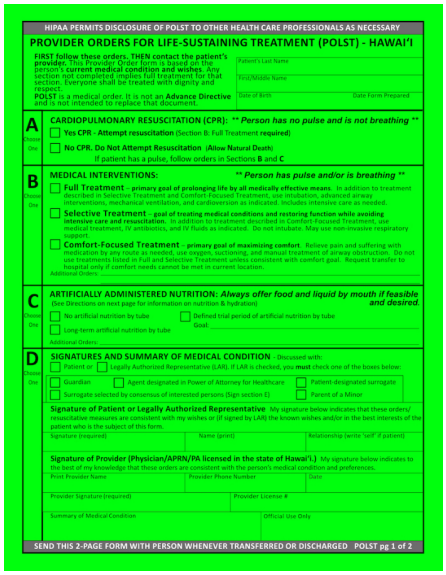
Kōkua Mau
Continuous Care
A Movement to Improve Care

# Introduction to the Tagalog translation of the Hawai‘i POLST Form


HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROFESSIONALS AS NECESSARY

PROVIDER ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) - HAWAI‘I

FIRST follow these orders. THEN contact the patient's provider. This Provider Orders form is based on the patient's current medical condition and wishes. Any section not completed implies full treatment for that section. Everyone shall be treated with dignity and respect.

POLST is a medical order. It is not an Advance Directive and is not intended to replace that document.

Patient's Last Name | First/Middle Name | Date of Birth | Date Form Prepared

A (Choose One) CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): ** Person has no pulse and is not breathing **
- ☐ Yes CPR - Attempt resuscitation (Section B: Full Treatment required)
- ☐ No CPR. Do Not Attempt Resuscitation (Allow Natural Death)
  - If patient has a pulse, follow orders in Sections B and C

B (Choose One) MEDICAL INTERVENTIONS: ** Person has pulse and/or is breathing **
- ☐ Full Treatment – primary goal of prolonging life by all medically effective means. In addition to treatment described in Selective Treatment and Comfort-Focused Treatment, use defibrillation, advanced airway management, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. Includes intensive care as needed.
- ☐ Selective Treatment – goal of treating medical conditions and restoring function while avoiding intensive care and resuscitation. In addition to treatment described in Comfort-Focused Treatment, use medical treatment, IV antibiotics, and IV fluids as indicated. Do not intubate. May use non-invasive respiratory support.
- ☐ Comfort-Focused Treatment – primary goal of maximizing comfort. Relieve pain and suffering with 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. Request transfer to hospital only if comfort needs cannot be met in current location.

Additional Orders: ____

C (Choose One) ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: Always offer food and liquid by mouth if feasible and desired. (See Directions on next page for information on nutrition & hydration)
- ☐ No artificial nutrition by tube
- ☐ Defined trial period of artificial nutrition by tube Goal: ____
- ☐ Long-term artificial nutrition by tube

Additional Orders: ____

D (Choose One) SIGNATURES AND SUMMARY OF MEDICAL CONDITION - Discussed with:
- ☐ Patient or ☐ Legally Authorized Representative (LAR). If LAR is checked, you must check one of the boxes below:
- ☐ Guardian ☐ Agent designated in Power of Attorney for Healthcare ☐ Patient-designated surrogate
- ☐ Surrogate selected by consensus of interested persons (Sign section E) ☐ Parent of a Minor

Signature of Patient or Legally Authorized Representative My signature below indicates that these orders/resuscitative measures are consistent with my wishes or (if signed by LAR) the known wishes and/or in the best interests of the patient who is the subject of this form.

Signature (required) | Name (print) | Relationship (write 'self' if patient)

Signature of Provider (Physician/APRN/PA licensed in the state of Hawai‘i.) My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the person's medical condition and preferences.

Print Provider Name | Provider Phone Number | Date

Provider Signature (required) | Provider License #

Summary of Medical Condition | Official Use Only

SEND THIS 2-PAGE FORM WITH PERSON WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED POLST pg 1 of 2

POLST (Provider Orders for Life-Sustaining Treatment) is a medical order that gives patients more control over their end-of-life care. Produced on a distinctive bright green form and signed by the patient and her/his physician, Advanced Practice Registered Nurse (APRN), or Physician Assistant (PA) POLST specifies the type of medical treatment that a patient wishes to receive towards the end of life.

