ሞዱል 10፡
ለአደጋ ጊዜ ዝግጅት እና እውቀት

አላማ፤ ተንከባካቢዎችን ድንገተኛ ሁኔታዎችን ለመቆጣጠር፣ የደንበኛ ድንገተኛ አደጋ እቅዶችን እንዲረዱ፣ የመልቀቂያ መንገዶችን ማወቅ እና የደንበኞችን የህክምና ፍላጎት ለማክበር ቅድመ መመሪያዎችን እና የ POLST ቅጾችን ማስተዳደር ነው።

- ትምህርት 1፡ አጠቃላይ የአደጋ ጊዜ እቅድ ማውጣት
    - ትምህርት 2፡ የደንበኛ-የአደጋ ጊዜ እቅድን መረዳት

- ትምህርት 3፡ በአደጋ ጊዜ መልቀቂያ መንገዶች ጋር መተዋወቅ።
- ትምህርት 4፡ የቅድሚያ መመሪያ እና ፖስት ፎምሮችን (POLST forms) በድንገተኛ ጊዜ ማስተዳደር

ትምህርት 1፡ አጠቃላይ የአደጋ ጊዜ እቅድ ማውጣት

ዓላማ፤ ተንከባካቢዎችን ለተለያዩ የድንገተኛ አደጋ ዓይነቶች ለማቀድ እና ለማዘጋጀት የሚያስፈልጋቸውን እውቀትና ክህሎት ለማስታጠቅ፣ መወሰድ ያለባቸውን እርምጃዎች እንዲያውቁ እና አስፈላጊ በሚሆንበት ጊዜ በፍጥነት እና በብቃት እንዲሰሩ ማድረግ።

- በእንክብካቤ ሰጪ አካባቢዎች፣ ለድንገተኛ አደጋ መዘጋጀት ወሳኝ ነው።

- ተንከባካቢዎች ያልተጠበቁ ሁኔታዎች፣የህክምና ቀውስ፣ የተፈጥሮ አደጋ፣ ወይም የደንበኛ ድንገተኛ የጤና መታወክ ሊያጋጥም ይችላል። በመተማመን እና በብቃት ምላሽ ለመስጠት እውቀት እና ክህሎት ሊኖራቸው ይገባል።

- ትክክለኛ እቅድ ማውጣት እና መዘጋጀት፣ ተንከባካቢዎች በፍጥነት እንዲሰሩ፣እና ጉዳቱን እንዲቀንሱ እና ለደንበኞች ቀጣይ እንክብካቤ እንዲያደርጉ ያስችላቸዋል።

- እንደ የረጅም ጊዜ እንክብካቤ ሰራተኛ፣ በድንገተኛ ጊዜ ብቸኛ ምላሽ ሰጪ ሊሆኑ ይችላሉ፣ ስለዚህ እንደዚህ አይነት ሁኔታዎችን ለመቋቋም ሁል ጊዜ ዝግጁ መሆን በጣም አስፈላጊ ነው።

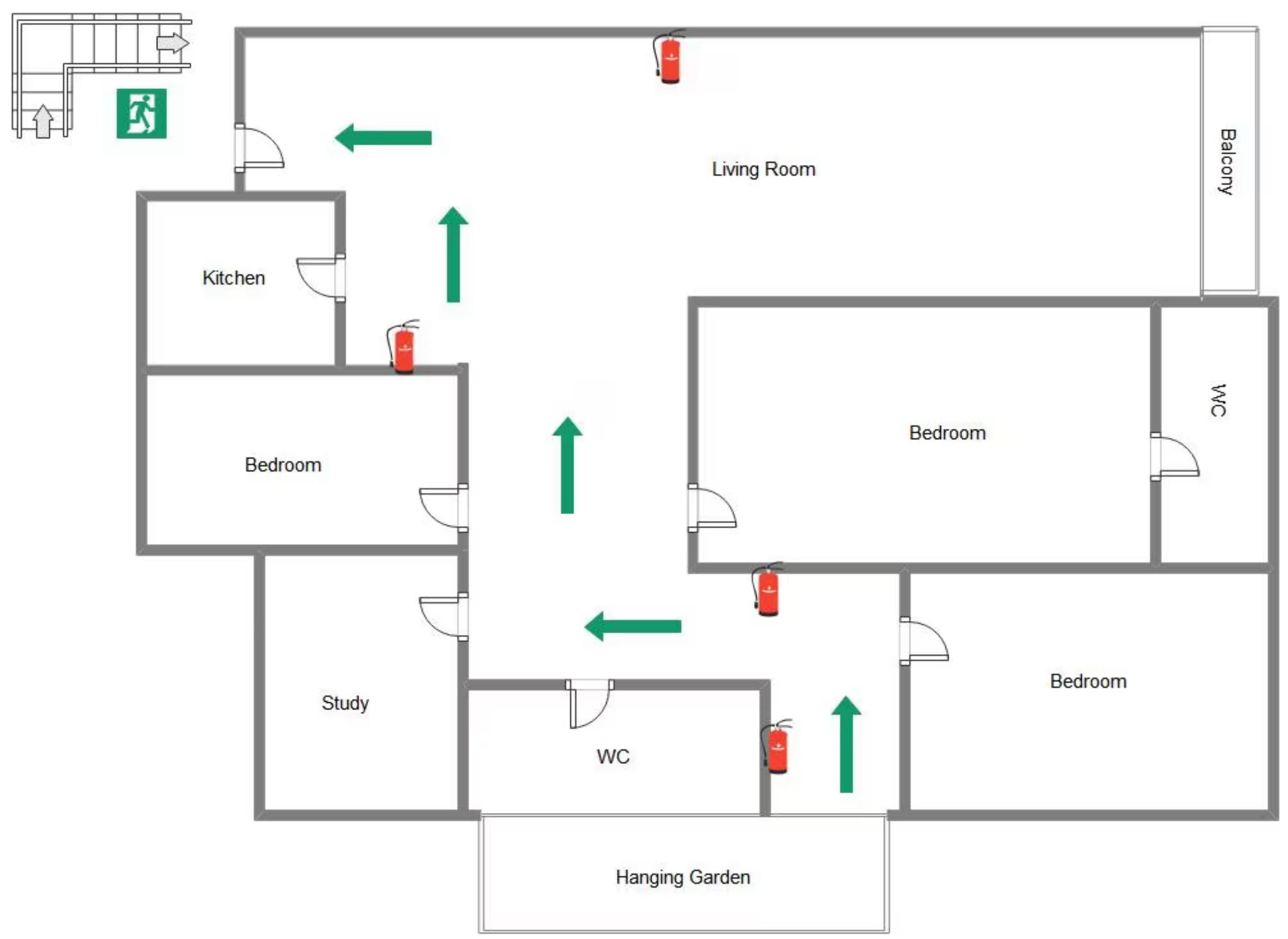
የአደጋ ጊዜ ዝግጁነት/Emergency Preparedness

- የአደጋ ጊዜ እቅድ፣ በማንኛውም የእንክብካቤ መስጫ አካባቢ ለመዘጋጀት ወሳኝ አካል ነው።
- የአደጋ ጊዜ እቅድዎ የሚከተሉትን ቁልፍ አካላት ማካተት አለበት።
- እንደ ተንከባካቢ፣ የደንበኞችዎን ደህንነት ለማረጋገጥ በተለያዩ የአደጋ ጊዜ ሁኔታዎች ውስጥ ምን አይነት እርምጃዎችን መውሰድ እንዳለቦት በትክክል ማወቅ በጣም አስፈላጊ ነው።

የአደጋ ጊዜ መረጃ፤ የእርስዎ ተቆጣጣሪ፣ የሕክምና ባለሙያዎች፣ የድንገተኛ ጊዜ አገልግሎቶችን፣ እና የደንበኞችዎን የቤተሰብ አባላትን፣ አስፈላጊ ዝርዝሮች። በአስቸኳይ ጊዜ፣ መመሪያ ወይም ውሳኔ ለማግኘት፣ ትክክለኛዎቹን ሰዎች በፍጥነት ማግኘት መቻል አለቦት።

የአደጋ ጊዜ ዝግጁነት/Emergency Preparedness

- የመልቀቂያ ሂደቶች (evacuation procedure)፤
- እንደ እሳት ወይም የመሬት መንቀጥቀጥ ባሉ አደጋዎች በሚፈጠርበት ግዜ፣ እንዴት አድርገው አደጋውን ማለፍ እንድሚችሉ ማወቅ አልብዎት። የመልቀቂያ ዕቅዱን ማወቅ በጣም አስፈላጊ ነው።
- የመልቀቂያ መንገዶችን እና የአደጋ ጊዜ መውጫ መንገዶችን በደንብ ይወቁ እና ደንበኞችን በተለይም የመንቀሳቀስ ችግር ያለባቸውን ይርዱ። ድንጋጤ እና ጉዳት ሳያስከትሉ ማስወጣት እንደሚችሉ ያረጋግጡ። ዝግጁ ሆኖ ለመቆየት የመልቀቂያ ሂደቶችን በመደበኛነት ይለማመዱ።



የአደጋ ጊዜ ዝግጁነት/Emergency Preparedness

- የሕክምና ምላሽ ፕሮቶኮሎች፤ የሕክምና ድንገተኛ አደጋ ሲያጋጥም፣ የደንበኛዎን የህክምና ታሪክ መረዳት ቁልፍ ነው።

- ይህ ሊተገበሩ የሚችሉ ማናቸውንም አለርጂዎች፣ መድሃኒቶች እና የድንገተኛ ጊዜ ሂደቶች ማወቅን ይጨምራል።

- ከመሰረታዊ የመጀመሪያ እርዳታ እና ከሲፒአር፡(CPR) ጋር ይተዋወቁ ምክንያቱም እነዚህ ህይወት አድን ሊሆኑ ይችላሉ።

- በተጨማሪም፣ እንደ መውደቅ፣ ስትሮክ ወይም የልብ ድካም ላሉ ከባድ ድንገተኛ ሁኔታዎች ልዩ ሂደቶችን ማወቅ አለቦት፣ እና መቼ የሕክምና ዕርዳታ እንደሚፈልጉ ይወቁ።

የአደጋ ጊዜ ዝግጁነት/Emergency Preparedness

- የግንኙነት ሂደቶች ። (communication procedures)
- በድንገተኛ አደጋዎች፣ በተለይም እንደ የተፈጥሮ አደጋዎች ባሉ መጠነ ሰፊ ክስተቶች፣ የግንኙነት ስርዓቶች ሊስተጓጉሉ ይችላሉ።

- ከድንገተኛ አገልግሎት እና ከሌሎች ቁልፍ ሰራተኞች ጋር ለመገናኘት እንደ መደበኛ ስልክ፣ ዎኪ ቶኪዎች ወይም ሳተላይት ስልኮች ያሉ የመጠባበቂያ የግንኙነት እቅድ መኖሩ አስፈላጊ ነው።

