MDHHS-5836-AR, MICHIGAN PHYSICIAN ORDERS FOR SCOPE OF TREATMENT (MI-POST)

MDHHS-5836-AR, أوامر الطبيب الصادرة بشأن نطاق العلاج [لمريض يتمّ علاجه] في ميشيغان

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)

(Revised 8-22)

يجيز قانون HIPAA (قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة) الإفصاح عن أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج [لمريض يتمّ علاجه] في ميشيغان (MI-POST) إلى المهنيين الآخرين في الرعاية الصحية، بحسب ما يقتضيه الأمر. ويُعتبر نموذج MI-POST هذا باطل المفعول إذا كان أيّ من الجزء الأول (1) أو القسم D فارغاً. إن ترك أي قسم من الأوامر الطبية فارغاً (الأقسام A أو B أو C) لا يبطل مفعول النموذج ويتمّ تفسيره على أنه علاج كامل لذلك القسم.

الجزء الأول (1) - معلومات المريض

الاسم الأخير للمريض	الاسم الأول للمريض	الحرف الأول من الاسم الأوسط للمريض

تاريخ الميلاد (شهر [خانتين]/يوم [خانتين]/سنة [أربع خانات])	التاريخ الذي تمّ فيه إعداد النموذج (شهر [خانتين]/يوم [خانتين]/سنة [أربع خانات])

التشخيص الذي يدعم استخدام نموذج MI-POST

هذا النموذج عبارة عن صحيفة أوامر الطبيب بناءً على الحالات الطبية وقرارات الشخص المحدد في هذا النموذج. النسخ الورقية والفاكسات والصور الرقمية صالحة وينبغي اتباعها كأنها نسخ أصلية. هذا النموذج لأجل الأشخاص البالغين المصابين بمرض متقدّم. ولا يكون هذا النموذج للأشخاص الأصحاء.

الجزء الثاني (2) - الأوامر الطبية

القسم A - الإنعاش القلبي الرئوي (CPR)

ليس لدى الشخص نبض ولا يتنفّس. يُرجى الاطلاع على النموذج MDHHS-5837 للحصول على مزيد من التفاصيل.

[ ] حاول إجراء الإنعاش (Resuscitation)/الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) (يجب اختيار العلاج الكامل – Full Treatment في القسم B).

[ ] لا تحاول إجراء الإنعاش (Resuscitation)/الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) (ممنوع إجراء الإنعاش القلبي الرئوي، دع الموت الطبيعي يأخذ مجراه).

القسم B - التدخّلات الطبية

لدى الشخص نبض و/أو يتنفّس. يُرجى الاطلاع على النموذج MDHHS-5837 للحصول على مزيد من التفاصيل حول التدخّلات الطبية.

[ ] **علاج مرتكز على الراحة**

الهدف الأساسي هو تحقيق أقصى قدر من الراحة. قد يشمل تخفيف الآلام من خلال استخدام الأدوية، والاستيضاع، والعناية بالجروح، والطعام والماء عن طريق الفم، والمساعدة على التنفس الاصطناعي بوسائل غير باضعة (Non-Invasive Respiratory)

[ ] **العلاج الانتقائي**

الهدف الأساسي المتمثّل في علاج حالات طبية مع تجنّب التدابير المرهقة. قد يشمل السوائل الوريدية (IV) ومراقبة القلب بما في ذلك تقويم نظم القلب (Cardioversion) وتوفير دعم التنفس من خلال مجرى الهواء العلوي للمريض باستخدام قناع أو جهاز مشابه.

[ ] **العلاج الكامل**

الهدف الأساسي المتمثّل في إطالة العمر بكل الوسائل الطبية الفعّالة. قد يشمل التنبيب (Intubation)، تدخّلات متقدّمة لدعم مجرى الهواء بوسائل باضعة، تهوية ميكانيكية، وغيرها من التدخّلات متقدمة.

