’s temporary custodian appointed under subsection (2) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987 if the court has entered an order granting such authority pursuant to subsection (12) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987. |

For more information, visit the IDPH Statement of Illinois law at <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>