- ይህ ምንም እንኳን የተለመዱ የግንኙነት ዘዴዎች ሳይሰሩ ቢቀሩም ሁልጊዜ እንደተገናኙ መቆየት እንደሚችሉ ያረጋግጣል።

መደበኛ ስልጠና እና መልመጃዎች/Regular Training and Drills

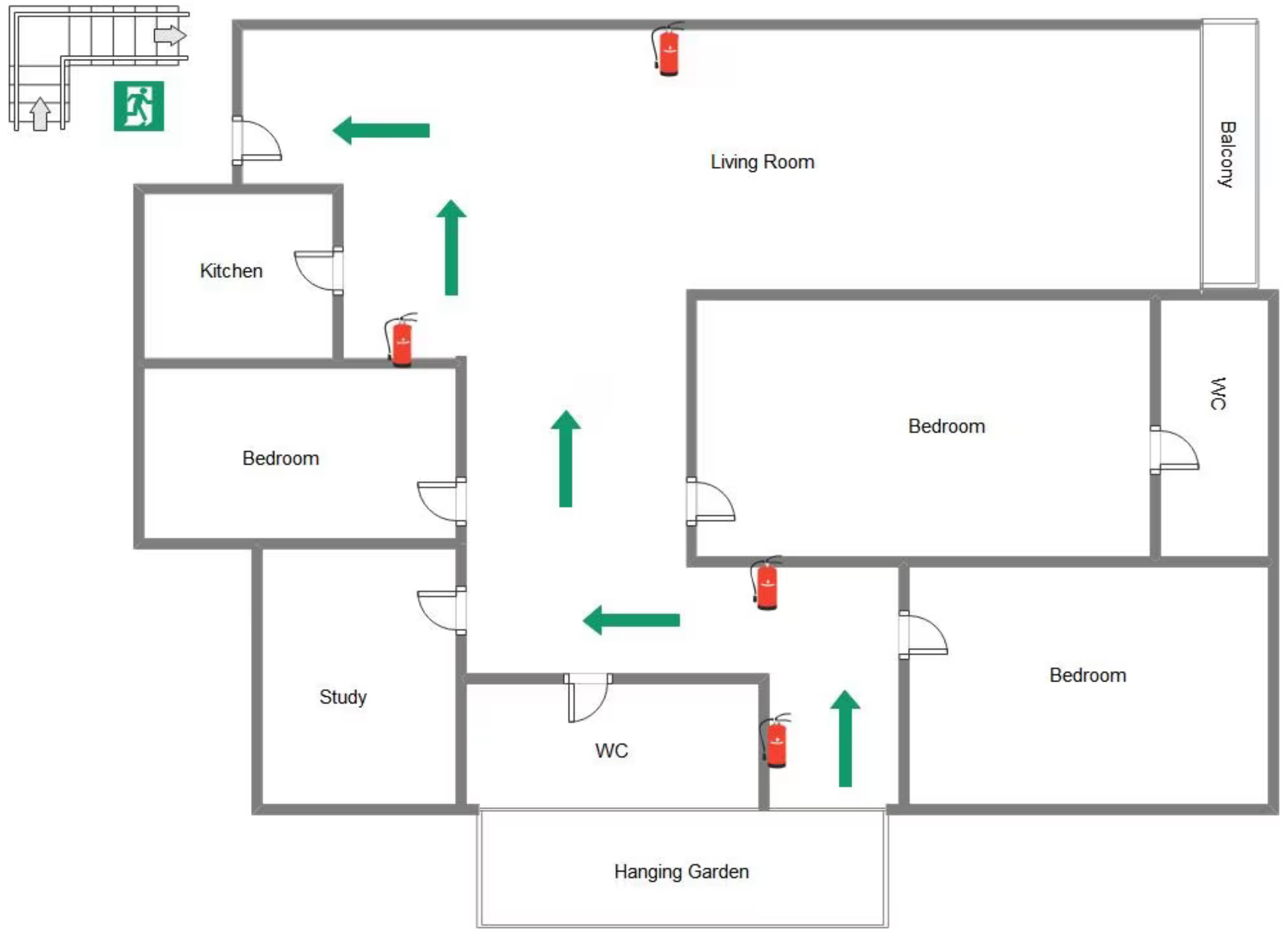
- ቀጣሪዎ በድንገተኛ ወይም በአደጋ ጊዜ መከተል ያለብዎት፣ የተወሰኑ ፖሊሲዎች እና ሂደቶች ይኖረዋል።
- አንዴ የአደጋ ጊዜ እቅድ ከተያዘ፣ በራስ የመተማመን ስሜት እንዲሰማዎት እና ዝግጁ እንዲሆኑ መደበኛ ስልጠናዎችን እና ልምምዶችን ማድረግ አስፈላጊ ነው።
- ስልጠና፣ ማወቅ ያለብዎትን ማንኛውንም የአደጋ ጊዜ ፕሮቶኮሎችን መሸፈን አለበት።

- በመደበኛነት ደንበኞችን ማስወጣት ፣ ለህክምና ድንገተኛ አደጋዎች ምላሽ መስጠት እና እንደ የእሳት ማጥፊያ ያሉ የድንገተኛ ጊዜ መሳሪያዎችን መጠቀም ያሉ ተግባሮችን መለማመድ አለብዎት ።

- ግፊት በሌለው አካባቢ ውስጥ እነዚህን ድርጊቶች መለማመድ የጡንቻን ማህደረ ትውስታን ያዳብራል፣ በእውነተኛ ድንገተኛ ሁኔታ ውስጥ በፍጥነት እና በተረጋጋ ሁኔታ ምላሽ መስጠት ይችላሉ፣ ፍርሃትን ይቀንሳል እና የደንበኛ ውጤቶችን ያሻሽላል።

የእሳት አደጋዎች/Fire Emergencies

- በ AFHs (የአዋቂዎች ቤተሰብ ቤቶች) እና ALFs (የታገዘ ኑሮ መገልገያዎች) የድንገተኛ ጊዜ ሂደቶችን ለመለማመድ እና ህይወትን ለማዳን፣ በየጊዜው የሚደረጉ የእሳት አደጋ ልምምዶች አስፈላጊ ናቸው።



- የHCA ሰራተኞች፣ የደንበኛውን የመልቀቂያ እቅድ፣ ምርጥ የመልቀቂያ መንገዶችን እና የደንበኛውን ቤት አድራሻ እና መስቀለኛ መንገድን ማወቅ አለባቸው፣ ይህም በደንበኛው እንክብካቤ እቅድ ውስጥ ይገኛል።

የእሳት አደጋዎች/Fire Emergencies

- እሳት አደጋ ሲፈጠር, ይህንን ምህጻረ ቃል አስታውስ R.A.C.E.፤

- R = ማዳን፡ እርስዎ የሚያደርጉትን ወዲያውኑ ያቁሙ እና ደንበኞችን ወደ ደህንነት ያንቀሳቅሱ።

- A = ማንቂያ፡- የእሳት ማስጠንቀቂያ ደወል በመጎተት ወይም 911 በመደወል ማንቂያውን ያሰሙት።

- C = ማገድ፡ እሳቱን ለመያዝ በደህና ሊደርሱባቸው የሚችሉትን ሁሉንም በሮች እና መስኮቶች ዝጋ።

- E = ማጥፋት፡ እሳቱ ትንሽ እና ሊታከም የሚችል ከሆነ የእሳት ማጥፊያ ይጠቀሙ። እሳቱ በጣም ትልቅ ከሆነ በምትኩ ቦታውን ለቀው ውጡ።

- R.A.C.E.ን በመከተል፣ በእሳት ድንገተኛ አደጋ ጊዜ አስተማማኝ እና ውጤታማ ምላሽ ታረጋግጣላችሁ።

በእሳት አደጋ ግዜ ማምለጥ፣ ባትችል ምን ማደረግ ትችላለህ

- በእሳት አደጋ ግዜ ማምለጥ፣ ካልቻልክ ፣ ከደንበኛው ጋር ይቆዩ እና ሁለታችሁንም ለመጠበቅ አፋጣኝ እርምጃዎችን ይውሰዱ።

- መጀመሪያ ወደ 911 ይደውሉ እና ወጥመድ ውስጥ እንዳሉ ያሳውቋቸው።

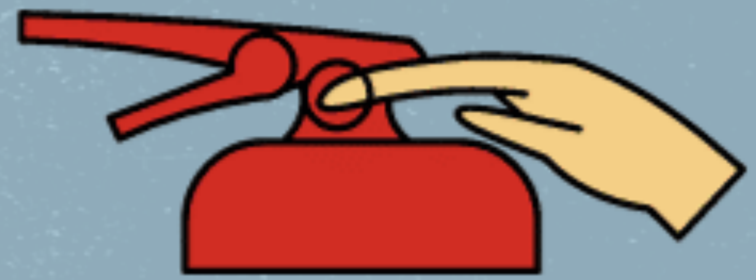
- የእሳቱን ስርጭት ለማዝግየት በሩ የተዘጋበትን ክፍል ፈልጉ እና ጢስ ወደ ውስጥ እንዳይገባ በበሩ ዙሪያ ያሉትን ክፍተቶች እና የአየር ማስገቢያ ቀዳዳዎች በልብስ ወይም በፎጣ ይዝጉ።

- በእሳት አደጋ ግዜ ሙቀት እና ጭስ ወድ ላይ ስለሚነሳ፣ወደ ወለሉ ዝቅ ማለት አስፈላጊ ነው (አየሩ ይበልጥ ግልጽ እና ደህንነቱ የተጠበቀ ነው።)

- እነዚህ እርምጃዎች ጭስን ወደ ውስጥ ከመተንፈስ አደጋን ይረዳሉ እና እርዳታ እስኪመጣ ድረስ ደህንነትዎን ለመጠበቅ ጥሩ እድል ይሰጡዎታል።

How to Use a Fire Extinguisher

Pull The Pin



Aim the Nozzle at Base of Fire

Squezze the Trigger

Sweep from Side to Side

firstresponsecpr.com

በጭራሽ (Never)

- ውሃን በቅባት ወይም በፈሳሽ እሳት ላይ አያደርጉ ምክንያቱም እሳቱ እንዲዛመት ስለሚያደርግ ነው።
- ውሃን በኤሌክትሪክ እሳት ላይ አይርጩ ምክንያቱም ኤሌትሪክ መያዝን ያመጣል።
- የቤት እንስሳትን ወይም ውድ ዕቃዎችን ለማዳን ወደ ሚቃጠለው ሕንፃ ፈፅመው እንዳይገቡ።

- ለቃጠሉ የሚችሉ ነገሮችን ከሩሙ ለማውጣት ይሞክሩ።
- በእሳት አደጋ ግዜ ሊፍት አይጠቀሙ።
- ያስታውሱ፣ ጭስ ብዙውን ጊዜ ከእሳቱ የበለጠ ትልቅ አደጋ ነው።

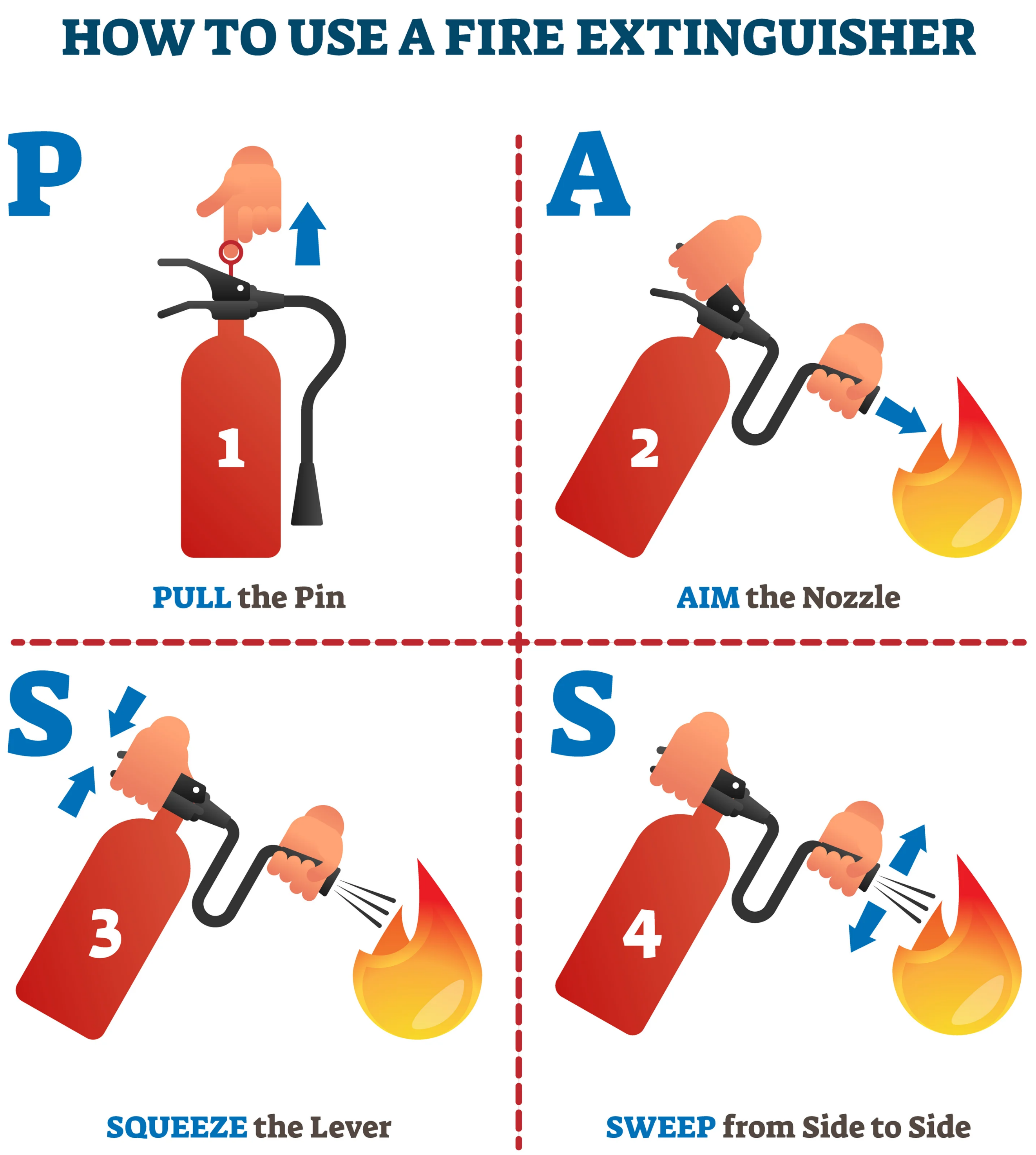
የእሳት ማጥፊያን እንዴት መጠቀም እንደሚቻል

- በሁሉም AFHs እና ALFs ውስጥ የእሳት ማጥፊያ ያስፈልጋል።
    - "ABC" የሚል ምልክት የተደረገበት የእሳት ማጥፊያ ለሁሉም ዓይነት እሳት: እንጨት/ወረቀት፣ ዘይት/ቅባት፣ እና ኤሌክትሪክ ተስማሚ ነው።