This is a Tagalog translation of the Hawai‘i POLST Form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient’s wishes documented on the POLST form. The signed POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For questions in English, contact your healthcare provider, doctor, or health insurance company. For additional information, go to: www.kokuamau.org.

*This paragraph is not translated and is intended as background for translators:*

Since July 2022 Physician Assistants (PA) are able to sign POLST in Hawai‘i (Act 293). In doing so, Act 293 adds PAs to Physicians and Advanced Practice Registered Nurses (APRNs) as providers authorized to complete and sign a POLST in Hawai‘i. This information is integrated into the attached translated POLST form.

## Panimula sa Hawai‘i POLST Form na naisalin sa lengguwaheng Tagalog

Ang POLST (Provider Orders for Life-Sustaining Treatment) ay isang medikal na utos na nagbibigay sa mga pasyente ng mas maraming kontrol sa kanilang pangangalaga sa pagwawakas ng buhay. Ginawa sa isang katangi-tanging matingkad na berdeng form at nilagdaan ng pasyente at ng kanyang doktor o Advanced Practice Registered Nurse (APRN), tinutukoy ng POLST ang uri ng medikal na paggamot na gustong matanggap ng pasyente sa pagwawakas ng kanyang buhay.

Ito ay Hawai‘i POLST Form na naisalin sa lengguwaheng Tagalog. Ang naisalin na form na ito ay para sa mga layuning pang-edukasyon lamang upang gamitin kapag tinatalakay ang mga kagustuhan ng pasyente na nakadokumento sa POLST form. Ang nalagdaang POLST form ay kailangang nakasulat sa Ingles upang mabasa ito ng mga tauhang pang-emergency at masunod nila ang mga utos.

Para sa mga tanong sa Ingles, makipag-ugnayan sa inyong tagapagbigay ng pangangalaga ng kalusugan, doktor, o kompanya ng insurance sa kalusugan. Para sa karagdagang impormasyon, pumunta sa: www.kokuamau.org.

Kōkua Mau • P.O. Box 62155 • Honolulu HI 96839
Ph: (808) 585-9977 • info@kokuamau.org • www.kokuamau.org/polst

This page intentionally left blank

PINAHIHINTULUTAN NG HIPAA ANG PAGSISIWALAT NG POLST SA MGA IBANG PROPESYONAL SA PANGANGALAGA NG KALUSUGAN KUNG KINAKAILANGAN

TAGALOG

# MGA INSTRUKSIYON PARA SA ALTERNATIBONG PAGGAMOT UPANG MAPAHABA ANG BUHAY (POLST) - HAWAI'I

**UNANG sundin ang mga bilin na ito. PAGKATAPOS ay tawagan ang tagapagbigay ng serbisyo ng pasyente.** Ang Provider Order form ay batay sa kasalukuyang kondisyong medikal at mga kagustuhan ng pasyente. Anumang hindi kumpletong seksyon ay nangangahulugan ng kumpletong paggamot para sa seksyong iyon. Lahat ay tatratuhin nang may dignidad at respeto.
Ang POLST ay isang order sa medikal. Ito ay hindi isang Advance Directive at hindi inilaan upang palitan ang dokumento na iyon.

| Apelyido ng Pasyente | |
|---|---|
| Pangalan/Gitnang Pangalan | |
| Petsa ng Kapanganakan | Petsa na Inihanda ang Form |

## A

Lagyan ng Tsek ang Isa

**CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):** ****** Ang pasyente ay walang pulso at/o hindi humihinga *****

☐ **San ayon sa CPR - Subukan ang resuscitation** (Seksyon B: Kailangan ng buong paggamot)

☐ **Hindi Sumasang ayon sa CPR Huwag nang Subukan ang resuscitation** (Hayaan na lamang ang natural na Kamatayan)

Kung may pulso ang pasyente, sundin ang mga bilin sa **B** at **C**.

## B

Lagyan ng Tsek ang Isa

**MGA MEDIKAL NA INTERBENSYON:** ***** Ang pasyente ay may pulso at/o humihinga *****

☐ **Buong Paggamot** pangunahing layunin ng pagpapahaba ng buhay sa pamamagitan ng lahat ng mga medikal na epektibong paraan. Bilang karagdagan sa paggamot na inilarawan sa Selective Treatment at Comfort-Focused Treatment, gumamit ng intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, at cardioversion tulad ng ipinahiwatig. May kasamang masinsinang pangangalaga kung kinakailangan. Ang POLST ay isang order sa medikal. Ito ay hindi isang Advance Directive at hindi inilaan upang palitan ang dokumento na iyon.

