马萨诸塞州维持生命治疗医疗指令
（MOLST） www.molst-ma.org

Patient's Name _____

Date of Birth _____

Medical Record Number if applicable: _____

指示： *每一位患者都应当得到保持舒适的全面护理。*

→ 本表应当根据患者（或在下方签名的患者代表）与患者的临床医生之间讨论的护理目标签署。
→ 只有在第 D 节和第 E 节完整填写的情况下，第 A－C 节才被视为有效的指令。只有在第 G 节和第 H 节完整填写的情况下，第 F 节才有效。
→ 如果某一节未填写，则对该节包括的治疗无限制。
→ 本表一旦签署立即生效。适当签名的 MOLST 表格的复印件、传真或电子副本有效。

A 选择一个圆圈 ➔	**心肺复苏：为心脏停搏或呼吸停止的患者施行** O 不要恢复知觉　　O 尝试恢复知觉
B 选择一个圆圈 ➔ 选择一个圆圈 ➔	**外呼吸：为呼吸困难的患者施行** O 不要插管和外呼吸　　O 插管和外呼吸 O 不要使用无创外呼吸（例如，持续气道正压通气（CPAP））　　O 使用无创外呼吸（例如，持续气道正压通气（CPAP）） **转送医院**
C 选择一个圆圈 ➔	O 不要转送医院*（除非是需要改善舒适状况）*　　O 转送医院
患者 或患者代表签名 **D** ***必须填写*** 选择圆圈，必须填写每一行，才能成为有效的指令	**选择以下一个圆圈，说明第 D 节中的签名人：** o **患者**　o **健康护理代理人**　o **监护人*** o **未成年人的父母/监护人*** 患者的签名确认，本表是出于患者自己的意愿签署，并反映患者向第 E 节签名人表达的愿望和护理目标。（以上选择的）患者代表签名确认，本表反映患者代表对患者的愿望和护理目标的评估，如果不知道患者的愿望，则反映患者代表对患者最佳利益的评估。****监护人可在马萨诸塞州法律许可的范围内签名。有关监护人授权的问题，请向法律顾问洽询。*** XXXX

选择填写 失效日期和其他患者护理联系人	**除非明确说明，本表不会失效。***本表的失效日期（如有）：*_____ 用大写字母填写健康护理代理人的姓名_____ 电话号码_____ 用大写字母填写主治医生的姓名_____ 电话号码_____

始终让患者随身携带本表

《健康保险转移性和责任法案》（HIPAA）许可在治疗需要时向健康护理服务提供者披露 MOLST。

患者姓名：_____ **患者出生日期：**_____ **医疗记录号码（如适用）：**_____

F	**患者对其他医疗上需要的治疗的选择声明**		
	插管和外呼吸		
选择一个圆圈 ➔	○ 请参阅第 1 页第 B 节	○ 按照第 B 节的选择，使用插管和外呼吸，但仅限短期使用	○ 未决定 ○ 尚未讨论
	无创外呼吸（例如，持续气道正压通气 — CPAP）		
		○ 按照第 B 节的选择，使用无创外呼吸，但仅限短期使用	○ 未决定 ○ 尚未讨论
	透析		
选择一个圆圈 ➔	○ 无透析	○ 使用透析 ○ 使用透析，但仅限短期使用	○ 未决定 ○ 尚未讨论
	人工营养		
选择一个圆圈 ➔	○ 无人工营养	○ 使用人工营养 ○ 使用人工营养，但仅限短期使用	○ 未决定 ○ 尚未讨论
	人工补水		
选择一个圆圈 ➔	○ 无人工补水	○ 使用人工补水 ○ 使用人工补水，但仅限短期使用	○ 未决定 ○ 尚未讨论
	其他与患者的医疗病症和护理相关的治疗选择 _____ _____ _____		

SAMPLE

| 患者
或患者代表签名
G

必须填写
选择圆圈，必须填写每一行，才能成为有效的指令 | **选择以下一个圆圈，说明第 D 节中的签名人：**
o **患者** o **健康护理代理人** o **监护人***
o **未成年人的父母/监护人***
患者的签名确认，本表是出于患者自己的意愿签署，并反映患者向第 H 节签名人表达的愿望和护理目标。（以上选择的）患者代表签名确认，本表反映患者代表对患者的愿望和护理目标的评估，如果不知道患者的愿望，则反映患者代表对患者最佳利益的评估。****监护人可在马萨诸塞州法律许可的范围内签名。有关监护人授权的问题，请向法律顾问洽询。***
XXXX

临床医生 签名 **H** ***必须填写*** 必须填写每一行，才能成为有效的指令	医生、持行医执照的护士或医生助理的签名确认，本表准确地反映医生、持行医执照的护士或医生助理与第 G 节签名人的讨论结果。 XXXX