- የእሳት ማጥፊያን ለመጠቀም፣ P.A.S.S.ን ያስታውሱ፡-

- P = ጎትት፡ ፒኑን ይጎትቱ እና የፕላስቲክ ማህተሙን ያንሱ።

- S = መጭመቅ፡ ማጥፊያውን ለማስወጣት እጀታዎቹን ጨመቁ።



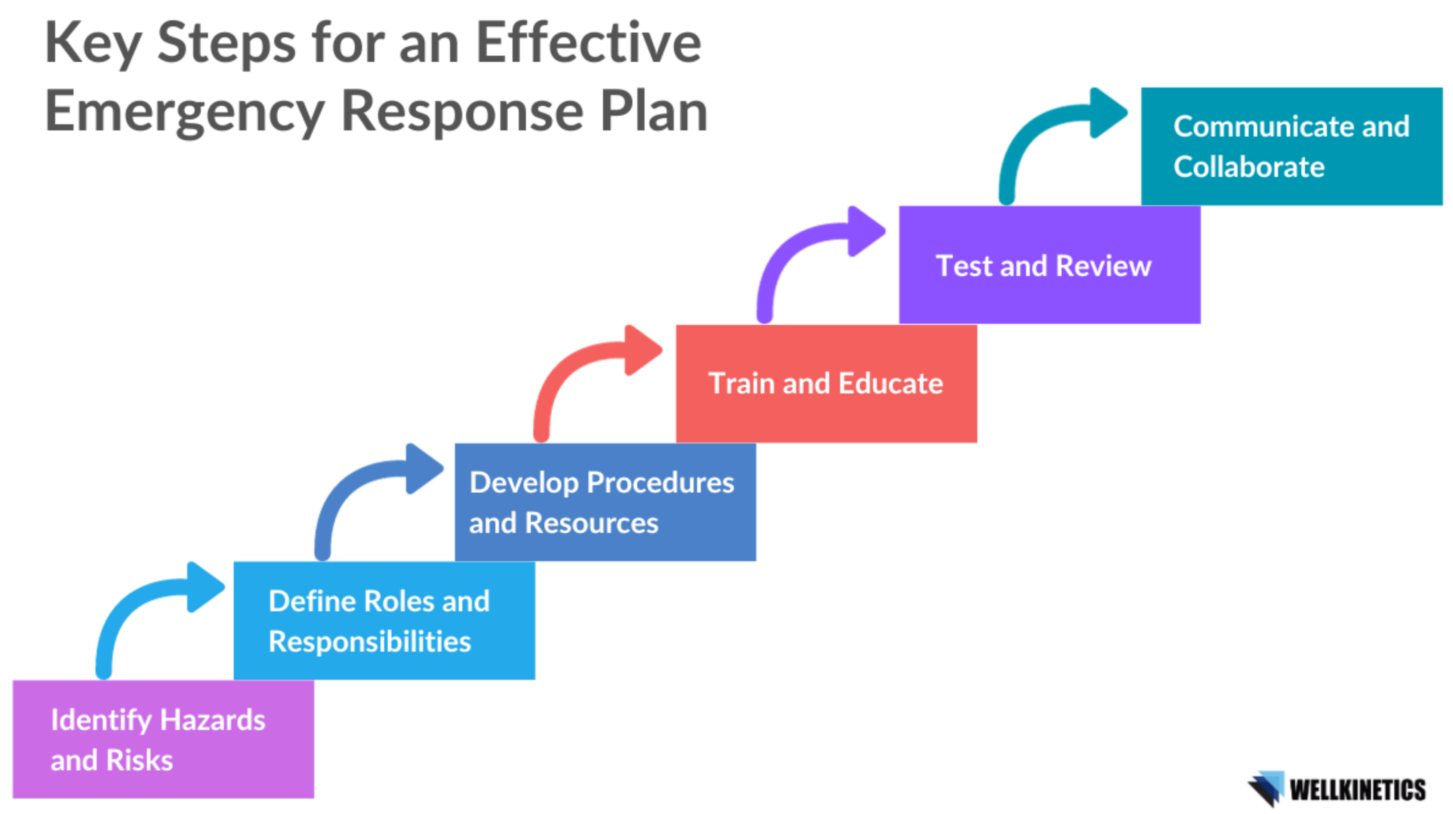
- A = ዓላማ፡ ወደ ኋላ ቁም፣ ወደ እሳቱ መሠረት አነጣጥር።

- S = ማወዛወዝ፡- አፍንጫውን ከጎን ወደ ጎን ያወዛውዙት።

- እሳቱ ከጠፋ በኋላ, በደንብ መጥፋቱን አረጋግጥ, ሁሉንም ሰው ከአካባቢው ያስወጡ እና ቦታውን አየር እንዲያገኝ አድርግ። ለደህንነት እና ክትትል፣ ማንኛውንም የእሳት አደጋ መዝግበ ሪፖርት ያድርጉ።

ደህንነቱ የተጠበቀ አካባቢ መፍጠር

- ውጤታማ የአደጋ ጊዜ እቅድ ማውጣት፣ በመጀመሪያ ደረጃ የድንገተኛ አደጋዎች እንዳይፈጠሩ ይረዳል።
  - እንደ ተንከባካቢ፣ የእንክብካቤ ቦታን በየጊዜው መገምገም አስፈላጊ ነው ይህም ሊከሰቱ ከሚችሉ አደጋዎች ይጠብቃል።



- አደጋን ሊያስከትሉ የሚችሉ ነገሮችን አስቀደማ ማየት አስፈላጊ ነው። ለምሳሌ፣ የተቆራረጡ ምንጣፎችን መፈተሽ፣ የአደጋ ስጋትን የሚጨምሩ መተላለፊያዎች፣ በደንብ መብራት ይሌለባቸው ቦታዎች እና የህክምና አቅርቦቶች በቂ እና ተደራሽ መሆናቸውን ማረጋገጥን ይጨምራል።

ደህንነቱ የተጠበቀ አካባቢ መፍጠር

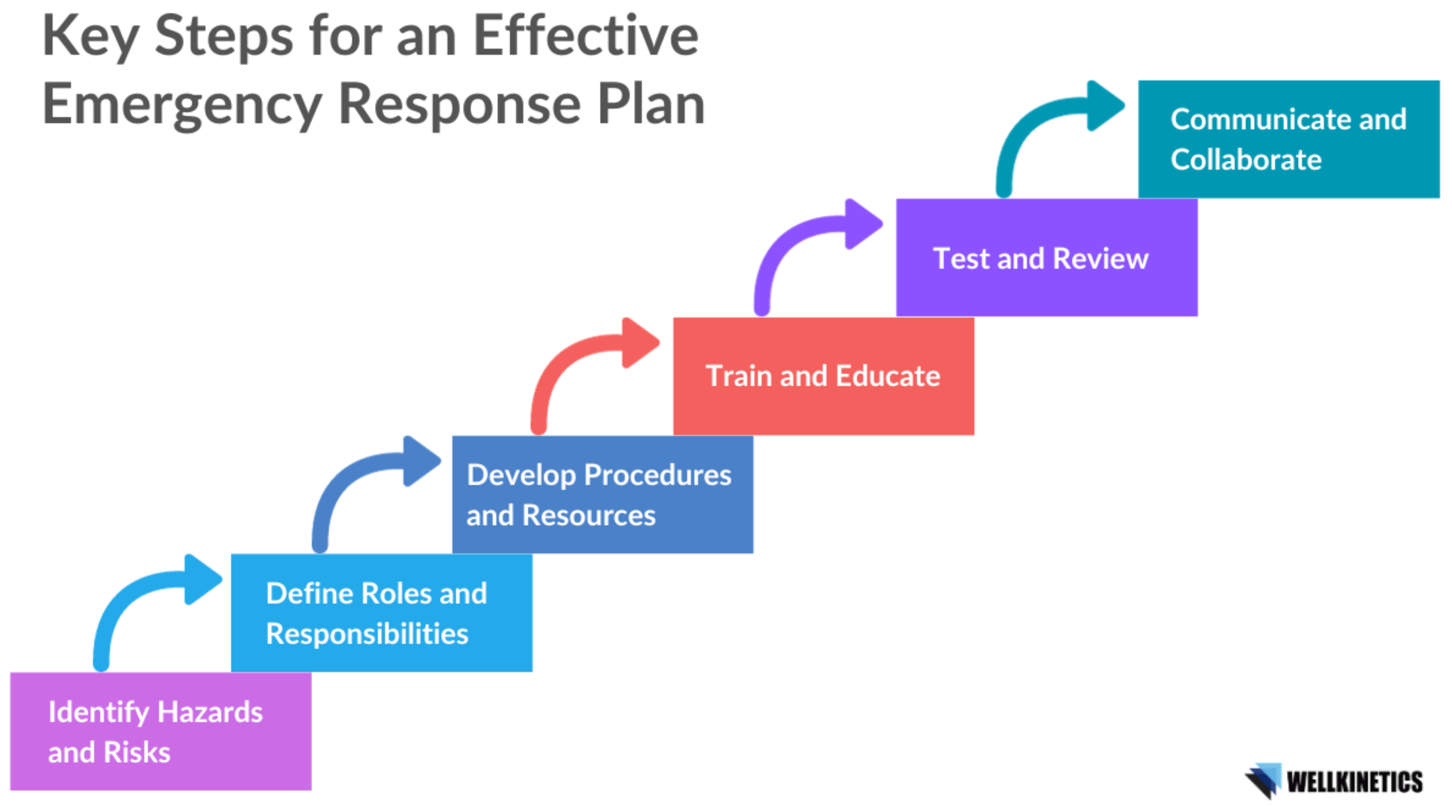
- መደበኛ የአካባቢ ደህንነት ፍተሻዎች፤ እንደ የህክምና መሳሪያዎች፣ የእሳት አደጋ ማስጠንቀቂያ ደወል እና የደህንነት ስርዓቶች ያሉ አስፈላጊ መሳሪያዎች በትክክል እየሰሩ መሆናቸውን ማረጋገጥን ጨምሮ የመደበኛ ስራዎችዎ አካል መሆን አለባቸው።

- ሊከሰቱ የሚችሉ ስጋቶችን አስቀድመው በመለየት እና እነሱን በንቃት በመመልከት የድንገተኛ አደጋዎችን እድል በመቀነስ ለራስዎ እና ለደንበኞችዎ ደህንነቱ የተጠበቀ አካባቢ መፍጠር ይችላሉ።

ትምህርት 2፡ የደንበኛ-የአደጋ ጊዜ እቅድን መረዳት

ዓላማ፡ -

ለእያንዳንዱ ደንበኛ ልዩ የሆኑትን የአደጋ ጊዜ ዕቅዶች እንዲረዱ ለማገዝ፣ በድንገተኛ ጊዜ ፈጣን ውጤታማ ምላሽ እንዲሰጡ፣ እና ደህንነታቸውን ማረጋገጥ እንዲችሉ።



- እንደ ተንከባካቢ፣ የሚንከባከቧቸው እያንዳንዱ ደንበኛ ልዩ ፍላጎቶች ሊኖራቸው እንደሚችል ማወቅ በጣም አስፈላጊ ነው። እና የድንገተኛ ጊዜ እቅዶቻቸው በእነዚህ ፍላጎቶች ላይ የተመረካዘ መሆን አለባቸው።