☐ **Pinipiling Paggamot** layunin ng pagpapagamot ng mga kondisyong medikal at ibalik ang pag-andar habang iniiwasan ang masinsinang pangangalaga at resuscitation. Bilang karagdagan sa paggamot na inilarawan sa Paggamot na nakatuon sa Comfort, gumamit ng medikal na paggamot, IV antibiotics, at IV likido tulad ng ipinahiwatig. Huwag intubate. Maaaring gumamit ng di-nagsasalakay na suporta sa paghinga.

☐ **Paggamot na Nakapokus sa Ginhawa** pangunahing layunin ng pag-maximize ng ginhawa. Mapawi ang sakit at pagdurusa sa gamot sa pamamagitan ng anumang ruta kung kinakailangan, gumamit ng oxygen, suctioning, at manu-manong paggamot ng sagabal sa daanan ng hangin. Huwag gumamit ng mga paggamot na nakalista sa Buong at Selective na Paggamot maliban kung naaayon sa layunin ng ginhawa. Humiling ng paglipat sa ospital lamang kung ang mga pangangailangan sa ginhawa ay hindi maaaring matugunan sa kasalukuyang lokasyon.

Mga Karagdagang Bilin: _____

## C

Lagyan ng Tsek ang Isa

**NUTRISYONG IBINIBIGAY SA ARTIPISYAL NA PARAAN:** ***Palaging mag-alok ng pagkain at inumin sa bibig kung maaari at kung gusto*** (Tingnan ang Mga Direksiyon sa susunod na pahina para sa impormasyon tungkol sa nutrisyon at pagbibigay ng tubig)

☐ Walang artipisyal na nutrisyon sa pamamagitan ng tubo.

☐ Tinukoy na panahon ng pagsubok ng artipisyal na nutrisyon sa pamamagitan ng tubo. Layunin: _____

☐ Pangmatagalang artipisyal na nutrisyon sa pamamagitan ng tubo.

Mga Karagdagang Bilin: _____

## D

Lagyan ng Tsek ang Isa

**MGA LAGDA AT BUOD NG KONDISYONG MEDIKAL** - Tinalakay sa:

☐ Pasyente o ☐ Legal na Awtorisadong Kinatawan (LAR). Kung nilagyan ng tsek ang LAR, kailangang lagyan ninyo ng tsek ang isa sa mga kahon sa ibaba

☐ Tagapag-alaga ☐ Ahenteng itinalaga sa Power of Attorney for Healthcare ☐ Kahalili na itinalaga ng pasyente

☐ Kahalili na pinili ng nagkakaisang pahintulot ng mga interesadong tao (Lagdaan ang seksyon E) ☐ Magulang ng isang Menor de Edad

### Lagda ng Pasyente o Legal na Awtorisadong Kinatawan

Ipinahihiwatig ng aking lagda sa ibaba na itong mga bilin/paraan ng pagpapanumbalik ng malay ay alinsunod sa aking mga kagustuhan o (kung nilagdaan ng LAR) ng nalalamang kagustuhan at/o pinakamabuting kapakanan ng pasyente na siyang paksa ng form na ito.

| Lagda (kinakailangan) XXXXXXXXXXXXXXXXXX | Pangalan (i-print) | Relasyon (isulat ang 'sarili' kung pasyente) |
|---|---|---|
| Buod ng Kondisyong Medikal | Gagamitin Lamang sa Opisina | |

### Lagda ng Tagapagbigay ng Serbisyo (Doktor/APRN/PA na nakalisensiya sa estado ng Hawai'i.)

Ipinapahiwatig ng aking lagda sa ibaba sa abot ng aking nalalaman na ang mga bilin na ito ay alinsunod sa kondisyong medikal at mga kagustuhan ng pasyente.

| I-print ang Pangalan ng Tagapagbigay ng Serbisyo | Numero ng Telepono ng Tagapagbigay ng Serbisyo | Petsa |
|---|---|---|
| Lagda ng Tagapagbigay ng Serbisyo (kinakailangan) xxxxxxxx | # ng Lisensiya ng Tagapagbigay ng Serbisyo | |

**Tagalog version is for educational purposes only. Ang Tagalog na bersiyon ay para lamang sa mga layuning pang-edukasyon.**
The signed Hawaii POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow orders.
Ang nalagdaang POLST form ay kailangang nakasulat sa Ingles upang mabasa ito ng mga tauhang pang-emergency at masunod nila ang mga utos.

