



मरीजों के लिए: इस फॉर्म का उपयोग पूरी तरह से वैध है। यदि वांछित हो, तो स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर के साथ POLST फॉर्म पर चर्चा करते समय किसी ऐसे व्यक्ति को अपने साथ रखें जिस पर आप भरोसा करते हैं। **स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के लिए:** इस फॉर्म को मरीज या मरीज के प्रतिनिधि से बातचीत के बाद ही भरें। POLST निर्णय लेने की प्रक्रिया उन मरीजों के लिए है, जो जान-लेवा नैदानिक घटना के कारण जोखिम में हैं, क्योंकि उन्हें गंभीर जीवन-घटाने वाली चिकित्सा परिस्थिति है, जिसमें पहले ही कमजोरी शामिल हो सकती है। परिस्थिति में महत्वपूर्ण बदलाव के साथ, नए आदेश जारी करने की आवश्यकता हो सकती है।

मरीज की जानकारी। मरीजों के लिए: इस फॉर्म का उपयोग पूरी तरह से वैध है।		
मरीज का अंतिम नाम	मरीज का पहला नाम	MI
जन्म-तिथि (महीना/दिन/साल)	पता (सड़क/शहर/राज्य/ज़िप कोड)	
A एक का चयन आवश्यक है	कार्डिएक अरेस्ट के मरीज के लिए आदेश। यदि मरीज की नब्ज नहीं चल रही है, तो फॉलो करें।	
	<input type="checkbox"/> CPR हां: कार्डियोपल्मोनरी रिससिटेशन (CPR) का प्रयास करें। मानक चिकित्सा प्रोटोकॉल के अनुसार सभी सांकेतिक तौर-तरीकों का उपयोग करें। (सेक्शन B में पूर्ण उपचार चुनने की आवश्यकता है।)	<input type="checkbox"/> CPR नहीं: पुनर्जीवन (DNAR) का प्रयास न करें।
B सेक्शन खाली छोड़ा जा सकता है	बिना कार्डिएक अरेस्ट के मरीजों के लिए आदेश। यदि मरीज की नब्ज चल रही है, तो फॉलो करें। इस पर ध्यान दिए बिना कि कौन सा उपचार विकल्प चुना गया है, आराम को अधिकतम करना लक्ष्य है। (जब कोई विकल्प नहीं चुना जाता है, तो पूर्ण उपचार को फॉलो करें।)	
	<input type="checkbox"/> पूर्ण उपचार: प्राथमिक लक्ष्य सभी सांकेतिक उपचारों का उपयोग करके कार्डियक अरेस्ट को रोकने का प्रयास करना है। संकेत के अनुसार इंट्यूबेशन, यांत्रिक वेंटिलेशन, कार्डियोवर्जन और अन्य सभी उपचारों का उपयोग करें।	
	<input type="checkbox"/> चयनात्मक उपचार: प्राथमिक लक्ष्य सीमित चिकित्सा उपायों के साथ चिकित्सा हालात का इलाज करना है। इंट्यूबेट न करें या तेजी से फैलने वाले यांत्रिक वेंटिलेशन का उपयोग न करें। CPAP और BiPAP सहित सकारात्मक वायुमार्ग दबाव के तेजी से न फैलने वाले रूपों का उपयोग कर सकते हैं। संकेत के अनुसार IV तरल पदार्थ, एंटीबायोटिक्स, वैसोप्रेसर्स और एंटीरिथमिक्स का उपयोग कर सकते हैं। संकेत मिलने पर अस्पताल में स्थानांतरित करें।	
<input type="checkbox"/> आराम-केंद्रित उपचार: प्राथमिक लक्ष्य लक्षण प्रबंधन के माध्यम से आराम को अधिकतम करना है। प्राकृतिक मृत्यु की अनुमति देता है। आवश्यकतानुसार किसी भी क्रम में दवा का उपयोग करें। वायुमार्ग की रुकावट के लिए ऑक्सीजन, सक्शन और मैनुअल उपचार का प्रयोग करें। पूर्ण और चयनात्मक उपचार में सूचीबद्ध उपचारों का उपयोग तब तक नहीं करें, जब तक कि आराम लक्ष्य के अनुरूप न हों अस्पताल में केवल तभी स्थानांतरण करें, यदि वर्तमान परिस्थिति में आराम प्राप्त नहीं किया जा सकता है।		
C सेक्शन खाली छोड़ा जा सकता है	अतिरिक्त आदेश या निर्देश। ये आदेश ऊपर दिए गए आदेशों (उदाहरण के लिए, रक्त उत्पादों को रोकना; कोई डायलिसिस नहीं) के अतिरिक्त हैं। [ईएमएस प्रोटोकॉल इस सेक्शन में आदेशों पर कार्रवाई करने के लिए आपातकालीन प्रतिक्रियाकर्ता क्षमता को सीमित कर सकते हैं।]	
D सेक्शन खाली छोड़ा जा सकता है	चिकित्सकीय प्रशासित पोषण के लिए आदेश। सहन करने पर मुंह से भोजन कराएं। (जब कोई चयन नहीं किया जाता है, तो देखभाल का मानक प्रदान करें।)	
	<input type="checkbox"/> किसी भी तरह से कृत्रिम पोषण और हाइड्रेशन प्रदान करें, जिसमें नए या मौजूदा शल्य चिकित्सा द्वारा लगाए गए ट्यूब शामिल हैं।	
	<input type="checkbox"/> कृत्रिम पोषण और हाइड्रेशन के लिए परीक्षण अवधि, लेकिन शल्य चिकित्सा द्वारा लगाए गए ट्यूब नहीं। <input type="checkbox"/> कोई कृत्रिम पोषण या हाइड्रेशन वांछित नहीं है।	
E आवश्यक	मरीज या कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर। (ई-हस्ताक्षरित दस्तावेज़ मान्य हैं।)	
	<input checked="" type="checkbox"/> मुद्रित नाम (आवश्यक)	तिथि
	हस्ताक्षर (आवश्यक) मैंने स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर के साथ उपचार के विकल्पों और देखभाल के लक्ष्यों पर चर्चा की है। यदि मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार कानूनी प्रतिनिधि के रूप में हस्ताक्षर किए जाते हैं, तो चयनित उपचार मरीज की प्राथमिकताओं के अनुरूप होते हैं।	
	<input checked="" type="checkbox"/>	
F आवश्यक	मरीज से हस्ताक्षरकर्ता का संबंध: <input type="checkbox"/> मरीज <input type="checkbox"/> नाबालिग के माता-पिता	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य देखभाल के लिए पावर ऑफ अटॉर्नी के तहत एजेंट <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य देखभाल सरोगेट निर्णय निर्माता (प्राथमिकता सूची के लिए पेज 2 देखें)
	अहर्ता प्राप्त स्वास्थ्य देखभाल चिकित्सक। चिकित्सक, लाइसेंसशुदा निवासी (दूसरा या अधिक वर्ष), उन्नत प्रैक्टिस की हुई नर्स, या सहायक चिकित्सक (ई-हस्ताक्षरित दस्तावेज़ मान्य हैं।)	
<input checked="" type="checkbox"/> मुद्रित अधिकृत चिकित्सक का नाम (आवश्यक)		फ़ोन