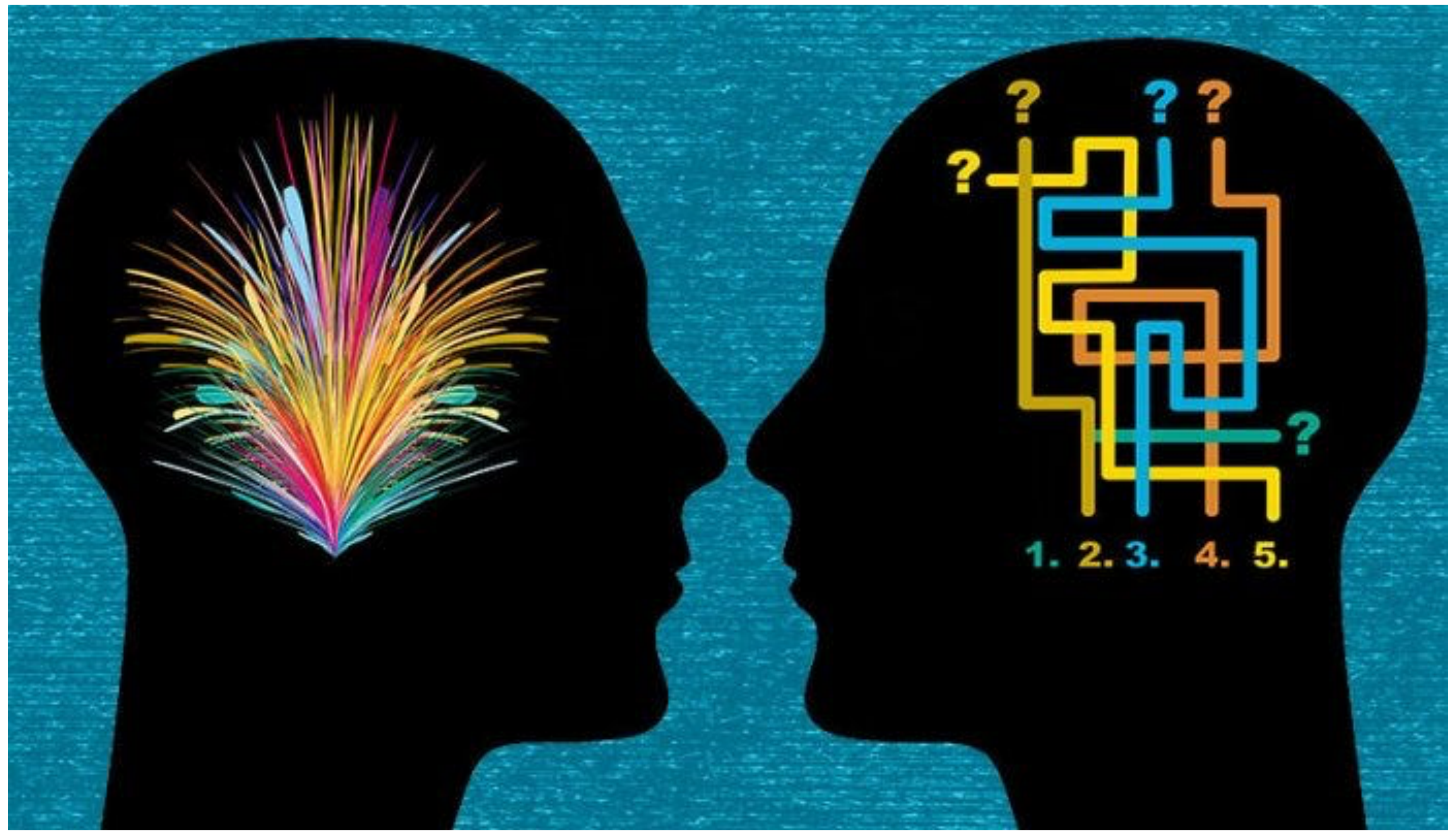
  - በድንገተኛ ጊዜ፣ በፍጥነት እና በአግባቡ እንዴት እርምጃ መውሰድ እንዳለቦት ማወቅ፣ በደንበኛዎ ደህንነት ላይ ለውጥ ሊያመጣ ይችላል።

የደንበኛውን የጤና ሁኔታ ይወቁ

- እንደ ተንከባካቢ፣ በድንገተኛ ሁኔታዎች ውስጥ ውጤታማ ምላሽ ለመስጠት የእያንዳንዱን ደንበኛ ልዩ የጤና ፍላጎቶች መረዳት በጣም አስፈላጊ ነው። ይህ እውቀት በአስቸጋሪ ሁኔታዎች ውስጥ የደንበኞችን ደህንነት በመጠበቅ ተገቢውን እንክብካቤ መስጠት እንደሚችሉ ያረጋግጣል።

- ለምሳሌ፣ የስኳር በሽታ ያለባቸው ደንበኞች የደም ስኳር መጠንን ለመቆጣጠር ልዩ ፕሮቶኮሎችን ሊፈልጉ ይችላሉ። በተመሳሳይ፣ እንደ አስም ወይም ሲኦፒዲ (COPD) ያሉ የአተነፋፈስ ችግር ያለባቸው፣ ደንበኞች በአተነፋፈስ ወይም በኦክስጅን ማጠር ሊታመሙ ይችላሉ። እና እነዚህን ደንበኞች፣ በድንገተኛ ጊዜ እንዴት በትክክል መርዳት እንደሚችሉ ማወቅ በጣም አስፈላጊ ነው፣ በተለይም አስጨናቂ ሁኔታዎች ውስጥ።

እውቀት እና ስሜታዊ ፍላጎቶችን በግምት ውስጥ ያስገቡ፤(Consider Cognitive and Emotional Needs)



- እንደ የመርሳት ችግር ወይም የግንዛቤ ችግር ያለባቸው ደንበኞች በድንገተኛ ጊዜ ተጨማሪ ድጋፍ ሊፈልጉ ይችላሉ።

- ለምሳሌ፣ የመርሳት ችግር ያለባቸው ደንበኞች፣ የአደጋ ጊዜ ሂደቶችን ለመረዳት ሊቸገሩ ይችላሉ፣ ስለዚህ እንዲረጋጉ እና የእርሶን አመራር እንዲከተሉ ለማገዝ ግልጽ፣ እና ቀላል መመሪያዎችን መስጠት አስፈላጊ ነው።

- በተመሳሳይ፣ ጭንቀት ወይም ፍርሃት ያለባቸው ደንበኞች፣ ውጥረታቸውን እንዲቆጣጠሩ፣ እንደ ለስለስ ያሉ ማረጋገጫዎች ወይም የአተነፋፈስ መመሪያ ልምምዶች፣እና የማረጋጋት ዘዴዎች ሊያስፈልጋቸው ይችላል።

አጋዥ መሳሪያዎች።
(Assistive Devices and Equipment)

- እንደ ተንከባካቢ፣ ደንበኛዎ የሚተማመኑባቸውን ማናቸውንም የህክምና መሳሪያዎች ወይም አጋዥ መሳሪያዎች፣ በተለይም በድንገተኛ አደጋ ጊዜ እንዴት እንደሚሰሩ መረዳት በጣም አስፈላጊ ነው።

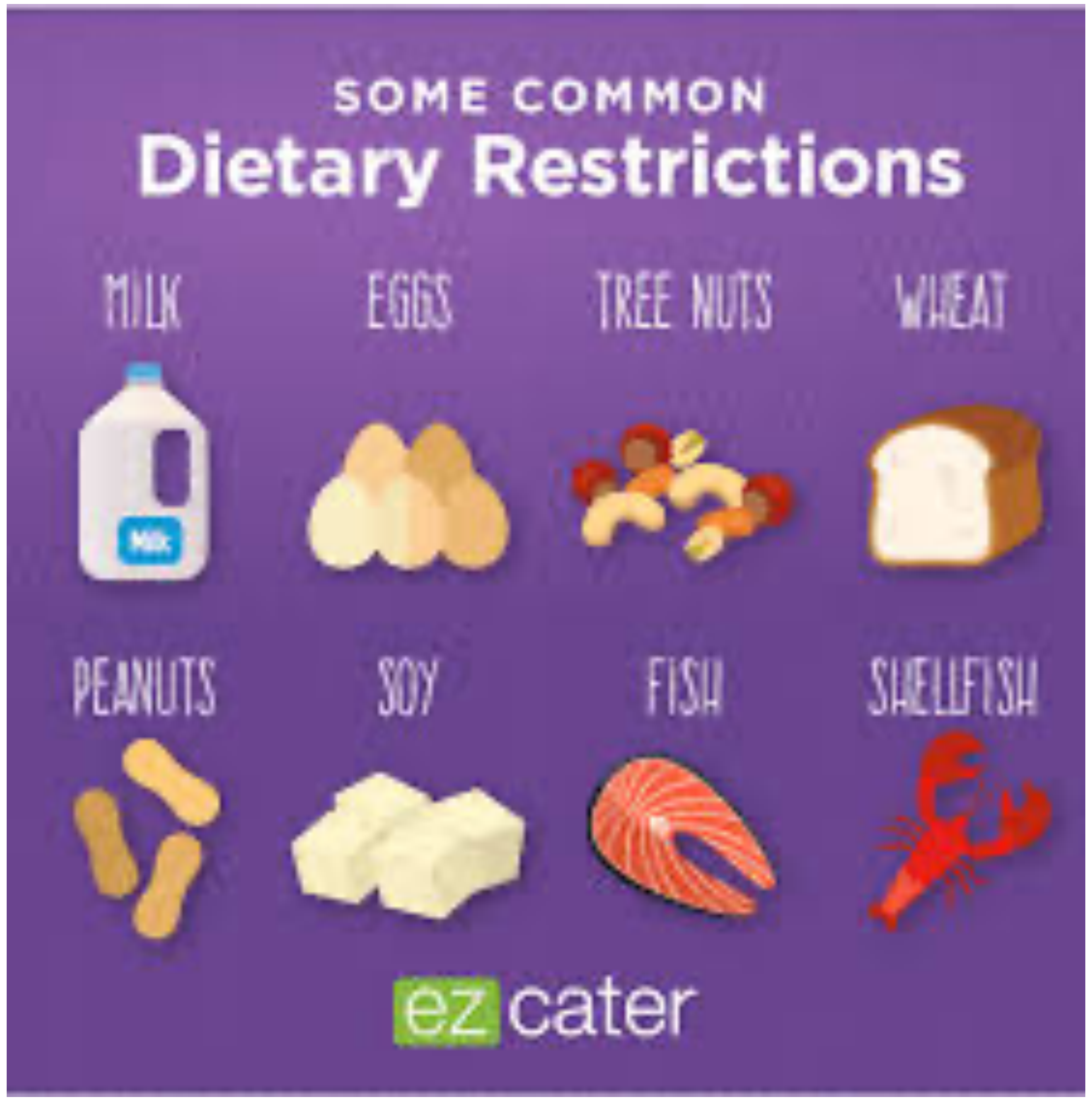
- ለምሳሌ፣ አንድ ደንበኛ የአየር መተንፈሻ መሳሪያ ከተጠቀመ፣ የሃይል ብልሽት ካለ እራስዎ መርዳት ሊኖርብዎ ይችላል።

- በተመሳሳይ፣ እንደ ዊልቼር ወይም መራመጃዎች ያሉ የመንቀሳቀስያ መሳሪያዎችን ለሚጠቀሙ ደንበኞች፣ እንቅስቃሴን በትክክለኛ ሁኔታ እንዴት እንደሚረዳቸው ማወቅ አስፈላጊ ነው።

የግል ምርጫዎችን ማክበር

- የአደጋ ጊዜ እቅድ ሲያወጡ፣ የደንበኛዎን የግል ምርጫዎች እና ፍላጎቶች ግምት ውስጥ ማስገባት አስፈላጊ ነው።

- ይህ የአመጋገብ ገደቦችን ሊያካትት ይችላል፣ ለምሳሌ በድንገተኛ አደጋ ወቅት ደንበኛች የሚያስፈልጋቸው ልዩ ምግቦች፣ ወይም ባህላዊ እና ሃይማኖታዊ እምነቶች ሊሆኑ ይችላሉ።



እቅዱን በመደበኛነት ያስተካክሉ፤

- የደንበኞችዎ ፍላጎት እየተሻሻለ ሲመጣ፣ የድንገተኛ ጊዜ እቅዶቻቸውን በመደበኛነት መገምገም አስፈላጊ ነው።
  - ለምሳሌ፣ የደንበኛ የጤና ሁኔታ ከተለወጠ ወይም አዳዲስ መሳሪያዎችን መጠቀም ከጀመሩ፣ እቅዱ በዚሁ መሰረት መስተካከል አለበት።

Nursing Care Plan Format (4 Columns)

