**OCHSNER HEALTH SYSTEM**
**ADVANCE DIRECTIVE**

**POWER OF ATTORNEY FOR**
**HEALTH CARE DECISIONS**

**The Person I Want to Make Health Care Decisions for Me**
 **When I Cannot Make Them for Myself**

If I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, being of sound mind, am no longer able to
make my own health care decisions, the person I choose as my Health Care Power of Attorney is:

**First Choice Name:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Phone Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

If this person is not able or willing to make these choices for me, OR is divorced or legally separated from me,
OR this person has died, then these people are my next choices:

**Second Choice Name:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Third Choice Name:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Address:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City/State/Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ City/State/Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I understand that my Health Care Power of Attorney can make health care decisions for me, including decisions
concerning the withholding or withdrawal of life sustaining procedures.

Such Health Care Power of Attorney has full authority to make such decisions as fully, completely and effectually,
and to all intents and purposes with the same validity as if such decisions had been personally made by me.

This Health Care Power of Attorney is effective immediately and serves to revoke and supersede any prior Health
Care Power of Attorney I have previously executed.  This Health Care Power of Attorney will continue until it is

revoked.

This declaration is made and signed by me on this \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in the year
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in the presence of the undersigned witnesses who are not entitled to any portion of my estate.

Signed:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date of Birth:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Social Security Number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

WITNESS ACKNOWLEDGEMENT: The Declarant is and has personally been known to me, and I believe
the Declarant to be of sound mind.  I am not related to the Declarant by blood or marriage and would not be

entitled to any portion of Declarant’s estate upon his/her death.  I was physically present and personally
witnessed the Declarant execute the foregoing Declaration.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

WITNESS SIGNATURE / Print Witness Name / Date / Time

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

WITNESS SIGNATURE / Print Witness Name / Date / Time

**FIRST** follow these orders, **THEN** contact physician. This is a
Physician Order form based on the person’s medical condition

**LOUISIANA PHYSICIAN ORDERS FOR SCOPE OF TREATMENT (LaPOST)**

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

**B.     MEDICAL**

When not in cardiopulmonary arrest, follow orders in **B**and **C**.

 PERSON HAS PULSE OR IS BREATHING

  FULL  TREATMENT (primary goal of prolonging life by all medically effective means) Use treatments in Selective Treatment and Comfort Focused treatment.

ORDERS: (e.g. dialysis, etc.)

CHECK
 ALL

 THAT
 APPLY

and preferences. Any section not completed implies full treatment
for that section. LaPOST complements an Advance Directive

and is not intended to replace that document. Everyone shall be
[treated with dignity and respect. Please see www.La-POST.org for](http://www.La-POST.org)
[information regarding “what my cultural/religious heritage tells me](http://www.La-POST.org)
[about end of life care.”](http://www.La-POST.org)

**LAST NAME**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRST NAME/MIDDLE NAME**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATE OF BIRTH                      MEDICAL RECORD NUMBER**(optional)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PATIENT’S DIAGNOSIS OF LIFE LIMITING DISEASE AND**
**IRREVERSIBLE CONDITION:**

**GOALS OF CARE:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A.**

CHECK
 ONE

**CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):**PERSON IS UNRESPONSIVE, PULSELESS AND IS NOT BREATHING
  CPR/Attempt Resuscitation (requires full treatment in section B)

  DNR/Do Not Attempt Resuscitation (Allow Natural Death)

**INTERVENTIONS:**

CHECK
 ONE

Use mechanical ventilation, advanced airway interventions and cardioversion if indicated.

  SELECTIVE  TREATMENT (primary goal of treating medical conditions while avoiding burdensome treatments) Use treatments in Comfort Focused

treatment. Use medical treatment, including antibiotics and IV fluids as indicated. May use non invasive positive airway pressure (CPAP/BiPAP).
Do not intubate. Generally avoid intensive care.

  COMFORT FOCUSED TREATMENT (primary goal is maximizing comfort) Use medication by any route to provide pain and symptom management.

Use oxygen, suctioning and manual treatment of airway obstruction as needed to relieve symptoms. (Do not use treatments listed in full or selective treatment
unless consistent with goals of care. Transfer to hospital ONLY if comfort focused treatment cannot be provided in current setting.)

