



# LaPOST

A HEALTH CARE QUALITY FORUM INITIATIVE

## DISCLAIMER

The Louisiana Physician Orders for Scope of Treatment (LaPOST) document is a physician order that gives patients more control over their end-of-life care. Produced on an easily identifiable gold form and signed by both the physician and patient, LaPOST specifies the types of medical treatment that a patient wishes to receive at the end of life. This is a French translation of the LaPOST form. The translated form is for educational purposes and is to be used only when discussing a patient's wishes to be documented on the LaPOST form. **The signed LaPOST form must be in English to ensure that emergency personnel can read and follow the orders.**

Le formulaire Louisiana Physician Orders for Scope of Treatment (« Directives anticipées sur la portée du traitement de la Louisiane ») (LaPOST) est une prescription médicale qui donne davantage de contrôle aux patients sur leur traitement à la fin de la vie. Produit sur un formulaire doré facilement identifiable et signé à la fois par le médecin et le patient, le formulaire LaPOST précise le type de traitements médicaux qu'un patient souhaite recevoir à la fin de sa vie. Ceci est une traduction française du formulaire LaPOST. La traduction du formulaire est offerte à fin éducative et ne doit être utilisée que dans le cadre de la discussion visant à identifier ce que le patient souhaite documenter au moyen du formulaire LaPOST. **Le formulaire LaPOST signé doit être en anglais afin que le personnel de l'urgence puisse lire et respecter les directives qui y sont inscrites.**

**DE MÉDECIN DE LA LOUISIANE NECESSAIRES À LA PORTÉE DU TRAITEMENT (LaPOST)**

**SUIVEZ** d'abord ces commandes, **PUIS** contacter un médecin. C'est un formulaire de commande de médecin basé sur l'état de santé de la personne et de vos préférences. Tout article non terminé implique un traitement complet pour cette section. LaPOST complète une Directive préalable et ne vise pas à remplacer ce document. Tout le monde doit être traité avec dignité et respect. Veuillez consulter [www.La-POST.org](http://www.La-POST.org) pour plus d'informations au sujet de « ce que mon patrimoine culturelles/religieuses me raconte concernant la soin de fin de vie. »

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM/DEUXIEME PRENOM

DATE DE NAISSANCE

NUMÉRO DE DOSSIER MÉDICAL (facultatif)

**LE DIAGNOSTIC DE PATIENT DE VIE LIMITANT MALADIE ET CONDITION IRRÉVERSIBLE:**

**OBJECTIFS DES SOINS:**

**A. LA RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE (RCR): PERSONNE EST INSENSIBLE, SANS POULS ET NE RESPIRE PAS**

- COCHER  RCR/Tentative de réanimation (nécessite un traitement complet dans la section B)  
UNE  DNR/N'essayez pas de réanimation (permettre la mort naturelle)  
CASE

Lorsque vous n'est pas en arrêt cardiorespiratoire, suivez des ordres dans **B** et **C**.

**B. LES INTERVENTIONS MÉDICALES: LA PERSONNE A IMPULSION OU RESPIRE**

- COCHER  TRAITEMENT COMPLET (objectif de prolonger la vie par tous les moyens médicalement efficaces) D'utilisation des traitements en traitement sélectif et axé sur le confort. Utilisez une ventilation mécanique, des interventions avancée des voies respiratoires et la cardioversion si indiqué.  
UNE  TRAITEMENT SÉLECTIF (objectif principal du traitement des affections médicales tout en évitant les traitements lourds) Utiliser des traitements en traitement axé sur le confort. Utiliser un traitement médical, y compris les antibiotiques et les fluides IV comme indiqué. Peut utiliser la pression positive non invasive (CPAP/BiPAP). Ne pas intuber. En général, éviter des soins intensifs.  
CASE  TRAITEMENT CONCENTRE DE CONFORT (premier objectif de maximiser confort) Utiliser le médicament par toutes les voies pour assurer la gestion de symptôme et la douleur. Utiliser d'oxygène, aspiration et traitement manuel de l'obstruction des voies respiratoires comme nécessaire pour soulager les symptômes. (Ne utiliser pas de traitements figurant dans un traitement complet ou sélectif à moins conforme aux objectifs de soins. Transfert à l'hôpital SEULEMENT si la traitement confort concentré ne peut être fournie dans le paramètre actuel).