القسم C - أوامر إضافية (اختياري)

أوامر طبية لمعرفة ما إذا كان يجب بدء علاج معيّن أو منعه أو إيقافه ومتى يكون ذلك. قد تشمل العلاجات على سبيل المثال لا الحصر غسيل الكلى، وتوفير التغذية بمساعدة طبية، ودعم الحياة (Life-Support) لأجل طويل، والأدوية، ومنتجات الدم.

يجب إرسال النموذج مع المريض عند نقله أو إخراجه من المستشفى.

القسم D - توقيع المهني الصحي المُعالج
يشير توقيعي أدناه إلى أن هذه الأوامر مناسبة من الناحية الطبية نظراً لحالة المريض الطبية الحالية، وتعكس على حدّ علمي أهداف الرعاية الخاصة بالمريض، وأن المريض (أو ممثل المريض) قد استلم صحيفة المعلومات.

كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة | التاريخ

التوقيع | رقم الهاتف

كتابة اسم الطبيب المتعاون بحروف كبيرة وواضحة | رقم الهاتف

القسم E - توقيع المريض أو ممثل المريض
يشير توقيعي إلى أنني ناقشت بملء إرادتي وطوعاً الأوامر الطبية الواردة في نموذج MI-POST وفهمتها وأوافق عليها. وأقرّ بأنه إذا كنت أوقّع بصفتي ممثل المريض، فإن هذه القرارات تتوافق مع رغبات المريض على حدّ علمي.

☐ المريض ☐ محامي المريض/الموكَّل بتوكيل عام دائم لشؤون الرعاية الصحية (DPOAHC)
☐ وصيّ معيّن من المحكمة

كتابة اسم المريض بحروف كبيرة وواضحة | كتابة اسم ممثل المريض بحروف كبيرة وواضحة

التوقيع | التاريخ

معلومات عن الممثل المخوّل قانوناً
يجب استكمال تعبئة هذا القسم إذا تمّ توقيع نموذج MI-POST هذا من قبل نصير المريض/الموكَّل بتوكيل عام دائم لشؤون الرعاية الصحية (DPOAHC)

العنوان | المدينة | الولاية | الرمز البريدي

رقم الهاتف | رقم هاتف بديل

القسم F - الفرد القائم بتقديم المساعدة في استكمال تعبئة نموذج MI-POST.

كتابة اسم القائم بتعبئة النموذج بحروف كبيرة وواضحة | المسمى الوظيفي | التاريخ

توقيع القائم بتعبئة النموذج | المؤسسة | رقم الهاتف

القسم G - إعادة توكيد أو إلغاء هذا النموذج
يمكن إعادة توكيد نموذج MI-POST أو إلغاؤه في أي وقت، شفهياً أو كتابياً. يُرجى الاطلاع على النموذج MDHHS-5837 للحصول على مزيد من التفاصيل حول إعادة التوكيد أو الإلغاء. **إذا تمّ إلغاء هذه الوثيقة أو لم يتمّ إعادة توكيدها، ولم يتمّ استكمال تعبئة نموذج جديد، فسيتمّ تقديم العلاج والإنعاش بشكل كامل.**

اسم مقدّم الرعاية الصحية/الطبيب المتعاون (إذا كان ذلك مطلوباً) | توقيع مقدّم الرعاية الصحية

اسم المريض/ممثل المريض | توقيع المريض/ممثل المريض | تاريخ إعادة التوكيد

يجب إرسال النموذج مع المريض عند نقله أو إخراجه من المستشفى.
يجيز قانون HIPAA (قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة) الإفصاح عن أوامر الطبيب بشأن نطاق العلاج [لمريض يتمّ علاجه] في ميشيغان (MI-POST) إلى المهنيين الآخرين في الرعاية الصحية، بحسب ما يقتضيه الأمر.

لن تستثني Michigan Department of Health and Human Services إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان أي فرد أو مجموعة من المشاركة في برامجها، رفض المخصصات، أو بالتمييز ضدهم بسبب العرق أو الجنس أو السن أو الدين أو الأصل القومي أو اللون أو الطول أو الوزن أو الحالة الاجتماعية أو الاعتبارات الحزبية أو الإعاقة أو المعلومات الوراثية التي لا علاقة لها بأهلية الشخص.