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 Required to Select One	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 Section may be Left Blank	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 Section may be Left Blank	<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 Section may be Left Blank	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 Required	<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 Required	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 Required	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)	

X	अधिकृत चिकित्सक के हस्ताक्षर (आवश्यक) मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार, ये आदेश रोगी की चिकित्सा परिस्थिति और वरीयताओं के अनुरूप हैं।	तिथि (आवश्यक)
यह पेज वैकल्पिक है - सूचनात्मक उद्देश्यों के लिए इस्तेमाल करें		
मरीज का अंतिम नाम	मरीज का पहला नाम	MI
<p>इलिनॉय लोक स्वास्थ्य विभाग (IDPH) के जीवन-निर्वाह उपचार के लिए चिकित्सक आदेश (POLST) फॉर्म का इस्तेमाल हमेशा स्वैच्छिक है। यह आदेश किसी मरीज के स्वास्थ्य की वर्तमान स्थिति में चिकित्सा उपचार के लिए उनकी इच्छाओं को दर्ज करता है। मरीज या मरीज के प्रतिनिधि और किसी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को, यह सुनिश्चित करने के लिए कि उपचार मरीज के देखभाल लक्ष्यों को पूरा करते हो, नियमित रूप से हस्तक्षेपों का पुनर्मूल्यांकन और चर्चा करनी चाहिए। इस फॉर्म को किसी भी समय नई इच्छाओं को दर्शाने के लिए बदला जा सकता है।</p> <p><i>कोई भी फॉर्म उन सभी चिकित्सा उपचार निर्णयों को संबोधित नहीं कर सकता है, जिन्हें करने की आवश्यकता हो सकती है। स्वास्थ्य देखभाल अग्रिम निर्देश के लिए पावर ऑफ अटॉर्नी (POAHC) की सिफारिश, उनकी स्वास्थ्य स्थिति की परवाह के बिना, सभी सक्षम वयस्कों के लिए की जाती है। POAHC किसी व्यक्ति को भविष्य में स्वास्थ्य देखभाल के निर्देशों का विस्तार से दस्तावेजीकरण करने और कानूनी प्रतिनिधि को उनकी ओर से बोलने की अनुमति देता है, यदि वे स्वयं के लिए ऐसा करने में असमर्थ हो।</i></p>		
इस फॉर्म के पूरा होने के समय मरीज के लिए उपलब्ध अग्रिम निर्देश		
<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य देखभाल के लिए पावर ऑफ अटॉर्नी	<input type="checkbox"/> जीवित वसीयतनामा उद्घोषणा	<input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य उपचार के लिए उद्घोषणा
<input type="checkbox"/> कोई उपलब्ध नहीं		
स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर की जानकारी		
तैयार करने वाले का नाम	फ़ोन नंबर	
तैयारी का शीर्षक	तैयार करने की तिथि	