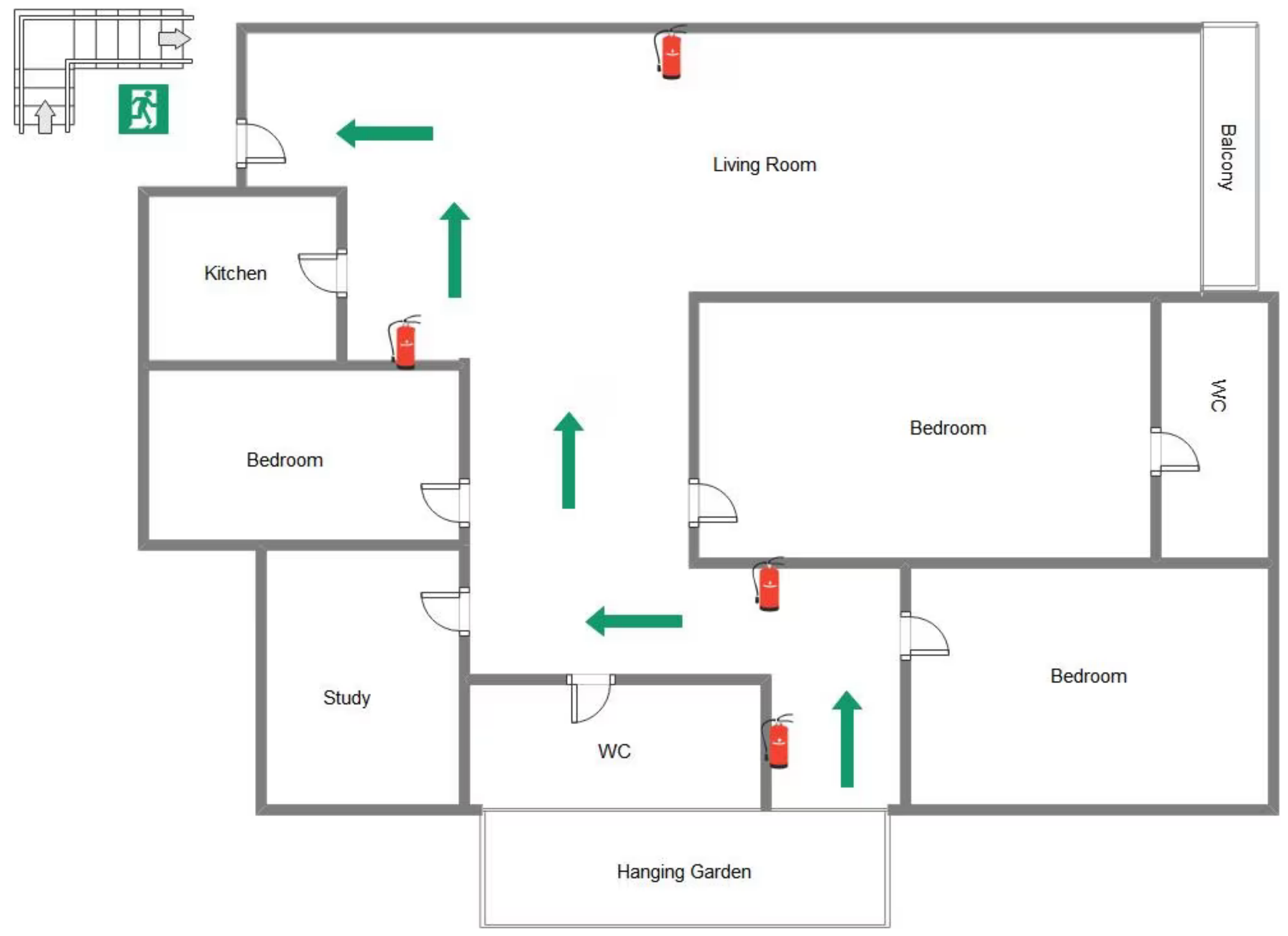
Nursing Diagnosis	Goals & Outcomes	Interventions	Evaluation
Ineffective airway clearance RT tracheal bronchial inflammation, edema formation, increased sputum production AEB coughing, dyspnea, purulent sputum	After 8 hours of nursing intervention, the patient will display/maintain patent airway with breath sounds clearing; absence of dyspnea, cyanosis, as evidenced by keeping a patent airway and effectively clearing secretions.	1. Assess the rate, rhythm, and depth of respiration, chest movement, and use of accessory muscles. 2. Elevate head of bed, change position frequently. 3. Suction as indicated: frequent coughing, adventitious breath sounds, desaturation related to airway secretions.	After 8 hours of nursing intervention, the patient was able to maintain patent airway with breath sounds clearing AEB absence of dyspnea, cyanosis, and effectively clearing secretions.

Nurseslabs

- ሁሉም ሰው፣ ስለ የተስተካከሉትን እቅዳች እንዲያውቀ እና ድንገተኛ ሁኔታ ሲያጋጥም ምን ማድረግ እንዳለበት እንዲያውቅ፣ ከእንክብካቤ ቡድንዎ እና ከደንበኛው ቤተሰብ ጋር ግልጽ ግንኙነት ያድርጉ።

ትምህርት 3፡ በአደጋ ጊዜ መልቀቂያ መንገዶች ጋር መተዋወቅ።

ዓላማ፤ ተንከባካቢዎች በሚሠሩባቸው ተቋማት ሁሉ፣ በአደጋ ጊዜ ምን ማደረግ እንዳለባቸው በደንብ እንዲያውቁ ለማድረግ፣ ይህም ደንበኞች በአደጋ ግዜ ተንከባካቢዊቻቸው በመተማመን እንዲመሩ፣ በድንገተኛ ጊዜ ፈጣን እና የተቀላጠፈ ምላሽን እንዲያጋኙ ለማረጋገጥ ነው።



- እንደ ተንከባካቢ፣ በድንገተኛ ጊዜ ለእያንዳንዱ ደንበኛ የአደጋ ግዜ ዕቅድን በደንብ ማወቅ በጣም አስፈላጊ ነው።
- ይህም የእያንዳንዱን ደንበኛ ልዩ አካላዊ እና አእምሯዊ ችሎታቸው፣ መረዳትን ይጨምራል።

- ተነከባካቢዎች በተቋሙ ውስጥ በጣም አስተማማኝ እና ፈጣኑ መልሶችን በአደጋ ግዜ እንዲሰጡ፣ የአደጋ ግዜ ምን ማደረግ እንዳለባቸው ማወቅ አለባቸው።

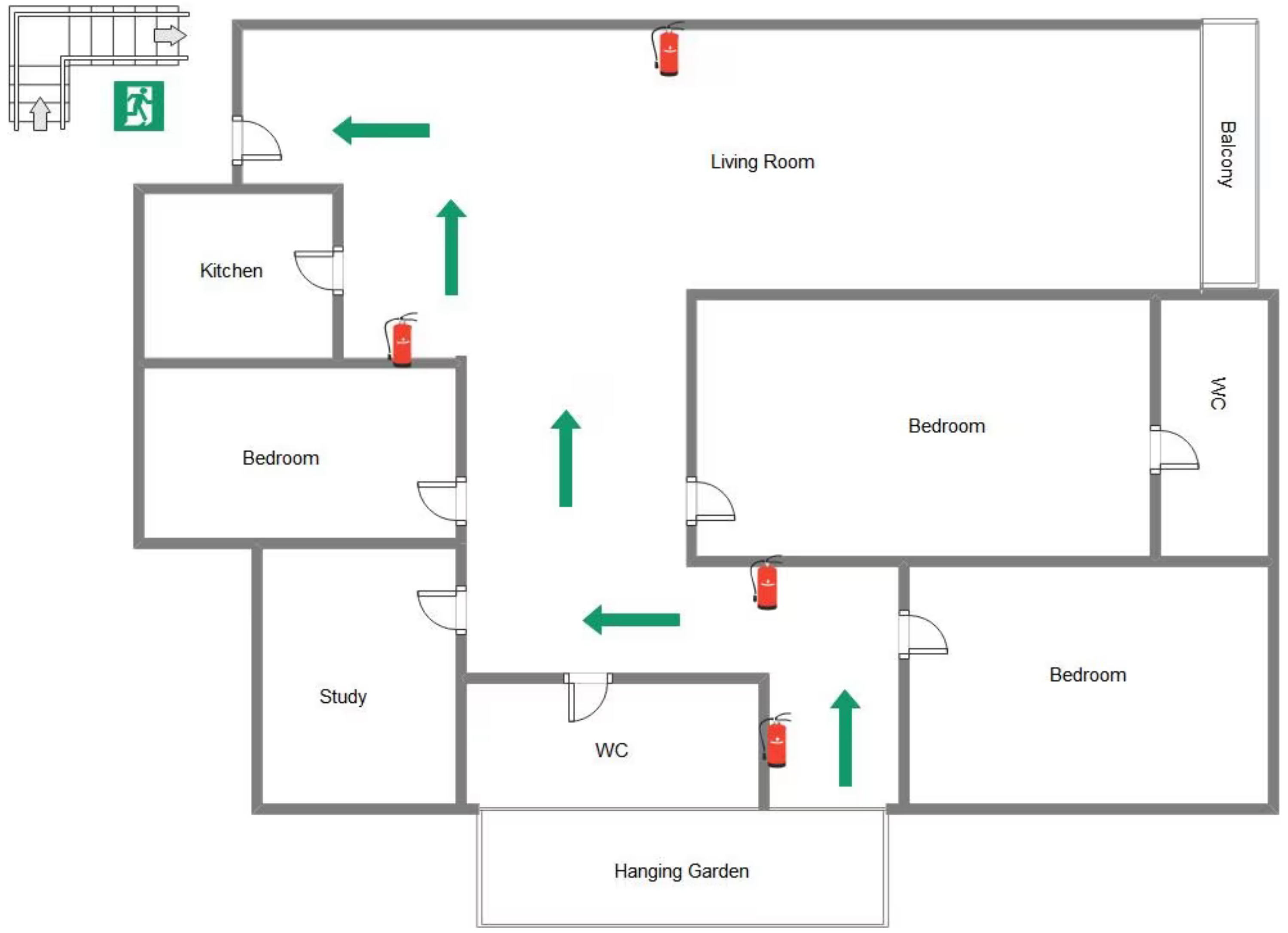
- በደንብ መዘጋጀት እርስዎን እና ደንበኞችዎን ሁለቱንም በመጠበቅ ለስላሳ እና ቀልጣፋ መዘጋጀትን ያረጋግጣል።

አቀማመጥ እና መንገዶችን መረዳት። (Understanding the Layout and Routes)

- እንደ ተንከባካቢ፣ ለድንገተኛ አደጋ መዘጋጀት በጣም አስፈላጊ ነው፣ በተለይም እርስዎ በችግር ጊዜ የመጀመሪያ ምላሽ ሰጪ ስለሆኑ።

- በሁሉም መውጫዎች፣ ደረጃዎች፣ አሳንሰሮች (elevators) ይወቁ እና ለማወቅ የተቋሙን ወለል እቅዶች በማጥናት ይጀምሩ።

- በተቻለ መጠን ሁሉንም የአደጋ ግዜ መውጫዎች አስቀደማ ማወቅ ያስፈልጋል።



- የመንቀሳቀስ ችግር ላለባቸው ደንበኞች፣ ተደራሽ መንገዶችን እና ልዩ መሳሪያዎችን ይወቁ።
    - እንዲሁም ለተለያዩ ድንገተኛ አደጋዎች እንደ እሳት፣ የተፈጥሮ አደጋዎች ወይም የህክምና ቀውሶች፣ በተለይም በህይወት ደጋፊ መሳሪያዎች ላይ ተመርኩዘው ወይም ከፍተኛ የሆነ የጤና ችግር ያለባቸውን ደንበኞችን ሲንከባከቡ፣ የተወሰኑ ሂደቶችን ይረዱ።
        - ዝግጁ መሆን በአደጋ ጊዜ አስተማማኝ እና ቀልጣፋ ምላሽን ያረጋግጣል።

ግንኙነት እና ጊዜ ።
(Communication and Timing)

- ለስላሳ እና የተደራጀ ምላሽ ለማረጋገጥ፣ በአደጋ ወቅት ውጤታማ ግንኙነት ወሳኝ ነው።

- ከቡድን አባላት ጋር እንደተገናኙ ለመቆየት እና የአደጋ ግዜ መልቀቂያውን ለማስተባበር እንደ ዎኪ-ቶኪዎች ወይም የውስጥ መልእክት ማስተላለፊያ መተግበሪያዎች ባሉ የመገናኛ መሳሪያዎች እራስዎን ይወቁ።

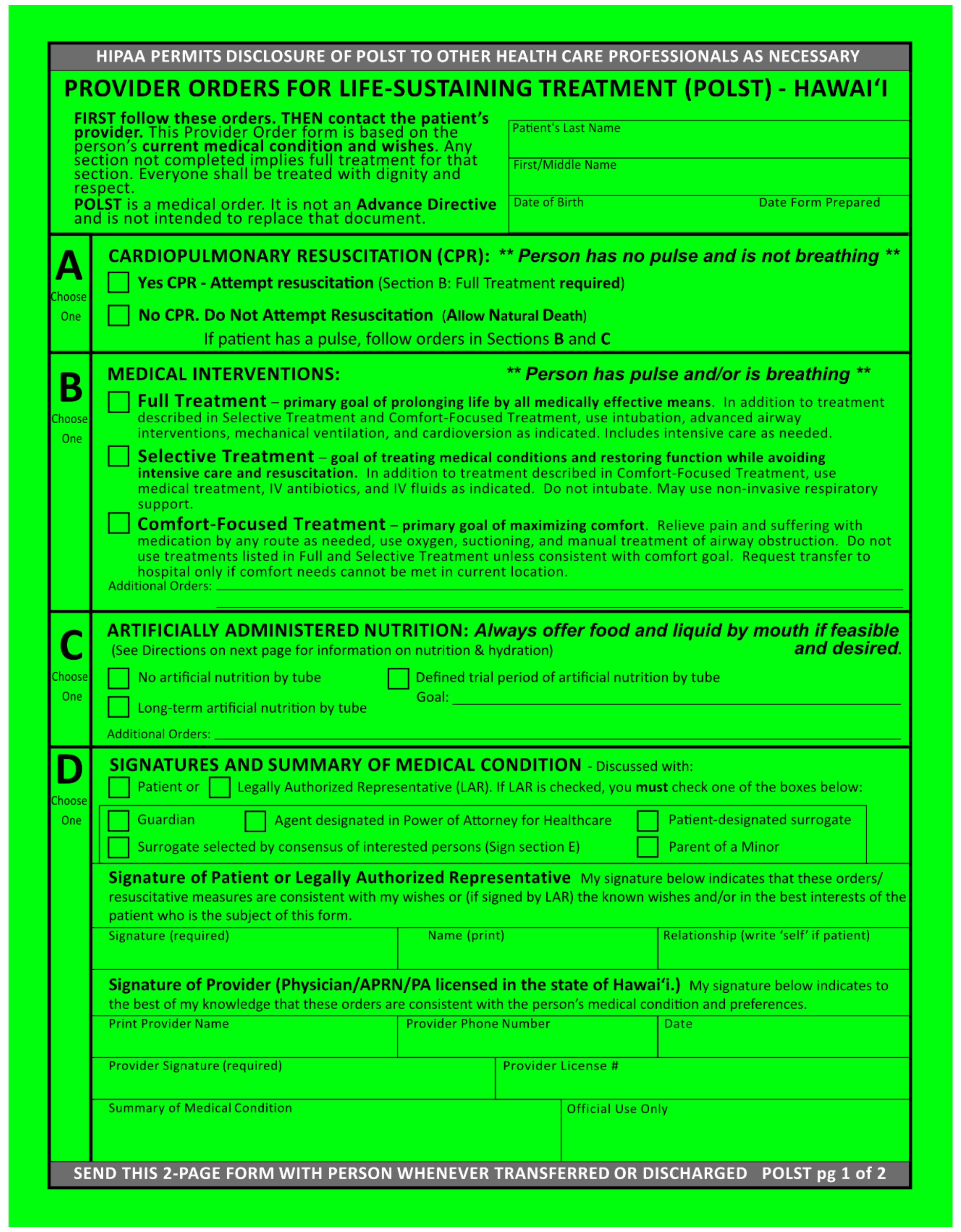
- በተጨማሪም፣ ተጨማሪ እርዳታ የሚያስፈልጋቸውን እንደ የመንቀሳቀስ ወይም የህክምና ተግዳሮቶች ያሉ ግለሰቦችን በመለየት፣ ለደንበኞች ፍላጎት ቅድሚያ ይስጡ። ይህ አስፈላጊውን ድጋፍ መስጠት እንደሚችሉ እና ሁሉም ደንበኞች በተፈለገው የጊዜ ገደብ ውስጥ በደህና ማዳን እንደሚችሉ ያረጋግጣል።

