

**HIPAA PERMITE A APRESENTAÇÃO DE INFORMAÇÕES DAS OMTCV A OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANDO NECESSÁRIO**

**Ordens Médicas para Tratamento de Conservação da Vida (OMTCV)**

Inicialmente, proceda de acordo com as presentes ordens; só então entre em contato com um médico.  
Este é um Formulário de Ordens Médicas baseado na condição médica atual e nos desejos da pessoa. Qualquer seção não preenchida implica tratamento completo para aquela seção. Uma cópia assinada das OMTCV é legal e válida. As OMTCV são complementares à Diretriz Antecipada e não têm a intenção de substituir este documento. Todas as pessoas serão tratadas com dignidade e respeito.

Sobrenome:	Data de preenchimento do Formulário:
Prenome:	Data de Nascimento:
Nome do Meio:	Registro Médico #: (facultativo)

**A** **REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP):** **Caso a pessoa não apresente pulsação e não esteja respirando.**  
**Caso não haja parada cardiopulmonar, siga as ordens das Seções B e C.**

Assinale Uma Opção

<input type="checkbox"/>	<b>Proceder à Reanimação/RCP</b> (Escolher RCP na Seção A <u>exige</u> a escolha de Tratamento Completo na Seção B)
<input type="checkbox"/>	<b>Não Proceder à Reanimação/NPR</b> (Permitir a <u>Morte Natural</u> )

**B** **INTERVENÇÕES MÉDICAS:** **Caso a pessoa apresente pulsação e/ou esteja respirando.**

Assinale Uma Opção

<input type="checkbox"/>	<b>Medidas exclusivamente de Conforto</b> Alivie a dor e o sofrimento mediante o uso de medicação por qualquer via, posicionamento, tratamento de lesão e outras medidas. Utilizar oxigênio, sucção e tratamento manual de desobstrução de vias aéreas quando necessário para o conforto. <i>Transfira ao hospital somente se as necessidades de conforto não puderem ser atendidas no local em que o paciente se encontra.</i>
<input type="checkbox"/>	<b>Intervenções Adicionais Limitadas</b> Adicionalmente ao cuidado descrito nas Medidas exclusivamente de Conforto, faça uso de tratamento médico, antibióticos e fluidos IV conforme indicado. Não entube. Pode-se fazer uso de pressão positiva não invasiva nas vias respiratórias. De modo geral, evite terapia intensiva. <i>Transfira ao hospital somente se as necessidades de conforto não puderem ser atendidas no local em que o paciente se encontra.</i>
<input type="checkbox"/>	<b>Tratamento Completo</b> Adicionalmente ao cuidado descrito nas Medidas exclusivamente de Conforto e Intervenções Adicionais Limitadas, use entubação, intervenções avançadas nas vias respiratórias, ventilação artificial e desfibrilação/cardioreversão, conforme indicado. <i>Transfira ao hospital se indicado. Inclui terapia intensiva.</i>
	<b>Ordens Adicionais:</b> _____ _____

**C** **NUTRIÇÃO ARTIFICIALMENTE ADMINISTRADA: Ofereça alimentação por via oral se praticável e desejado.**

<input type="checkbox"/>	Nenhum meio artificial de nutrição, incluindo tubos de alimentação.	Ordens Adicionais:
--------------------------	---	--------------------

<b>Assina le Uma Opção</b>		Período de experimentação de alimentação artificial, incluindo tubos de alimentação.		
		Nutrição artificial a longo prazo, incluindo tubos de alimentação.		
<b>INFORMAÇÃO E ASSINATURAS</b>				
<b>D</b>	Discutido com:	Paciente (Paciente é juridicamente capaz)	Pessoa Legalmente Autorizada a Decidir	
		Diretiva Antecipada com data de _____ disponível e revisada ->		
		A Diretiva Antecipada não está disponível		
		Não há Diretiva Antecipada		
				Agente de Saúde, se nomeado na Diretiva Antecipada:  Nome: _____ Telefone: _____
	<b>Assinatura do Médico</b>			
	Minha assinatura abaixo indica que, na medida do meu melhor conhecimento, as presentes ordens são consistentes com a condição médica e as preferências da pessoa.			
	Nome Legível do Médico:		Telefone:	Número da Licença:
	Assinatura do Médico: (obrigatória)			Data
	<b>Assinatura do Paciente ou da Pessoa Legalmente Autorizada a Decidir</b>			
Ao assinar este formulário, a pessoa legalmente autorizada a decidir reconhece que a presente solicitação tocante às medidas de reanimação é consistente com os desejos conhecidos e melhor interesse do indivíduo de que trata este formulário.				
Nome Legível:			Relação: (escreva "Próprio" se for o paciente)	
Assinatura: (obrigatória)			Data:	
Endereço:		Telefone Diurno:	Telefone Noturno:	
<b>ENVIAR O FORMULÁRIO COM A PESSOA SEMPRE QUE ELA FOR TRANSFERIDA OU LIBERADA</b>				
<b>Informação do Paciente</b>				
Nome:		Data de Nascimento:	Gênero: <b>M</b> <b>F</b>	
<b>Profissional de Saúde que assistiu a Elaboração do Formulário</b>				
Nome:		Título:	Telefone:	
<b>Contato Adicional</b>				
Nome:		Relação com o Paciente:	Telefone	
<b>Instruções para o Profissional de Saúde</b>				
<b>Preenchimento do OMTCV</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Preencher um formulário de OMTCV é facultativo. A legislação da Califórnia exige que um Formulário de OMTCV seja acompanhado por um profissional de saúde, e garante imunidade àqueles que o cumpram de boa-fé. No ambiente hospitalar o paciente será avaliado por um médico que emitirá as ordens apropriadas.</li> <li>As OMTCV não substituem a Diretiva Antecipada. Quando possível, reveja os formulários de Diretiva Antecipada e as OMTCV de modo a assegurar sua consistência e atualize os formulários apropriadamente, para resolver quaisquer conflitos.</li> <li>As OMTCV deverão ser preenchidas por um profissional de saúde baseado nas preferências e indicações médicas do paciente.</li> <li>Uma pessoa legalmente autorizada a decidir pode incluir: tutor ou curador designado pelo judiciário, agente designado em uma Diretiva Antecipada, mandatário, esposo, parceiro doméstico autorizado, pessoa com poder familiar sobre o menor, parente mais próximo disponível ou pessoa a qual o médico do paciente acredite melhor entender o que se dá no melhor interesse da pessoa, e que tomará decisões</li> </ul>				