IDPH POLST फॉर्म पूरा भरना

- POLST फॉर्म को पूरा भरना हमेशा स्वैच्छिक होता है, इसे अनिवार्य नहीं किया जा सकता है, और इसे किसी भी समय बदला जा सकता है।
- किसी POLST को POLST फॉर्म को पूरा भरने वाले व्यक्तियों की वर्तमान प्राथमिकताओं को प्रतिबिंबित करना चाहिए; POAHC को पूरा भरने के लिए प्रोत्साहित करें।
- मरीज या कानूनी प्रतिनिधि द्वारा मौखिक/फोन से सहमति स्वीकार्य है।
- मौखिक/फोन से आदेश सुविधा/सामुदायिक नीति के अनुसार अधिकृत चिकित्सक द्वारा अनुवर्ती हस्ताक्षर के साथ स्वीकार्य हैं।
- मूल फॉर्म के इस्तेमाल को प्रोत्साहित किया जाता है। किसी भी रंगीन कागज पर फैक्स सहित डिजिटल प्रतियां और फोटोकॉपी कानूनी और वैध हैं।
- ई-हस्ताक्षर वाले फॉर्म कानूनी और वैध हैं।
- किसी अहर्ता प्राप्त स्वास्थ्य देखभाल चिकित्सक को इलिनॉय या उस राज्य में, जहां रोगी का इलाज किया जा रहा है, लाइसेंस दिया जा सकता है।

POLST फॉर्म की समीक्षा करना

इस POLST फॉर्म की समय-समय पर और मरीज की मौजूदा जरूरतों और इच्छाओं के आलोक में इसकी समीक्षा की जानी चाहिए। इसमें शामिल है:

- एक देखभाल परिस्थिति या देखभाल स्तर से दूसरे स्तर में स्थानांतरण;
- मरीज के स्वास्थ्य की स्थिति में परिवर्तन या प्रत्यारोपण योग्य उपकरणों का उपयोग (जैसे, आईसीडी/सेरेब्रल उत्तेजक);
- मरीज के मौजूदा उपचार और प्राथमिकताएं; तथा
- मरीज की प्राथमिक देखभाल पेशेवर में बदलाव।

किसी POLST फॉर्म को निरस्त या रद्द करना

- क्षमता वाले मरीज फॉर्म को निरस्त या रद्द कर सकते हैं, और/या वैकल्पिक उपचार का अनुरोध कर सकते हैं।
- POLST फॉर्म को बदलने, संशोधित करने या सुधारने के लिए एक नए POLST फॉर्म को पूरा भरना आवश्यक है।
- सेक्शन A से E के माध्यम से रेखा खींचें और यदि कोई POLST फॉर्म बदल दिया जाता है या अमान्य हो जाता है तो पूरे पेज पर "VOID" लिखें।
- "VOID" के नीचे बदलाव की तारीख दें और फिर से हस्ताक्षर करें।
- यदि इलेक्ट्रॉनिक मेडिकल रिकॉर्ड में शामिल है, तो सुविधा की सभी निरस्त करने वाली प्रक्रियाओं का पालन करें।

इलिनॉय स्वास्थ्य देखभाल सरोगेट एक्ट (755 ILCS 40/25) प्राथमिकता आदेश

- | | |
|---|--|
| 1. मरीज के माता-पिता | 5. वयस्क भाई/बहन |
| 2. मरीज के पति/पत्नी या पंजीकृत नागरिक संघ के पार्टनर | 6. वयस्क पोता/पोती या नाती/नतिनी |
| 3. वयस्क बच्चे | 7. मरीज का कोई करीबी दोस्त |
| 4. माता-पिता | 8. मरीज की संपत्ति का संरक्षक |
| | 9. यदि अदालत ने 1987 के किशोर न्यायालय अधिनियम की धारा 2-10 की उप-धारा (12) के अनुसार इस तरह के अधिकार देने का आदेश दर्ज किया है, तो किशोर न्यायालय अधिनियम 1987 की धारा 2-10 की उप-धारा (2) के तहत मरीज का अस्थायी संरक्षक नियुक्त होता है। |

अधिक जानकारी के लिए, <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives> पर इलिनॉय कानून का IDPH स्टेटमेंट देखें।

****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>