- የአደጋ ግዜ መልቀቅን በብቃት ለመወጣት ግልፅ ግንኙነት እና ቅድሚያ መስጠት ቁልፍ ናቸው።

ትምህርት 4፡ የቅድሚያ መመሪያ እና ፖስት ፎምሮችን (POLST forms) በድንገተኛ ጊዜ ማስተዳደር

ዓላማ፤

በድንገተኛ ጊዜ የቅድሚያ መመሪያዎችን እና የ POLST ቅፅን (የህይወት ማቆያ ህክምናን ወረቀት) ለማሳወቅ፣ እና እውቀት እና ክህሎቶችን ለማስታጠቅ። ይህም የደንበኞች ህይወትን የሚያድስ ህክምና፣ እና ሌሎች የህክምና ውሳኔዎችን በተመለከተ የደንበኞች ምኞቶች ማክበርዎትን ያረጋግጣል። በተለይም ለደንበኞች ምርጫቸውን ራሳቸው መግለጽ የማይችሉ ደንበኞች ጊዜ።



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 Order form is based on the person'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 intubation, advanced airway interventions, 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: ____

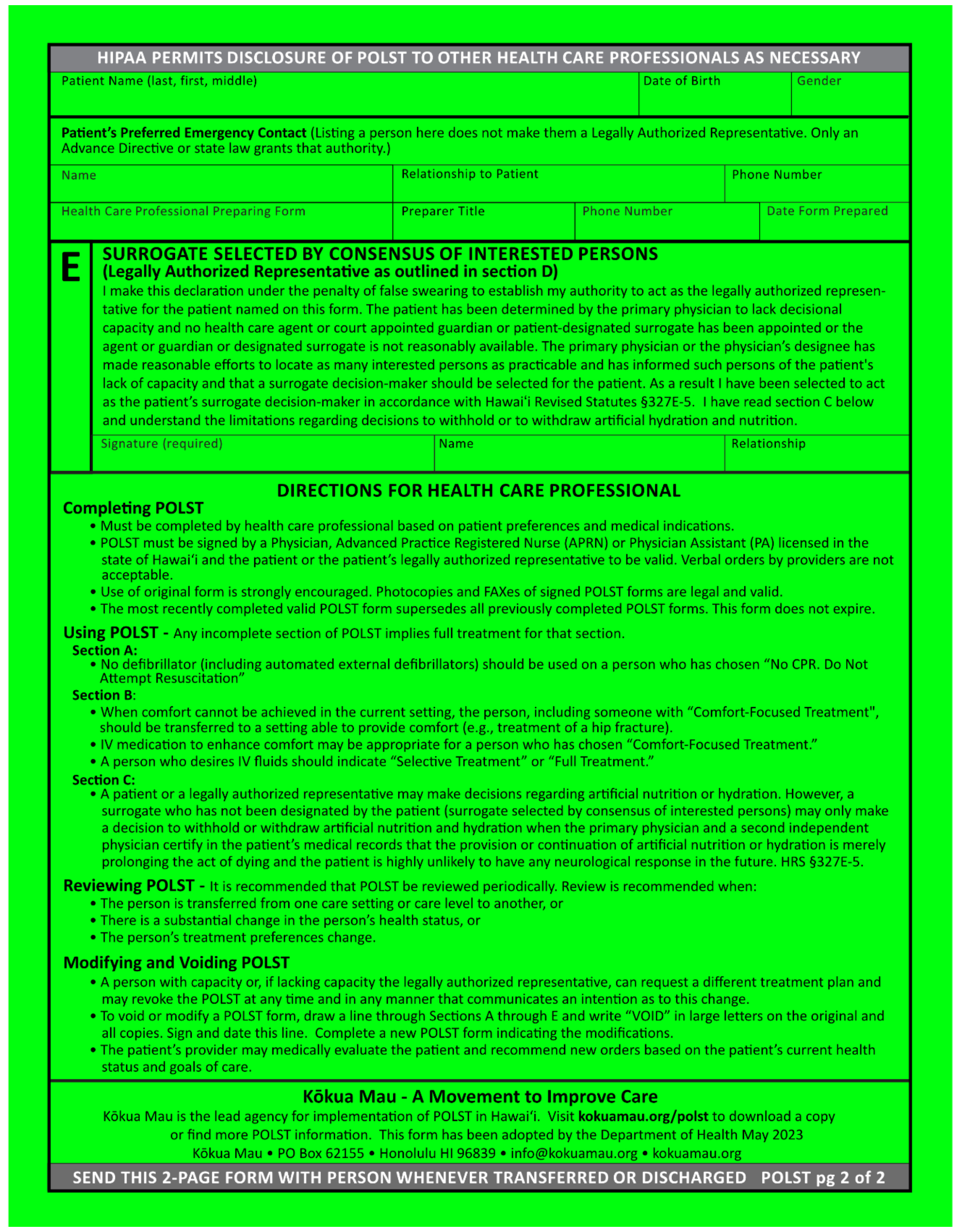
C Choose One
ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: ***Always offer food and liquid by mouth if feasible and desired.***
(See Directions on next page for information on nutrition & hydration)
☐ No artificial nutrition by tube
☐ Defined trial period of artificial nutrition by tube
Goal: ____
☐ Long-term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



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

Patient Name (last, first, middle) | Date of Birth | Gender

Patient's Preferred Emergency Contact (Listing a person here does not make them a Legally Authorized Representative. Only an Advance Directive or state law grants that authority.)
Name | Relationship to Patient | Phone Number
Health Care Professional Preparing Form | Preparer Title | Phone Number | Date Form Prepared

E
SURROGATE SELECTED BY CONSENSUS OF INTERESTED PERSONS
(Legally Authorized Representative as outlined in section D)
I make this declaration under the penalty of false swearing to establish my authority to act as the legally authorized representative for the patient named on this form. The patient has been determined by the primary physician to lack decisional capacity and no health care agent or court appointed guardian or patient-designated surrogate has been appointed or the agent or guardian or designated surrogate is not reasonably available. The primary physician or the physician's designee has made reasonable efforts to locate as many interested persons as practicable and has informed such persons of the patient's lack of capacity and that a surrogate decision-maker should be selected for the patient. As a result I have been selected to act as the patient's surrogate decision-maker in accordance with Hawai'i Revised Statutes §327E-5. I have read section C below and understand the limitations regarding decisions to withhold or to withdraw artificial hydration and nutrition.
Signature (required) | Name | Relationship

DIRECTIONS FOR HEALTH CARE PROFESSIONAL

Completing POLST
- Must be completed by health care professional based on patient preferences and medical indications.
- POLST must be signed by a Physician, Advanced Practice Registered Nurse (APRN) or Physician Assistant (PA) licensed in the state of Hawai'i and the patient or the patient's legally authorized representative to be valid. Verbal orders by providers are not acceptable.
- Use of original form is strongly encouraged. Photocopies and FAXes of signed POLST forms are legal and valid.
- The most recently completed valid POLST form supersedes all previously completed POLST forms. This form does not expire.

Using POLST - Any incomplete section of POLST implies full treatment for that section.
Section A:
- No defibrillator (including automated external defibrillators) should be used on a person who has chosen "No CPR. Do Not Attempt Resuscitation"

Section B:
- When comfort cannot be achieved in the current setting, the person, including someone with "Comfort-Focused Treatment", should be transferred to a setting able to provide comfort (e.g., treatment of a hip fracture).
- IV medication to enhance comfort may be appropriate for a person who has chosen "Comfort-Focused Treatment."
- A person who desires IV fluids should indicate "Selective Treatment" or "Full Treatment."

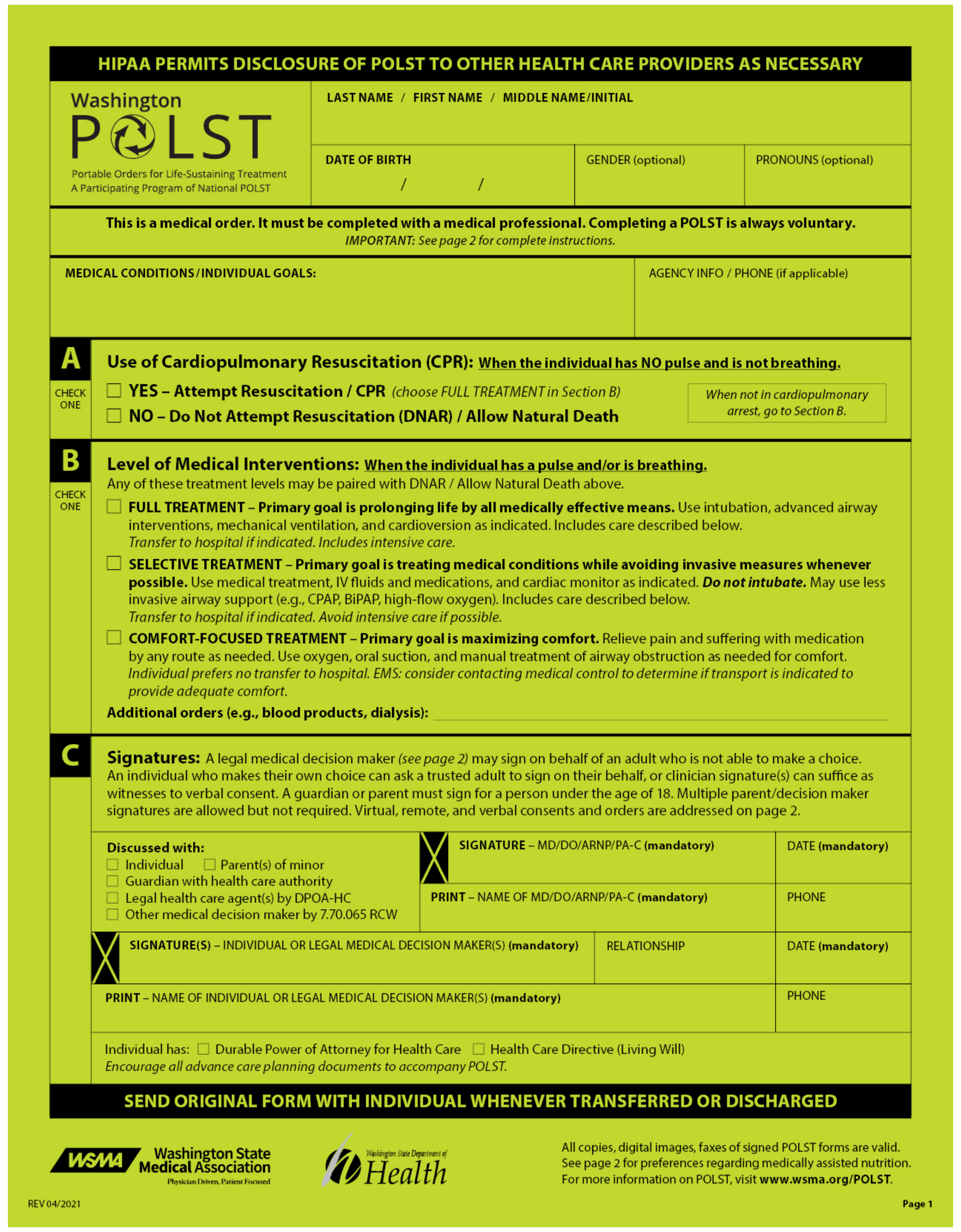
Section C:
- A patient or a legally authorized representative may make decisions regarding artificial nutrition or hydration. However, a surrogate who has not been designated by the patient (surrogate selected by consensus of interested persons) may only make a decision to withhold or withdraw artificial nutrition and hydration when the primary physician and a second independent physician certify in the patient's medical records that the provision or continuation of artificial nutrition or hydration is merely prolonging the act of dying and the patient is highly unlikely to have any neurological response in the future. HRS §327E-5.

