

PORTABLE PERINTAH JANGAN MENCoba MELAKUKAN RESUSITASI (P-DNR)

Ini adalah Lembar Order Dokter/Praktisi Perawat Spesialis Terdaftar. Hal ini didasarkan pada keinginan pasien dan indikasi medis tentang Perintah *Jangan Mencoba Melakukan Resusitasi (DNR)* ketika terjadi serangan jantung atau pernapasan, seperti yang dibahas dengan pasien.

Nama Belakang Pasien	
Nama Depan/Name Tengah Pasien	
Tanggal Lahir Pasien	4 Digit Terakhir SSN

A. Hanya berlaku jika pasien tidak bernapas atau tidak memiliki denyut nadi. Centang pada kotak dan lengkapi garis tanda tangan wajib di bagian A dan B.

Jangan Mencoba Melakukan Resusitasi (DNR)
(DNR berarti: Tidak ada kompresi dada, Tidak ada intubasi, Tidak ada bantuan ventilasi, Tidak ada defibrilasi, Tidak ada resusitasi farmakologis.)

_____ Nama Dokter/ ARNP (Huruf Cetak)	_____ Tanda tangan Dokter/ARNP (Wajib)	_____ Tanggal dan Waktu
--	---	----------------------------

Instruksi lainnya atau keadaan tertentu (*jika ada*)

CARA MENGUBAH FORMULIR INI

Formulir ini (P-DNR) sebaiknya dipertimbangkan apabila:

- pasien mengubah keputusannya atau
- ada perubahan substansial pada status kesehatan pasien/residen, atau
- pasien dirawat dengan fasilitas baru.

Jika formulir ini dibatalkan, tulis kata "VOID" dengan huruf besar, kemudian tanda tangani, beri tanggal, dan waktu pada formulir. Jika berlaku, harap anjurkan pasien untuk menghancurkan kartu dompet P-DNRnya atau melepas gelang atau kalung DNRnya. Setelah membatalkan formulirnya, formulir baru dapat dilengkapi. **Jika tidak ada formulir baru yang dilengkapi, perawatan keseluruhan dan resusitasi mungkin diberikan.**

B. Advance Directives dan keinginan pasien lainnya:

Apakah pasien memiliki:

<i>Durable Power of Attorney for Healthcare?</i>	<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA	- Lokasi dokumen: _____
<i>Living Will?</i>	<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA	- Lokasi dokumen: _____
Donasi Organ atau Jaringan?	<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA	- Lokasi dokumen: _____
Wali yang ditunjuk Pengadilan melalui telepon?	<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA	- Lokasi dokumen: _____

Pasien, Orang tua Pasien dibawah umur, Durable Power of Attorney for Healthcare atau Informasi Wali:

_____ Nama (Huruf Cetak)	_____ Tanda tangan (Wajib)	_____ Tanggal dan Waktu
-----------------------------	-------------------------------	----------------------------

Alamat Orang tua Pasien di bawah umur, Durable Power of Attorney for Healthcare (DPOAH), atau Wali _____ Nomor Telepon Orang tua, DPOAH), atau Wali _____

_____ Nama Orang Yang Mempersiapkan Formulir (Huruf Cetak)(<i>Jika ada</i>)	_____ Tanda tangan Orang yang Mempersiapkan Formulir	_____ Tanggal dan Waktu
--	---	----------------------------

KIRIM FORMULIR ASLI BERWARNA PINK BESERTA PASIEN KETIKA DITRANSFER ATAU KELUAR DARI RUMAH SAKIT

FHC 1/29/07 **JANGAN MENGUBAH FORMULIR INI !**

Apakah Kartu P-DNR di bawah ini sudah dilengkapi dan disimpan oleh pasien? TIDAK YA

INI ADALAH KARTU PORTABLE DNR ANDA. POTONG KARTU DI BAWAH INI DAN SELALU ANDA BAWA BAHKAN KETIKA ANDA MENGGUNAKAN GELANG NH-DNR.

Lipat Kartu pada garis tengah

PORTABLE-DNR		PORTABLE-DNR	
PERINTAH JANGAN MELAKUKAN RESUSITASI NEW HAMPSHIRE Kerena orang ini berkonsultasi dengan dokter dan sebagai dokter berlisensi, Saya memerintahkan bahwa orang ini JANGAN MELAKUKAN RESUSITASI ketika terjadi serangan jantung/pernapasan.			
_____ Nama Pasien (Huruf Cetak)		_____ Alamat Pasien	
_____ Tanda tangan Pasien/ Tanggal		_____ Nomor Telepon Pasien	
_____ Nama Dokter / ARNP (Huruf Cetak)		_____ Alamat Dokter/ARNP	
_____ Tanda tangan Dokter/ARNP/Tanggal		_____ Nomor Telepon Dokter/ARNP	
_____ Jika ada Nama Agen Perawatan Kesehatan (Huruf Cetak) Tanda tangan Agen Perawatan Kesehatan/Tanggal		_____ Alamat Agen Perawatan Kesehatan	
		_____ Nomor Telepon Agen Perawatan Kesehatan	