**Ipadala ang 2-pahinang form na ito kasama ang tao tuwing ililipat o pinalabas na**

**PINAHIHINTULUTAN NG HIPAA ANG PAGSISIWALAT NG POLST SA MGA IBANG PROPESYONAL SA PANGANGALAGA NG KALUSUGAN KUNG KINAKAILANGAN**

| Pangalan ng Pasyente (apelyido, pangalan, gitnang pangalan) | Petsa ng Kapanganakan | Kasarian |
|---|---|---|

**Pinipili ng Pasyente na Taong Kokontakin sa panahon ng Emergency o Legal na Awtorisadong Kinatawan**
(Ang pagkakaroon ng isang tao dito ay hindi gumagawa sa kanila ng isang Legal na Awtorisadong Kinatawan. Tanging isang Advance Directive o batas ng estado ang nagbibigay ng awtoridad na iyon.)

| Pangalan | Relasyon sa Pasyente | Numero ng Telepono |
|---|---|---|
| | | |

| Propesyonal sa Pangangalaga ng Kalusugan na Naghahanda ng Form | Titulo ng Naghahanda | Numero ng Telepono | Petsa na Inihanda ang Form |
|---|---|---|---|
| | | | |

## E KAHALILI NA PINILI NG NAGKAKAISANG PAHINTULOT NG MGA INTERESADONG TAO
### (Legal na Awtorisadong Kinatawan ayon sa binalangkas sa seksyon D)

Ginagawa ko ang pagpapahayag na ito sa ilalim ng parusa sa panunumpa ng hindi totoo upang patunayan ang aking kapangyarihan na kumilos bilang legal na awtorisadong kinatawan ng pasyenteng pinangalanan sa form na ito. Ang pasyente ay ipinasya ng pangunahing doktor na walang kakayahang magdesisyon at walang naitalagang ahente sa pangangalaga ng kalusugan o tagapag-alagang itinalaga ng korte o kahalili na itinalaga ng pasyente o ang ahente o tagapag-alaga o itinalagang kahalili ay makatwirang hindi available. Ang pangunahing doktor o ang hinirang ng doktor ay gumawa ng makatwirang pagsisikap upang hanapin ang kasing-dami ng interesadong taong maaaring makita at naabisuhan ang mga taong ito tungkol sa kawalan ng kakayahan ng pasyente at kailangang mapili ang isang kahalili na tagagawa ng desisyon para sa pasyente. Bilang resulta napili akong kumilos bilang kahalili na tagagawa ng desisyon ng pasyente alinsunod sa Hawai'i Revised Statutes §327E-5. Nabasa ko ang seksyon C sa ibaba at naiintindihan ko ang mga limitasyon hinggil sa mga desisyon na hindi pagbibigay o paghinto ng aritipisyal na pagbibigay ng tubig o nutrisyon.

| Lagda (kinakailangan) | Pangalan | Relasyon |
|---|---|---|
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | |

## MGA DIREKSIYON PARA SA PROPESYONAL SA PANGANGALAGA NG KALUSUGAN

### Pagkumpleto sa POLST

- Kailangang kumpletuhin ng propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan batay sa mga kagustuhan at medikal na pangangailangan ng pasyente.
- Ang POLST ay kailangang lagdaan ng isang Doktor o Advanced Practice Registered Nurse (APRN) o Physician Assistant na nakalisensiya sa estado ng Hawai'i at ng pasyente o ng legal na awtorisadong kinatawan ng pasyente upang maging balido. Hindi tatanggapin ang mga pasalitang bilin ng mga tagapagbigay ng serbisyo.
- Mariing hinihikayat ang paggamit ng orihinal na form. Ang mga photocopy at FAX ng mga nalagdaang form ng POLST ay legal at balido.