COMMANDES SUPPLÉMENTAIRES: (p. ex., dialyse, etc.)

La nutrition médicalement assistée et hydratation sont facultatif quand il

- ne peut pas raisonnablement s'attendre à prolonger la vie
- serait plus lourde que bénéfique
- causerait une malaise physique importante

**C. DES FLUIDES ET LA NUTRITION ARTIFICIELLEMENT ADMINISTRÉ: (Offrez Toujours la nourriture/liquides par la bouche comme toléré)**

- COCHER  Pas de nutrition artificielle par tube.  
UNE  Période d'essai de la nutrition artificielle par tube. (Objectif: \_\_\_\_\_)  
CASE  Nutrition artificielle à long terme par le tube. (Si nécessaire)

**D. RÉSUMÉ**

Discuté avec:  Patient (Patient a la capacité)  Représentant personnel de soins de santé (PHCR)

La base de ces commandes sont:

- COCHER  Déclaration du patient (peut être verbale ou non verbale)  Directive préalable daté \_\_\_\_\_, disponible et revu  
TOUTES  Représentant de personnel de soins de santé pour le patient  Directives anticipées n'est pas disponible  
LES  (Patient qualifié sans capacité)  Aucune Directive préalable  
CASES  Testament du patient, si indiqué, patient a terminé un document  Agent de soins de santé si nommé dans le directive préalable:  
additionnel qui fournit des directives pour des mesures de traitement si il/elle perd la capacité de décision médicale. Nom: \_\_\_\_\_  
 Réanimation serait médicalement non bénéfiques. Téléphone: \_\_\_\_\_

Ce formulaire est volontaire et les signatures ci-dessous indiquent que les commandes de médecin sont conforme avec le plan de condition et le traitement médical du patient et les désirs connus ou dans le meilleur intérêt du patient qui fait l'objet du document.

IMPRIMEZ LE NOM DE MÉDECIN

SIGNATURE DU MÉDECIN (OBLIGATOIRE)

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE MÉDECIN

DATE (OBLIGATOIRE)

IMPRIMEZ LE NOM PATIENT OU PHCR

SIGNATURE DE PATIENT OU PHCR (OBLIGATOIRE)

DATE (OBLIGATOIRE)

PHCR RELATION

ADRESSE PHCR

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PHCR

**ENVOYER LE FORMULAIRE AVEC LA PERSONNE LORSQUE TRANSMIS OU DÉCHARGÉE**

UTILISATION DE LA FORME ORIGINALE EST FORTEMENT ENCOURAGÉE. LES PHOTOCOPIES ET LES FAX DE FORMULAIRES DE LaPOST SIGNÉES SONT LÉGAUX ET VALABLES.

NOM DE FAMILLE

PRENOM

DEUXIÈME PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

## DIRECTIONS POUR LES PROFESSIONNELS DE SOIN DE SANTÉ

### COMPLÉTANT LaPOST

- Doit être rempli par un médecin et patient ou leur représentant personnel de soins de santé basé sur les préférences pour le traitement et les conditions médicales du patient.
- **LaPOST** doit être signé par un médecin et le patient ou PHCR pour être valide. Les ordonnances verbales sont acceptables du médecin et consentement verbal peut être obtenu du patient ou PHCR selon la facilité/politique communautaire.
- Utilisation de la forme originale aux couleurs vives est fortement encouragée. Les photocopies et télécopies de **LaPOST** signé sont légales et valides.