         ADDITIONAL

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Medically assisted nutrition and hydration is optional when it

r DBOOPU SFBTPOBCMZ CF FYQFDUFE UP QSPMPOH MJGF     r XPVME CF NPSF CVSEFOTPNF UIBO CFOFàDJBM     r XPVME DBVTF TJHOJàDBOU QIZTJDBM EJTDPNGPSU

**C.**

CHECK
 ONE

**ARTIFICIALLY ADMINISTERED FLUIDS AND NUTRITION: (Always offer food/ﬂuids by mouth as tolerated)**
  /P BSUJàDJBM OVUSJUJPO CZ UVCF

  5SJBM QFSJPE PG BSUJàDJBM OVUSJUJPO CZ UVCF   (PBM   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  )
  -POH UFSN BSUJàDJBM OVUSJUJPO CZ UVCF   \*G OFFEFE

**D.     SUMMARY**

**Discussed with:**

  Patient (Patient has capacity)

  Personal Health Care Representative (PHCR)

**The basis for these orders is:**

  Patient’s declaration (can be oral or nonverbal)
  Patient’s Personal Health Care Representative

               2VBMJàFE 1BUJFOU XJUIPVU DBQBDJUZ

   Patient’s Advance Directive, if indicated, patient has completed
 an additional document that provides guidance for treatment

 measures if he/she loses medical decision-making capacity.
   3FTVTDJUBUJPO XPVME CF NFEJDBMMZ OPO CFOFàDJBM

  Advance Directive dated \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , available and reviewed
  Advance Directive not available

  No Advance Directive

  Health care agent if named in Advance Directive:

N a m e: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1IPOF  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

This form is voluntary and the signatures below indicate that the physician orders are consistent with the patient’s medical condition and
 treatment plan and are the known desires or in the best interest of the patient who is the subject of the document.

PRINT PHYSICIAN’S NAME

PHYSICIAN SIGNATURE (MANDATORY)

PHYSICIAN PHONE NUMBER

DATE (MANDATORY)

PRINT PATIENT OR PHCR NAME

PATIENT OR PHCR SIGNATURE (MANDATORY)

DATE (MANDATORY)

PHCR RELATIONSHIP

PHCR ADDRESS

PHCR PHONE NUMBER

**SEND FORM WITH PERSON WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED**

**USE OF ORIGINAL FORM IS STRONGLY ENCOURAGED.  PHOTOCOPIES AND FAXES OF SIGNED LaPOST FORMS ARE LEGAL AND VALID.**

V2.06.13.2016

**LAST NAME                                           FIRST NAME                                           MIDDLE NAME                                           DATE OF BIRTH**

the

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECTIONS FOR HEALTH CARE PROFESSIONALS**

**COMPLETING LaPOST**

r .VTU CF DPNQMFUFE CZ B QIZTJDJBO BOE QBUJFOU PS UIFJS QFSTPOBM IFBMUI DBSF SFQSFTFOUBUJWF CBTFE PO UIF QBUJFOU T NFEJDBM DPOEJUJPOT BOE
 preferences for treatment.

r  **LaPOST** must be signed by a physician and the patient or PHCR to be valid. Verbal orders are acceptable from physician and verbal consent may be
 obtained from patient or PHCR according to facility/community policy.

r 6TF PG UIF CSJHIUMZ DPMPSFE PSJHJOBM GPSN JT TUSPOHMZ FODPVSBHFE  1IPUPDPQJFT BOE GBYFT PG TJHOFE **LaPOST** are legal and valid.

**USING LaPOST**

r $PNQMFUJOH B **LaPOST** form is voluntary. Louisiana law requires that a **LaPOST** form be followed by health care providers and provides immunity to
 those who comply in good faith. In the hospital setting, a patient will be assessed by a physician who will issue appropriate orders that are consistent

 with the patient’s preferences.

r  **LaPOST** does not replace the advance directive. When available, review the advance directive and **LaPOST** form to ensure consistency and update
 forms appropriately to resolve any conflicts.

r 5IF QFSTPOBM IFBMUI DBSF SFQSFTFOUBUJWF JODMVEFT QFSTPOT EFTDSJCFE XIP NBZ DPOTFOU UP TVSHJDBM PS NFEJDBM USFBUNFOU VOEFS 34           BOE NBZ

   execute      **LaPOST** form only if the patient lacks capacity.