Ang pinakahuling nakumpleto na wastong form ng POLST ay pumipigil sa lahat ng naunang nakumpleto na mga form ng POLST. Ang form na ito ay hindi nag-expire.

### Paggamit ng POLST

Anumang hindi kumpletong seksyon ng POLST ay nangangahulugan ng kumpletong paggamot para sa seksyong iyon.

**Seksyon A:**

- Walang defibrillator (kabilang ang automated external defibrillators) ang gagamitin sa tao na pumili ng "Hindi Sumasang ayon sa CPR Huwag nang Subukan ang resuscitation."

**Seksyon B:**

- Kung hindi makamit ang ginhawa sa kasalukuyang sitwasyon, kailangang ilipat ang pasyente, kabilang ang pasyenteng pumili ng "Paggamot na nakapokus sa ginhawa" sa isang sitwasyon na makapagbibigay ng ginhawa (hal., paggamot ng pagkabali ng buto sa balakang).
- Ang gamot sa IV upang mapabuti ang ginhawa ay maaaring naaangkop sa isang tao na pumili ng "Paggamot na nakapokus sa Ginhawa."
- Dapat piliin ng isang taong nagnanais ng IV fluids ang "Piniling Paggamot " o "Buong Paggamot."

**Seksyon C:**

- Maaaring gumawa ang isang pasyente o legal na awtorisadong kinatawan ng mga desisyon hinggil sa artipisyal na nutrisyon at pagbibigay ng tubig. Gayunpaman, ang kahalili na hindi itinalaga ng pasyente (kahalili na pinili ng nagkakaisang pahintulot ng mga interesadong tao) ay maaari lamang magdesisyon na hindi ibigay o ihinto ang artipisyal na nutrisyon at pagbibigay ng tubig kung patutunayan ng dalawang magkahiwalay na doktor sa mga medikal na rekord ng pasyente na ang pagkakaloob o pagpapatuloy ng artipisyal na nutrisyon at pagbibigay ng tubig ay magpapahaba lamang sa proseso ng pagkamatay at hindi malamang na tutugon ang sistema ng nerbiyo ng pasyente sa hinaharap. HRS §327E-5.

### Pagrerepaso sa POLST

Inirerekomenda na palagiang marepaso ang POLST. Inirerekomenda ang pagrerepaso kapag:

- Ang pasyente ay ililipat sa ibang sitwasyon ng pangangalaga o antas ng pangangalaga, o
- May malaking pagbabago sa kalagayan ng kalusugan ng pasyente, o
- Magbago ang mga gusto ng pasyente hinggil sa paggamot.

### Pagbabago at pagpapawalang-bisa sa POLST

- Ang isang tao na may kakayahan o, kung wala siyang kakayahan ang legal na awtorisadong kinatawan, ay maaaring humingi ng ibang plano ng paggamot at maaari niyang bawiin ang POLST sa anumang oras at sa anumang paraan na nagpapahiwatig ng intensyon hinggil sa pagbabagong ito.
- Upang ipawalang-bisa o baguhin ang form ng POLST form, gumuhit ng linya mula Seksyon A hanggang E at isulat ang "WALANG BISA" sa malalaking letra sa orihinal at sa lahat ng kopya. Lagdaan at lagyan ng petsa ang linyang ito. Gumawa ng bagong form ng POLST na nagsasaad ng mga pagbabago.
- Ang tagapagbigay ng serbisyo ng pasyente ay maaaring magsagawa ng medikal na ebalwasyon ng pasyente at magrekomenda ng mga bagong bilin batay sa kasalukuyang kalagayan ng kalusugan ng pasyente at mga layunin ng pangangalaga.

**Kōkua Mau – A Movement to Improve Care**

Ang Kōkua Mau ang pangunahing ahensiya sa pagpapatupad ng POLST sa Hawai'i. Puntahan ang www.kokuamau.org/polst upang mag-download ng kopya o maghanap ng karagdagang impormasyon sa POLST. Ang form na ito ay sinimulang gamitin ng Departamento ng Kalusugan noong Mayo 2023

Kōkua Mau • PO Box 62155 • Honolulu HI 96839 • info@kokuamau.org • kokuamau.org

**Ipadala ang 2-pahinang form na ito kasama ang tao tuwing ililipat o pinalabas na**