de acordo com os desejos e valores expressos do paciente, na medida do que se conhece.

- As OMTCV deverão ser assinadas por um médico e um paciente ou pessoa legalmente autorizada a decidir para serem válidas. Ordens verbais são aceitáveis com a subsequente assinatura de um médico, em acordo com as políticas da instituição/comunidade.
- Certas condições ou tratamentos médicos podem impossibilitar que uma pessoa resida em uma instituição de cuidado residencial para idosos.
- Caso um formulário traduzido seja utilizado com o paciente ou pessoa legalmente autorizada a decidir, anexe-o ao formulário de OMTCV em inglês assinado.
- O uso do formulário original é fortemente encorajado. Fotocópias e FAXes de formulários de OMTCV são legais e válidos. Uma cópia deveria ser mantida na ficha médica do paciente, em papel na cor rosa choque, se possível.

### **Usando as OMTCV**

- Qualquer seção preenchida incompletamente das OMTCV implica tratamento completo para aquela seção.

#### *Seção A:*

- Caso seja encontrado sem pulso e respiração, não deveria ser usado qualquer desfibrilador (incluindo desfibriladores externos automatizados) nem deveriam ser feitas compressões torácicas em uma pessoa que tenha escolhido “Não Proceder à Reanimação”.

#### *Seção B:*

- Caso o conforto não possa ser alcançado no ambiente em que o paciente se encontra, a pessoa, inclusive alguém com “Medidas Exclusivamente de Conforto”, deveria ser transferida a um ambiente capaz de fornecer conforto (e.g., tratamento de fratura de quadril).
- Pressão positiva não invasiva nas vias aéreas inclui pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), pressão positiva nas vias aéreas de nível duplo (BiPAP) e respiração assistida com máscara com bolsa valvulada (BVM).
- Antibióticos IV e hidratação não são, de modo geral, “Medidas de Conforto”.
- O tratamento de desidratação prolonga a vida. Se uma pessoa deseja fluidos IV, indique “Intervenções Limitadas” ou “Tratamento Completo”.
- Dependendo do protocolo local da EMS, “Ordens Adicionais” escritas na Seção B poderão não ser implementadas pelo pessoal da EMS.

### **Revisando as OMTCV**

Recomenda-se a revisão periódica das OMTCV. Recomenda-se a revisão sempre que:

- A pessoa é transferida de um ambiente ou nível de cuidado para outro, ou
- Há uma mudança substancial na condição de saúde da pessoa, ou
- As preferências de tratamento da pessoa se alterem.

### **Modificando e Anulando as OMTCV**

- Um paciente juridicamente capaz pode, a qualquer momento, solicitar tratamento alternativo.
- Um paciente juridicamente capaz pode, a qualquer momento, revogar as OMTCV por qualquer meio que indique a intenção de revogá-las. Recomenda-se que a revogação seja documentada riscando-se um linha partindo da Seção A até à D, escrevendo-se “NULO” em letras maiúsculas e assinando-se e datando-se tal linha.
- Uma pessoa legalmente autorizada a decidir pode solicitar a modificação das ordens, em colaboração com o médico, baseado nos desejos conhecidos do indivíduo ou, se desconhecidos, no melhor interesse do indivíduo.

Esse formulário é aprovado pela Autoridade de Serviços Médicos de Emergência da Califórnia em cooperação com a Força Tarefa das OMTCV de âmbito estadual. Para maiores informações ou obter uma cópia do formulário, acesse: [WWW.caPOLST.org](http://WWW.caPOLST.org).

**ENVIAR O FORMULÁRIO COM A PESSOA SEMPRE QUE ELA FOR  
TRANSFERIDA OU LIBERADA**