

ENVIAR EL FORMULARIO ORIGINAL CON LA PERSONA CUANDO SEA TRASLADADA O DADA DE ALTA LA HIPAA PERMITE LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN A OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD SEGÚN SEA NECESARIO			
Órdenes del Proveedor de Montana para Tratamiento de Mantenimiento de la Vida (POLST) <ul style="list-style-type: none"> • Siga PRIMERO estas órdenes, LUEGO póngase en contacto con el médico, la enfermera registrada de práctica avanzada (APRN) o el asistente médico (PA) para obtener más órdenes si está indicado. • Estas órdenes médicas se basan en el estado de salud y los deseos de la persona. • Si las secciones A o B no se completan, el tratamiento completo de esa sección está implícito. • Rellenar una POLST SIEMPRE ES DE FORMA VOLUNTARIA. 		Apellido legal Nombre/segundo nombre legal Fecha de nacimiento	
Al preparar estas órdenes, averigüe si el paciente tiene un testamento vital u otra directiva médica anticipada. Si la respuesta es afirmativa y está disponible, revise la coherencia con estas órdenes y actualícela si es necesario.			
A	Marque sólo una casilla	RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR) **La persona NO tiene pulso y no respira. ** <input type="checkbox"/> SÍ a la CPR: Intentar la reanimación <input type="checkbox"/> NO a la CPR: No intentar la reanimación (DNAR)/ TENGA EN CUENTA: La selección de "Sí a la CPR" requiere la elección de "Tratamiento completo" en la sección B. Permitir muerte natural (AND) Cuando <u>no esté</u> en paro cardiopulmonar, siga las órdenes de la sección B.	
B	Marque sólo una casilla	INTERVENCIONES MÉDICAS **La persona TIENE pulso y respira. ** <input type="checkbox"/> Tratamiento completo – El objetivo principal es prolongar la vida por todos los medios médicamente eficaces: Además de los tratamientos descritos a continuación en "Tratamiento selectivo" y "Tratamiento centrado en el confort", utilice la intubación, las intervenciones avanzadas en la vía aérea, la ventilación mecánica y la cardioversión, según esté indicado. Traslado al hospital, si está indicado. Incluye cuidados intensivos. <input type="checkbox"/> Tratamiento selectivo – El objetivo es tratar las afecciones médicas evitando medidas gravosas: Además del tratamiento descrito más adelante en "Tratamiento centrado en el confort", utilice antibióticos y líquidos intravenosos, según esté indicado. No intubar. Puede utilizar presión positiva no invasiva en las vías respiratorias. Traslado al hospital, si está indicado. Evitar cuidados intensivos. <input type="checkbox"/> Tratamiento centrado en el confort – El objetivo principal es maximizar el confort: Aliviar el dolor y el sufrimiento con medicamentos por cualquier medio, según sea necesario; utilizar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias, si está indicado. No utilice los tratamientos enumerados en "Tratamiento completo" y "Tratamiento selectivo" más arriba, a menos que sean coherentes con el objetivo de comodidad. No trasladar al hospital para un tratamiento de mantenimiento de la vida. Traslado sólo si las necesidades de confort no pueden ser satisfechas en la ubicación actual.	
C	Marque sólo una casilla	NUTRICIÓN ADMINISTRADA ARTIFICIALMENTE ** Si es posible, ofrecer siempre comida y agua por la boca. ** <input type="checkbox"/> Nutrición artificial por sonda: a largo plazo/permanente, si está indicado. <input type="checkbox"/> Nutrición artificial por sonda: sólo a corto plazo/temporal. <input type="checkbox"/> No usar nutrición artificial por sonda. <input type="checkbox"/> No se tomó ninguna decisión.	
D		DISCUTIDO CON (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Apoderado médico <input type="checkbox"/> Otro (nombre y relación): _____	
FIRMAS DEL PROVEEDOR Y DEL PACIENTE, del representante, del apoderado médico y del tutor legal (OBLIGATORIAS)			
Si lo firma el representante legal, las preferencias expresadas deben reflejar los deseos del paciente tal y como los entiende el representante. Se ha reflexionado mucho sobre estas instrucciones. Se han discutido y expresado las preferencias a un profesional médico. Este documento refleja esas preferencias de tratamiento, que también pueden estar documentadas en un poder legal médico, una orden de reanimación cardiopulmonar, un testamento vital u otra directiva anticipada (adjúntese si está disponible).			
Firma del paciente/decisor legal (obligatorio)	Nombre (impresión)	Relación/ estado del decisor (escriba "yo" si es el paciente)	Fecha de la firma (obligatorio)
FIRMA DEL PROVEEDOR: Mi firma a continuación indica, a mi leal saber y entender, que estas órdenes son coherentes con las preferencias del paciente.			
Nombre de la persona que prepara el formulario	Número de teléfono de la persona que prepara el formulario	Fecha de realización	
Firma del médico / APRN / PA (obligatorio)	Aclaración del médico / APRN / PA	Fecha de firma (obligatorio)	