r \*G UIF GPSN JT USBOTMBUFE  JU NVTU CF BUUBDIFE UP B TJHOFE **LaPOST** form in ENGLISH.

r "OZ TFDUJPO PG **LaPOST** not completed implies full treatment for that section.

r " TFNJ BVUPNBUJD FYUFSOBM EFàCSJMMBUPS  "&%  TIPVME OPU CF VTFE PO B QFSTPO XIP IBT DIPTFO i%P /PU "UUFNQU 3FTVTDJUBUJPOu

r .FEJDBMMZ BTTJTUFE OVUSJUJPO BOE IZESBUJPO JT PQUJPOBM XIFO JU DBOOPU SFBTPOBCMZ CF FYQFDUFE UP QSPMPOH MJGF  XPVME CF NPSF CVSEFOTPNF UIBO
    CFOFàDJBM PS XPVME DBVTF TJHOJàDBOU QIZTJDBM EJTDPNGPSU

r 8IFO DPNGPSU DBOOPU CF BDIJFWFE JO UIF DVSSFOU TFUUJOH  UIF QFSTPO  JODMVEJOH TPNFPOF XJUI i$PNGPSU GPDVTFE USFBUNFOU u TIPVME CF USBOTGFSSFE UP B
 setting able to provide comfort (e.g. pinning of a hip fracture).

r " QFSTPO XIP DIPPTFT FJUIFS i4FMFDUJWF USFBUNFOUu PS i$PNGPSU GPDVTFE USFBUNFOUu TIPVME OPU CF FOUFSFE JOUP B -FWFM \* USBVNB TZTUFN

r 1BSFOUFSBM  \*7 4VCDVUBOFPVT  NFEJDBUJPO UP FOIBODF DPNGPSU NBZ CF BQQSPQSJBUF GPS B QFSTPO XIP IBT DIPTFO i$PNGPSU GPDVTFE USFBUNFOU u

r 5SFBUNFOU PG EFIZESBUJPO JT B NFBTVSF XIJDI NBZ QSPMPOH MJGF  " QFSTPO XIP EFTJSFT \*7 áVJET TIPVME JOEJDBUF i4FMFDUJWF USFBUNFOUu PS i'VMM

   treatment.”

r " QFSTPO XJUI DBQBDJUZ PS UIF QFSTPOBM SFQSFTFOUBUJWF  JG UIF QBUJFOU MBDLT DBQBDJUZ  DBO SFWPLF UIF **LaPOST** at any time and request alternative
 treatment based on the known desires of the individual or, if unknown, the individual’s best interests.

r 1MFBTF TFF MJOLT PO [www.La-POST.org for “what my cultural/religious heritage tells me about end of life care.”](http://www.La-POST.org)

**The duty of medicine is to care for patients even when they cannot be cured. Physicians and their patients must evaluate the use of**
**technology available for their personal medical situation. Moral judgments about the use of technology to maintain life must reﬂect the**
**inherent dignity of human life and the purpose of medical care.**

**REVIEWING LaPOST**

This **LaPOST** should be reviewed periodically such as 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. A new LaPOST should be completed if the patient wishes to make a substantive change to their

treatment goal (e.g. reversal of prior directive). When completing a new form, the old form must be properly voided and retained in the medical chart.

To void the **LaPOST** form, draw line through “Physician Orders” and write “VOID” in large letters. This should be signed and dated.

**REVIEW OF THIS LaPOST FORM**

**REVIEW DATE**
 **AND TIME**

**REVIEWER**

**LOCATION OF REVIEW**

**REVIEW OUTCOME**

   No Change

   Form Voided and New Form Completed

   No Change

   Form Voided and New Form Completed

   No Change

   Form Voided and New Form Completed

   No Change

   Form Voided and New Form Completed

   No Change

   Form Voided and New Form Completed

   No Change

   Form Voided and New Form Completed

**SEND FORM WITH PERSON WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED**

**USE OF ORIGINAL FORM IS STRONGLY ENCOURAGED.  PHOTOCOPIES AND FAXES OF SIGNED LaPOST FORMS ARE LEGAL AND VALID.**