Reviewing POLST - It is recommended that POLST be reviewed periodically. Review is recommended when:
- The person is transferred from one care setting or care level to another, or
- There is a substantial change in the person's health status, or
- The person's treatment preferences change.

Modifying and Voiding POLST
- A person with capacity or, if lacking capacity the legally authorized representative, can request a different treatment plan and may revoke the POLST at any time and in any manner that communicates an intention as to this change.
- To void or modify a POLST form, draw a line through Sections A through E and write "VOID" in large letters on the original and all copies. Sign and date this line. Complete a new POLST form indicating the modifications.
- The patient's provider may medically evaluate the patient and recommend new orders based on the patient's current health status and goals of care.

Kōkua Mau - A Movement to Improve Care
Kōkua Mau is the lead agency for implementation of POLST in Hawai'i. Visit **kokuamau.org/polst** to download a copy or find more POLST information. This form has been adopted by the Department of Health May 2023
Kōkua Mau • PO Box 62155 • Honolulu HI 96839 • info@kokuamau.org • kokuamau.org

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



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

Washington POLST
Portable Orders for Life-Sustaining Treatment
A Participating Program of National POLST

LAST NAME / FIRST NAME / MIDDLE NAME/INITIAL

DATE OF BIRTH / / | GENDER (optional) | PRONOUNS (optional)

This is a medical order. It must be completed with a medical professional. Completing a POLST is always voluntary.
IMPORTANT: See page 2 for complete instructions.

MEDICAL CONDITIONS/INDIVIDUAL GOALS: | AGENCY INFO / PHONE (if applicable)

A CHECK ONE

Use of Cardiopulmonary Resuscitation (CPR): **When the individual has NO pulse and is not breathing.**

☐ **YES – Attempt Resuscitation / CPR** *(choose FULL TREATMENT in Section B)*
☐ **NO – Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) / Allow Natural Death**

When not in cardiopulmonary arrest, go to Section B.

B CHECK ONE

Level of Medical Interventions: **When the individual has a pulse and/or is breathing.**
Any of these treatment levels may be paired with DNAR / Allow Natural Death above.

☐ **FULL TREATMENT – Primary goal is prolonging life by all medically effective means.** Use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. Includes care described below.
Transfer to hospital if indicated. Includes intensive care.

☐ **SELECTIVE TREATMENT – Primary goal is treating medical conditions while avoiding invasive measures whenever possible.** Use medical treatment, IV fluids and medications, and cardiac monitor as indicated. ***Do not intubate.*** May use less invasive airway support (e.g., CPAP, BiPAP, high-flow oxygen). Includes care described below.
Transfer to hospital if indicated. Avoid intensive care if possible.

☐ **COMFORT-FOCUSED TREATMENT – Primary goal is maximizing comfort.** Relieve pain and suffering with medication by any route as needed. Use oxygen, oral suction, and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort.
Individual prefers no transfer to hospital. EMS: consider contacting medical control to determine if transport is indicated to provide adequate comfort.

Additional orders (e.g., blood products, dialysis):

C

Signatures: A legal medical decision maker *(see page 2)* may sign on behalf of an adult who is not able to make a choice. An individual who makes their own choice can ask a trusted adult to sign on their behalf, or clinician signature(s) can suffice as witnesses to verbal consent. A guardian or parent must sign for a person under the age of 18. Multiple parent/decision maker signatures are allowed but not required. Virtual, remote, and verbal consents and orders are addressed on page 2.

Discussed with:
☐ Individual ☐ Parent(s) of minor
☐ Guardian with health care authority
☐ Legal health care agent(s) by DPOA-HC
☐ Other medical decision maker by 7.70.065 RCW

X **SIGNATURE** – MD/DO/ARNP/PA-C **(mandatory)** | DATE **(mandatory)**

PRINT – NAME OF MD/DO/ARNP/PA-C **(mandatory)** | PHONE

X **SIGNATURE(S)** – INDIVIDUAL OR LEGAL MEDICAL DECISION MAKER(S) **(mandatory)** | RELATIONSHIP | DATE **(mandatory)**

PRINT – NAME OF INDIVIDUAL OR LEGAL MEDICAL DECISION MAKER(S) **(mandatory)** | PHONE

Individual has: ☐ Durable Power of Attorney for Health Care ☐ Health Care Directive (Living Will)
Encourage all advance care planning documents to accompany POLST.

SEND ORIGINAL FORM WITH INDIVIDUAL WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED

WSMA Washington State Medical Association Physician Driven, Patient Focused

Washington State Department of Health

All copies, digital images, faxes of signed POLST forms are valid.
See page 2 for preferences regarding medically assisted nutrition.
For more information on POLST, visit **www.wsma.org/POLST**.

REV 04/2021

Page 1

- እንደ ተንከባካቢ፣ በድንገተኛ አደጋ ያለዎት ሚና አካላዊ እንክብካቤን ከመስጠት ባለፈ ይዘልቃል።

- እንዲሁም የደንበኛዎ የህክምና ምኞቶች በተለይም ለራሳቸው ውሳኔ ማድረግ በማይችሉበት ጊዜ መከበራቸውን ማረጋገጥ አለብዎት።

- የቅድሚያ መመሪያዎች እና የ POLST ቅጾች እርምጃዎችዎን የሚመሩ እና የደንበኞች ምርጫ መልሶ ማቋቋምን፣ የህይወት ድጋፍን እና ሌሎች ህክምናዎችን በችግር ጊዜ መከተላቸውን የሚያረጋግጡ አስፈላጊ መሳሪያዎች ናቸው።

የቅድሚያ መመሪያዎችን መረዳት/Understanding Advance Directives

- የቅድሚያ መመሪያ በድንገተኛ ጊዜ ደንበኛው የጤና አጠባበቅ ፍላጎታቸውን የሚገልጽበት ህጋዊ ሰነድ ነው። እነዚህ ሰነዶች ብዙውን ጊዜ ሕይወትን ከሚሰጡ ሕክምናዎች፣ ትንሳኤ፣ የአካል ልገሳ እና ሌሎች ጋር የተያያዙ ውሳኔዎችን ያብራራሉ።

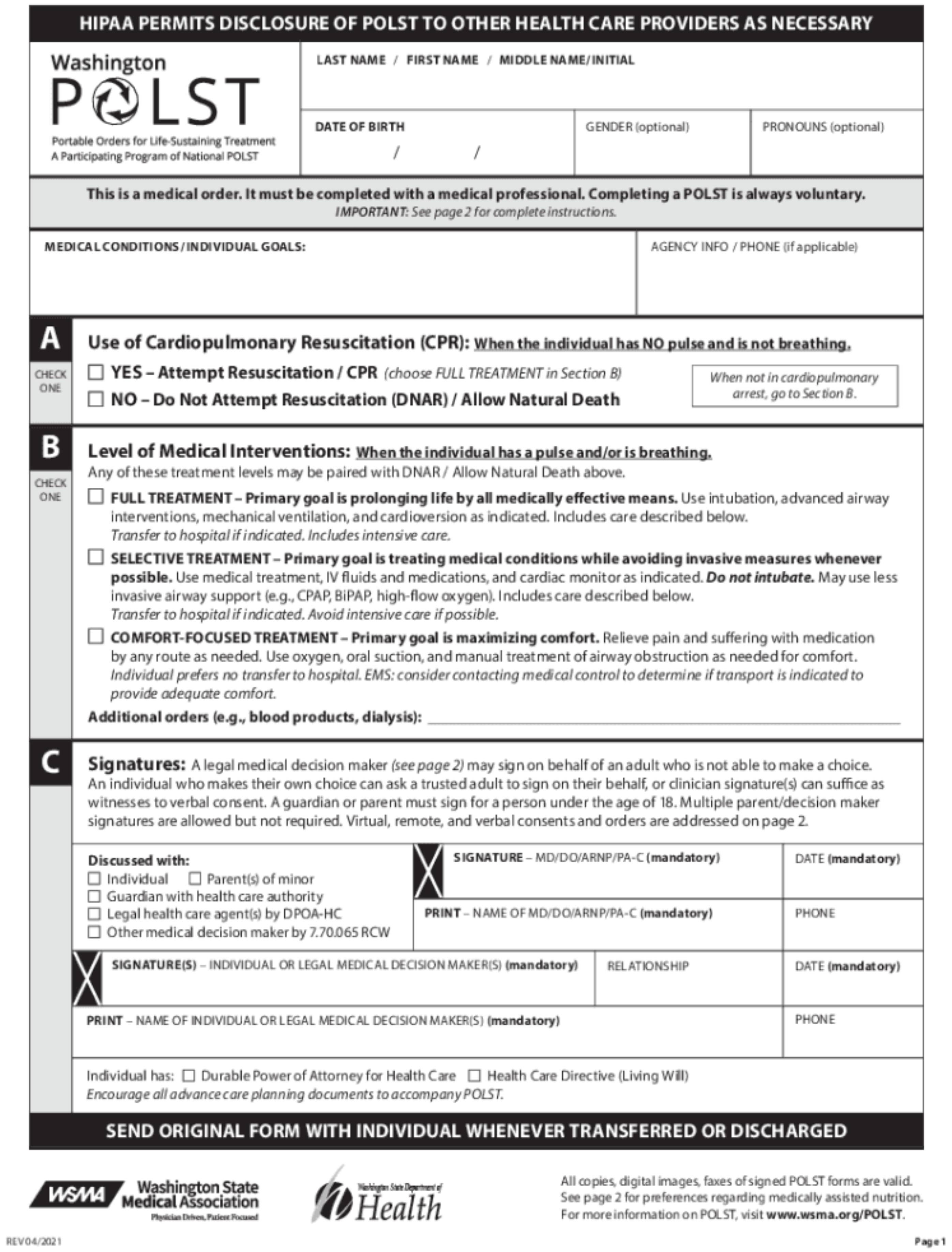
  - ድንገተኛ አደጋ ከመከሰቱ በፊት፣ የደንበኛን የጤና አጠባበቅ ፍላጎቶች መረዳት በጣም አስፈላጊ ነው። የቅድሚያ መመሪያዎች፣ በቀላሉ ተደራሽ በሆነ ቦታ፣ እንደ የደንበኛ እንክብካቤ ፋይል ወይም ከቤተሰብ አባላት ጋር መቀመጥ አለባቸው።

- በአደጋ ጊዜ፣ የመጀመሪያው እርምጃ፣ የቅድሚያ መመሪያውን ማግኘት እና ለድንገተኛ አደጋ ምላሽ ሰጪዎች ማቅረብ ነው። ይህ የሕክምና ባለሙያዎች ከደንበኛው ምርጫዎች ጋር የሚጣጣም እንክብካቤ ሊሰጡ እንደሚችሉ ያረጋግጣል።
    - የቅድሚያ መመሪያውን ይዘት በማወቅ፣ ደንበኛው የሚፈልገውን እንክብካቤ ማግኘቱን ማረጋገጥ ይችላሉ።

የ POLST ቅጹን መረዳት

- የ POLST (የሐኪም ትእዛዝ ለሕይወት-ዘላቂ ሕክምና) ቅጽ በዋናነት ከባድ ሕመም ላለባቸው ደንበኞች የሚያገለግል የሕክምና ሰነድ ነው።

- ለህክምና ጣልቃገብነቶች ልዩ መመሪያዎችን ይሰጣል፣ CPR ን ማከናወን ወይም አለማድረግ፣ የህይወት ድጋፍን መጠቀም፣ ወይም ሌሎች ወሳኝ ህክምናዎችን ለምሳሌ እንደ ቧንቧ ማስገባትን ጨምሮ መመሪያ ይሰጣል።



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

Washington POLST
Portable Orders for Life-Sustaining Treatment
A Participating Program of National POLST

LAST NAME / FIRST NAME / MIDDLE NAME/INITIAL

DATE OF BIRTH / / | GENDER (optional) | PRONOUNS (optional)

This is a medical order. It must be completed with a medical professional. Completing a POLST is always voluntary.
IMPORTANT: See page 2 for complete instructions.

MEDICAL CONDITIONS / INDIVIDUAL GOALS: | AGENCY INFO / PHONE (if applicable)

A **Use of Cardiopulmonary Resuscitation (CPR): When the individual has NO pulse and is not breathing.**

CHECK ONE

☐ **YES – Attempt Resuscitation / CPR** *(choose FULL TREATMENT in Section B)*
☐ **NO – Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) / Allow Natural Death**

When not in cardiopulmonary arrest, go to Section B.

B **Level of Medical Interventions: When the individual has a pulse and/or is breathing.**
Any of these treatment levels may be paired with DNAR / Allow Natural Death above.