Indicaciones para los profesionales de la salud

Cómo rellenar una POLST

- Debe completarla un profesional de la salud basándose en las preferencias del paciente y en las indicaciones médicas.
- La firma del proveedor debe ser la de un médico, una enfermera registrada de práctica avanzada o un asistente médico autorizado en Montana.
- El paciente (o el responsable legal, si el paciente no puede tomar decisiones médicas), **debe firmar** para que sea válido.
- Las órdenes verbales son aceptables con la firma de seguimiento del proveedor de acuerdo con la política de la organización/comunidad.
- La documentación de las conversaciones sobre la elaboración de las POLST debe figurar en la historia clínica.
- Se recomienda utilizar el formulario original. Las fotocopias y los faxes de los formularios POLST firmados son legales y válidos. El paciente debe conservar el original en papel de color verde "Terra".

Cómo usar una POLST

- Cualquier sección incompleta de una POLST implica el tratamiento completo de esa sección.

Sección A:

- **No** debe utilizarse desfibrilador (incluidos los desfibriladores externos automáticos) en un paciente que haya elegido "No intentar la reanimación".

Sección B:

- La presión positiva no invasiva en las vías respiratorias incluye la presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP), la presión positiva binivel en las vías respiratorias (BiPAP) y las respiraciones asistidas con máscara de válvula de bolsa (BVM).
- Cuando no se puede lograr el confort en el entorno actual, el paciente, incluyendo a alguien con "Tratamiento centrado en el confort", debe ser trasladado a un entorno capaz de proporcionar confort (por ejemplo, el tratamiento de una fractura de cadera).
- La medicación intravenosa para mejorar el confort puede ser apropiada para un paciente que ha elegido el "Tratamiento centrado en el confort".

Sección C:

- Ciertas afecciones médicas pueden impedir la ingesta de alimentos y agua, ya que pueden empeorar los síntomas.
- Si esto es así, es necesario discutirlo y documentarlo con un profesional de la salud.

Revisión de una POLST

- Las directivas anticipadas previamente completadas no deben entrar en conflicto con estas Órdenes del Proveedor de Montana para Tratamiento de Mantenimiento de la Vida (POLST) a menos que se produzca una discusión significativa y se documente entre el paciente, la persona que toma la decisión legal y el proveedor de atención médica.
- La revisión de una POLST se recomienda cuando:
 - El paciente es trasladado de un entorno o nivel asistencial a otro.
 - Hay un cambio sustancial en el estado de salud del paciente, incluidos deseos anteriores que entran en conflicto con las recomendaciones médicas.
 - El paciente tiene un cambio de preferencia de tratamiento.

Modificación y anulación de una POLST

- En cualquier momento, el paciente o el responsable legal de la toma de decisiones puede anular el formulario POLST o cambiar de opinión sobre sus preferencias de tratamiento mediante la ejecución de una directiva anticipada verbal o escrita o la cumplimentación de un nuevo POLST.
- Para anular la POLST, trace una línea a través de las secciones A a D y escriba "VOID" en letras grandes. Colocar firma y fecha.
- La POLST de fecha más reciente se considera la POLST válida y sustituye a todas las directivas POLST anteriores.