### À L'AIDE DE LaPOST

- Remplir un formulaire **LaPOST** est volontaire. La loi de Louisiane exige que un forme de **LaPOST** suivie par les fournisseurs de soins de santé et confère une immunité à ceux qui répondent en toute bonne foi. En milieu hospitalier, un patient sera évalué par un médecin qui délivrera des commandes appropriées qui sont compatibles avec les préférences du patient.
- **LaPOST** ne remplace pas la directive préalable. Lorsque disponible, revue la directive préalable et la formulaire de **LaPOST** pour garantir la cohérence et de mettre à jour les formulaires convenablement pour résoudre tous les conflits.
- Le représentant personnel de soins de santé comprend les personnes décrites qui peut donner son consentement à un traitement chirurgical ou médical sous RS 40:1159.4 et peut exécuter la forme de **LaPOST** seulement si le patient n'a pas la capacité.
- Si le formulaire est traduit, il doit être fixé à un formulaire signé de **LaPOST** en ANGLAIS.
- Toute section de **LaPOST** non complété implique le traitement complet pour cette section.
- Un défibrillateur externe semi-automatique (DEA) ne doit pas être utilisé sur une personne qui a choisi de « N'Essayez pas de Réanimation. »
- Nutrition médicalement assistée et hydratation est facultative lorsqu'il ne peut pas raisonnablement s'attendre à prolonger la vie, serait plus lourde que bénéfique ou causerait une menace physique importante.
- Lorsque le confort ne peut pas être réalisé dans l'arrangement actuel, la personne, y compris quelqu'un avec « le Confort le traitement concentré, » devrait être transféré à un arrangement capable de fournir le confort (par exemple l'épingleage d'une fracture de hanche).
- Une personne qui choisit le « Traitement sélectif » ou « Traitement Confort concentré » ne devrait pas être conclu a un niveau I système de traumatisme.
- Médication parentérale (IV/cortisone) pour améliorer le confort peut être approprié pour une personne qui a choisi « traitement confort concentré. »
- Traitement de la déshydratation est une mesure qui peut prolonger sa durée de vie. Une personne qui désire des fluides IV doit indiquer le « Traitement sélectif » ou « Traitement complet. »
- Une personne avec la capacité ou le représentant personnel (si le patient n'a pas la capacité) peut révoquer **LaPOST** à n'importe quel temps et demande traitement alternatif basé sur les désirs connus de la personne ou, si inconnu, celui du meilleur intérêt.
- Veuillez voir les liens sur [www.La-POST.org](http://www.La-POST.org) pour « ce que mon patrimoine culturelles/religieuses me raconte concernant la soin de fin de vie. »

**Le devoir de la médecine est aux soins pour les patients, même quand ils ne peuvent être guéries. Les médecins et leurs patients doivent évaluer l'utilisation de la technologie disponible pour leur situation médicale personnelle. Des jugements moraux sur l'utilisation de la technologie pour maintenir la vie doivent refléter la dignité inhérente à la vie humaine et l'objet de soins médicaux.**

### REVUE DE LaPOST

Cette **LaPOST** devrait être réexaminé périodiquement telles que lorsque la personne est transférée d'un établissement de soins ou niveau des soins à un autre, ou il y a un changement important dans l'état de santé de la personne. Un nouveau **LaPOST** doit être remplie si le patient désire d'apporter un changement substantiel à leur objectif de traitement (p. ex., inversion de directive préalable). Lorsque vous remplissez un formulaire, l'ancien formulaire doit être correctement annulée et conservé dans le dossier médical.

Pour annuler le formulaire de **LaPOST**, tracez la ligne par des « commandes de médecin » et écrire « néant » en grosses lettres. Cela devrait être signé et daté.

## REVUE DE CETTE FORMULAIRE DE LaPOST

DATE DE REVUE ET L'HEURE	EXAMINATEUR	LIEU DE REVUE	RÉSULTAT DE REVUE
			<input type="checkbox"/> Aucune changement <input type="checkbox"/> Formulaire annulé et nouveau formulaire rempli
			<input type="checkbox"/> Aucune changement <input type="checkbox"/> Formulaire annulé et nouveau formulaire rempli
			<input type="checkbox"/> Aucune changement <input type="checkbox"/> Formulaire annulé et nouveau formulaire rempli
			<input type="checkbox"/> Aucune changement <input type="checkbox"/> Formulaire annulé et nouveau formulaire rempli
			<input type="checkbox"/> Aucune changement <input type="checkbox"/> Formulaire annulé et nouveau formulaire rempli
			<input type="checkbox"/> Aucune changement <input type="checkbox"/> Formulaire annulé et nouveau formulaire rempli

**ENVOYER LE FORMULAIRE AVEC LA PERSONNE LORSQUE TRANSMIS OU DÉCHARGÉE**

UTILISATION DE LA FORME ORIGINALE EST FORTEMENT ENCOURAGÉE. LES PHOTOCOPIES ET LES FAX DE FORMULAIRES DE LaPOST SIGNÉES SONT LÉGAUX ET VALABLES.