CHECK ONE

☐ **FULL TREATMENT – Primary goal is prolonging life by all medically effective means.** Use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. Includes care described below. *Transfer to hospital if indicated. Includes intensive care.*

☐ **SELECTIVE TREATMENT – Primary goal is treating medical conditions while avoiding invasive measures whenever possible.** Use medical treatment, IV fluids and medications, and cardiac monitor as indicated. ***Do not intubate.*** May use less invasive airway support (e.g., CPAP, BiPAP, high-flow oxygen). Includes care described below. *Transfer to hospital if indicated. Avoid intensive care if possible.*

☐ **COMFORT-FOCUSED TREATMENT – Primary goal is maximizing comfort.** Relieve pain and suffering with medication by any route as needed. Use oxygen, oral suction, and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. *Individual prefers no transfer to hospital. EMS: consider contacting medical control to determine if transport is indicated to provide adequate comfort.*

Additional orders (e.g., blood products, dialysis): ____________

C **Signatures:** A legal medical decision maker *(see page 2)* may sign on behalf of an adult who is not able to make a choice. An individual who makes their own choice can ask a trusted adult to sign on their behalf, or clinician signature(s) can suffice as witnesses to verbal consent. A guardian or parent must sign for a person under the age of 18. Multiple parent/decision maker signatures are allowed but not required. Virtual, remote, and verbal consents and orders are addressed on page 2.

Discussed with:
☐ Individual ☐ Parent(s) of minor
☐ Guardian with health care authority
☐ Legal health care agent(s) by DPOA-HC
☐ Other medical decision maker by 7.70.065 RCW

X **SIGNATURE** – MD/DO/ARNP/PA-C **(mandatory)** | DATE **(mandatory)**

PRINT – NAME OF MD/DO/ARNP/PA-C **(mandatory)** | PHONE

X **SIGNATURE(S)** – INDIVIDUAL OR LEGAL MEDICAL DECISION MAKER(S) **(mandatory)** | RELATIONSHIP | DATE **(mandatory)**

PRINT – NAME OF INDIVIDUAL OR LEGAL MEDICAL DECISION MAKER(S) **(mandatory)** | PHONE

Individual has: ☐ Durable Power of Attorney for Health Care ☐ Health Care Directive (Living Will)
Encourage all advance care planning documents to accompany POLST.

SEND ORIGINAL FORM WITH INDIVIDUAL WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED

WSMA Washington State Medical Association
Physician Driven, Patient Focused

Washington State Department of Health

All copies, digital images, faxes of signed POLST forms are valid.
See page 2 for preferences regarding medically assisted nutrition.
For more information on POLST, visit **www.wsma.org/POLST**.

REV04/2021

Page 1

- የ POLST ቅጽ በደንበኛው (ወይም በነሱ ምትክ) እና በሀኪም የተፈረመ ህጋዊ ሰነድ ነው፣ ይህም የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች፣ ድንገተኛ ምላሽ ሰጪዎችን ጨምሮ, እነዚህን መመሪያዎች መከተል አለባቸው።

- ቅጹን ለመለየት ቀላል እንዲሆን ብዙውን ጊዜ በደማቅ አረንጓዴ ወረቀት ይታተማል(ዋሽንግተን ከተማ)። ፎቶ ኮፒ እና ፋክስ እንዲሁ በህጋዊ መንገድ የሚሰሩ ናቸው።

- የ POLST ቅፅ ስለ ዳግም መነቃቃት፣ የህይወት ድጋፍ እና የህክምና ጣል ቃገብነት ወሳኝ ውሳኔዎችን ይዘረዝራል። እንደሚከተሉት ያሉ ምርጫዎችን ያካትታል:
  - ሙሉ ኮድ (ሁሉም ህይወትን የሚጠብቁ ህክምናዎች)። (Full code)
  - ዳግም አትነሳ (DNR)
  - የማጽናኛ እርምጃዎች ብቻ (በህመም ማስታገሻዎች ላይ ሳይሆን በህመም አያያዝ እና ምቾት ላይ ማተኮር)። (Comfort care)

በአደጋ ጊዜ 911 መደወል

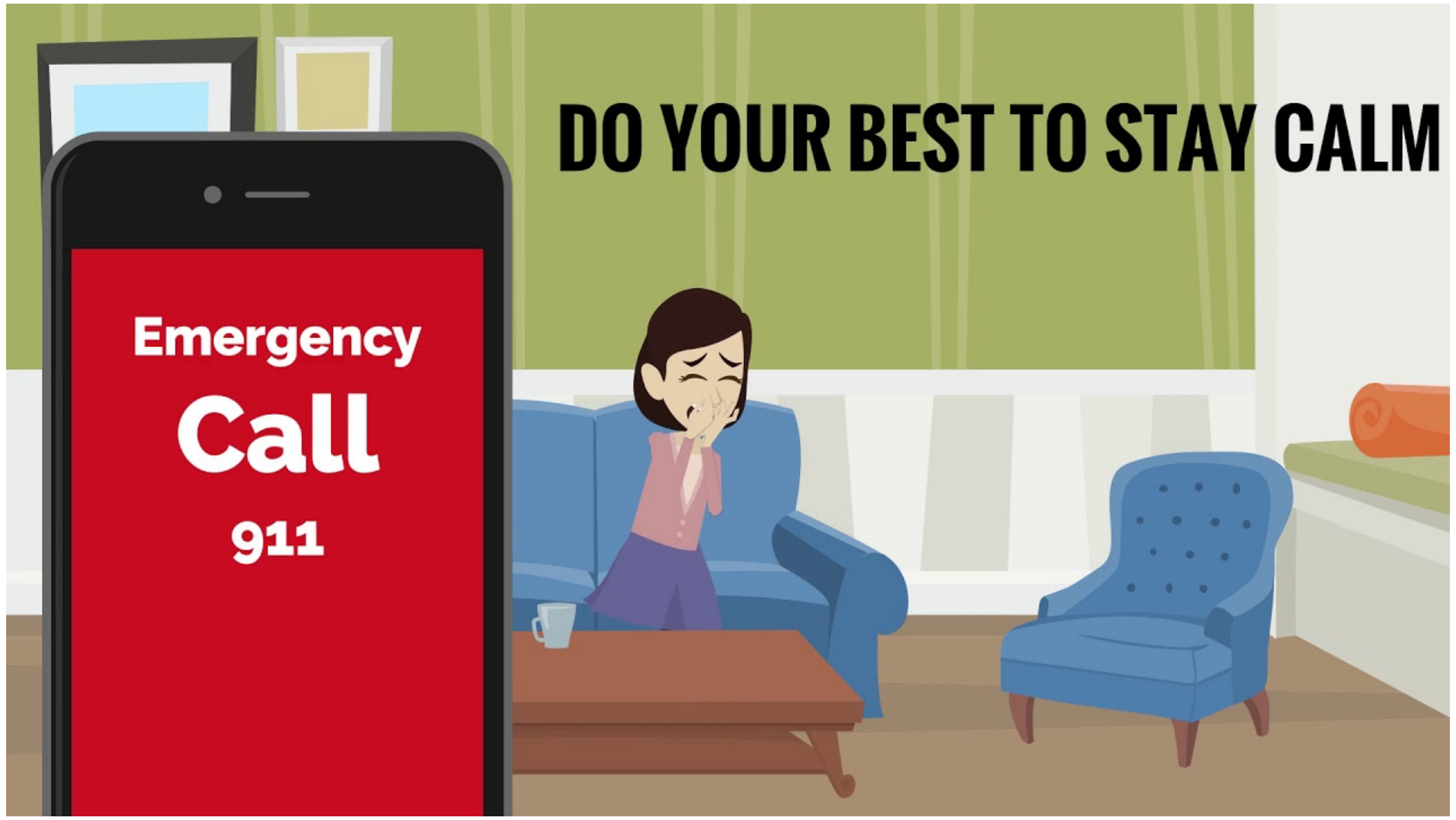
- እንደ ተንከባካቢነትዎ፣ ድንገተኛ አደጋ ሲከሰት፣ ለድንገተኛ አደጋ ምላሽ መስጠት እና አስፈላጊውን መረጃ በፍጥነት እና በትክክል ማድረግ የእርስዎ ሃላፊነት ነው።

ወደ 911 ሲደውሉ የሚከተሏቸው እርምጃዎች፤

- የአደጋ ጊዜውን በተቻለ መጠን ይግለጹ።
- ለምሳሌ፡- “ደንበኛዬ አቶ ደበሌ ወድቋል እና አይተነፍስም። ከፍ ያለ የልብ ሕመም አለው እና ‘DNR’ የሚል የ POLST ቅጽ አለው።

- ወሳኝ መረጃ ያቅርቡ፡
- የእርስዎ ስልክ ቁጥር፣ አድራሻው እና በአቅራቢያው ያለው ዋና መስቀለኛ መንገድ (ከተፈለገ ግልጽ አቅጣጫዎችን መስጠት እንደሚችሉ ያረጋግጡ)፣ የደንበኛ መገኛ ተቋሙ ይግለፁ።

ወደ 911 ሲደውሉ የሚከተሏቸው እርምጃዎች፤



- ተረጋግተው ይቆዩ፤ የ911 ኦፕሬተር እንደ የደንበኛው ሁኔታ፣ የህክምና ታሪክ እና ማንኛውም የተሞከሩ ጣልቃገብነቶች (እንደ CPR) ያሉ ተጨማሪ ጥያቄዎችን ሊጠይቅ ይችላል። በተቻለ መጠን ይረጋጉ እና እነዚህን ዝርዝሮች በግልፅ ያቅርቡ።

- የአደጋ ጊዜ መረጃን በፍጥነት እንዲገኝ ያድርጉ፤ ይህ መረጃ ተጽፎ በስልኩ አጠገብ እንዲቀመጥ ማድረግ ጠቃሚ ነው። ይህ በአስጨናቂ ሁኔታ ውስጥ እንኳን፣ ትክክለኛ ዝርዝሮችን በፍጥነት ማስተላለፍ እንደሚችሉ ያረጋግጣል.

እንካን ደስ አልዎት፡፡ አሁን
ሞጁል 10 ጨርሰዋል፡፡
እባክዎን ጥያቄዎቹን ይስሩ፡፡

References

https://www.dshs.wa.gov/altsa/training/dshs-curriculum-and-materials-available

- https://news.va.gov/wp-content/uploads/sites/3/2024/09/Emergency-preparedness-graphic_vp1.jpg?w=1400
- https://www.cdph.ca.gov/Programs/EPO/PublishingImages/emergency_supply_kit.jpg
- https://www.clatsopcounty.gov/sites/g/files/vyhlif13571/files/styles/full_node_primary/public/media/emergency-management/image/24446/emergency-preparedness-2_0.jpg?itok=JgISnTMR
- https://images.wondershare.com/edrawmax/maker2023/evacuation-plan-maker/new/home-evacuation-plan.jpg
- https://www.cprandfirstaid.net/assets/images/aid.png
- https://www.airswift.com/hubfs/Imported_Blog_Media/FEATURED-safetymoment-natural-disasters.jpg
- https://blog.koorsen.com/hubfs/Employee_Training_Drills.jpg

References

- https://cdn11.bigcommerce.com/s-cziwra/images/stencil/600x600/products/4348/19909/Fire-Extinguisher--Galaxy-20-lb-min__93073.1553003693.jpg?c=2
- https://www.northantsfire.co.uk/wp-content/uploads/2019/04/Fire-exit-runn_76547121-1.jpg
- https://www.cambridgema.gov/-/media/Images/firedepartment/newsandpublications/elevatorsafety/elevsafetygraphic.jpg
- https://media4.manhattan-institute.org/wp-content/uploads/sites/5/california-la-wildfires-risk-housing-policy.jpg
- https://wellkinetics.com.my/wp-content/uploads/2023/10/Key-Steps-for-an-Effective-Emergency-Response-Plan.webp
- https://www.zackproducts.com/Assets/Products/2260Series_G1.png
- https://miro.medium.com/v2/resize:fit:698/1*Ea1ktL1wae6LherIRwSTRQ.jpeg
- https://i0.wp.com/www.karmanhealthcare.com/wp-content/uploads/2014/08/assistive-devices.png?resize=640,231

References

- https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcShRs9BgUzfp5QGqkmK4nCa-hOyMGKxOrKgKg&s
- https://nurseslabs.com/wp-content/uploads/2019/01/4-Column-Nursing-Care-Plan-Format-2021.png
- https://www.accuform.com/files/damObject/Image/huge/MEXT524.jpg
- https://leapafrica.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/03/timing-is-everything.jpg
- https://wsma.org/images/Products/00000000-0000-0000-0000-000000000000_1218192.JPG
- https://www.pdffiller.com/preview/633/641/633641564/large.png
- https://surefirecpr.com/wp-content/uploads/call-911-1024x1024.jpg
- https://i.ytimg.com/vi/vD_svZ_-Ci0/maxresdefault.jpg

- https://i.ytimg.com/vi/vD_svZ_-Ci0/maxresdefault.jpg
- https://i.ytimg.com/vi/vD_svZ_-Ci0/maxresdefault.jpg

እንካን ደስ አለዎት፡፡ አሁን
ሞጁል 10 ጨርሰዋል፡፡
አባክዎን ጥያቄዎቹን ይስሩ፡፡