

**Các Yêu Cầu Y Tế về Điều Trị
Kéo Dài Sự Sống (MOLST) của
Tiểu Bang Massachusetts**



(MOLST) www.molst-ma.org

Patient's Name _____

Date of Birth _____

Medical Record Number if applicable: _____

HƯỚNG DẪN: Mỗi bệnh nhân cần được quan tâm lưu ý đầy đủ để cảm thấy dễ chịu hơn.

- Cần ký mẫu điền này dựa trên các mục tiêu trong những lần bàn thảo về việc chăm sóc chữa trị giữa bệnh nhân (hoặc đại diện bệnh nhân ký tên ở dưới) và bác sĩ của bệnh nhân.
- Các Mục A-C chỉ có giá trị khi điền Các Mục D và E. Mục F chỉ có giá trị khi điền xong Các Mục G và H.
- Nếu không điền vào một mục nào đó, thì sẽ không có giới hạn về biện pháp điều trị được đề cập trong mục đó.
- Mẫu điền này có hiệu lực ngay sau khi ký tên. Bản MOLST có chữ ký hợp thức ở dạng photocopy, fax hoặc bản sao điện tử đều có giá trị.

A	HỒI SỨC TIM PHỔI: dành cho bệnh nhân bị đứng tim (không có mạch đập/không thở)
Chọn một ô →	<input type="radio"/> Không làm hồi tỉnh <input type="radio"/> Cố gắng làm hồi tỉnh
B	TRỢ GIÚP HÔ HẤP: dành cho các bệnh nhân bị suy hô hấp
Chọn một ô →	<input type="radio"/> Không dùng ống trợ thở và hô hấp <input type="radio"/> Có dùng ống trợ thở và hô hấp
Chọn một ô →	<input type="radio"/> Không Dùng Dụng Cụ Hỗ Trợ Hô Hấp Không Đưa Vào Trong Cơ Thể (ví dụ như CPAP- Áp Suất Đường Khí Dương Liên Tục) <input type="radio"/> Dùng Dụng Cụ Hỗ Trợ Hô Hấp Không Đưa Vào Trong Cơ Thể (ví dụ như CPAP)
C	CHUYỂN ĐẾN BỆNH VIỆN
Chọn một ô →	<input type="radio"/> Không chuyển đến bệnh viện (<i>trừ khi cần để giúp bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn</i>) <input type="radio"/> Chuyển đến bệnh viện
BỆNH NHÂN hoặc chữ ký của đại diện bệnh nhân	Chọn một ô tròn ở dưới để cho biết ai là người ký tên trong Mục D:
D	<input type="radio"/> Bệnh nhân <input type="radio"/> Đại diện chăm sóc sức khỏe <input type="radio"/> Người giám hộ *
Bắt buộc - Chọn ô tròn và điền từng dòng cho các yêu cầu có giá trị	<input type="radio"/> Cha mẹ/người giám hộ* của trẻ vị thành niên Chữ ký xác nhận rằng bệnh nhân ký hoàn toàn tự nguyện và mẫu đơn này phản ánh các lựa chọn ưu tiên về điều trị của bệnh nhân đó, như được trình bày cho người ký trong Mục E. Chữ ký của người đại diện chăm sóc sức khỏe (nêu ở trên), xác nhận rằng mẫu đơn này phản ánh sự nhìn nhận của người ký về các nguyện vọng của bệnh nhân, hoặc nếu không biết các nguyện vọng đó, thì người ký đã nhìn nhận các quyền lợi tốt nhất của bệnh nhân. * <i>Một người giám hộ có thể ký thay cho bệnh nhân theo mức luật pháp của tiểu bang MA cho phép. Xin tham khảo ý kiến từ chuyên viên pháp lý với các câu hỏi về thẩm quyền của người giám hộ.</i>
	XX XXX
	Chữ ký của bệnh nhân (hoặc người đại diện cho bệnh nhân) Ngày ký
	XX XXX
	Tên viết bằng chữ in rõ ràng của người ký Số điện thoại người ký

Y sĩ chữ ký E <i>Bắt buộc</i> – Điền từng dòng cho các yêu cầu có giá trị	Chữ Ký của Bác Sĩ, Chuyên Viên Y Tá (Nurse Practitioner) hoặc Phụ Tá Bác Sĩ (Physician Assistant) xác nhận rằng mẫu đơn này phản ánh chính xác nội dung thảo luận với người ký trong Mục D. XX XX Chữ Ký của Bác Sĩ, Chuyên Viên Y Tá (NP) hoặc Phụ Tá Bác Sĩ (PA) Ngày ký XX XX Tên viết bằng chữ in rõ ràng của người ký Số điện thoại người ký
---	---

Không bắt buộc Ngày hết hạn và các nguồn liên lạc chăm sóc bệnh nhân khác	Mẫu điền này không hết hạn trừ khi có ghi rõ. Ngày hết hạn (nếu có) của mẫu điền này: _____ Tên viết bằng chữ in của đại diện chăm sóc sức khỏe _____ Số điện thoại _____ Tên viết bằng chữ in của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính _____ Số điện thoại _____
--	---

LUÔN GỬI MẪU ĐIỀN NÀY CÙNG VỚI BỆNH NHÂN
 Luật HIPAA cho phép tiết lộ thông tin MOLST cho các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi cần để điều trị.

Tên bệnh nhân: _____ Ngày tháng năm sinh của bệnh nhân _____ Hồ sơ bệnh án số (nếu thích hợp) _____

F	Phần trình bày về lựa chọn ưu tiên của bệnh nhân đối với các biện pháp điều trị theo chỉ định y khoa khác		
	SỬ DỤNG ống THỞ VÀ TRỢ GIÚP HÔ HẤP		
Chọn một ô →	<input type="radio"/> Xin xem phần B ở trang số 1	<input type="radio"/> Sử dụng phương pháp hô hấp xâm nhập vào cơ thể như đánh dấu trong phần B, nhưng chỉ trong thời gian ngắn	<input type="radio"/> Chưa quyết định <input type="radio"/> Chưa được thảo luận
Chọn một ô →	TRỢ GIÚP HÔ HẤP KHÔNG XÂM NHẬP VÀO CƠ THỂ (ví dụ như Áp Suất Đường Khí Dương Liên Tục - CPAP)		
Chọn một ô →	<input type="radio"/> Xin xem phần B ở trang số 1	<input type="radio"/> Sử dụng phương pháp hô hấp không xâm nhập vào cơ thể như đánh dấu trong phần B, nhưng chỉ trong thời gian ngắn	<input type="radio"/> Chưa quyết định <input type="radio"/> Chưa được thảo luận
Chọn một ô →	THẨM TÁCH (Lọc Thận)		
Chọn một ô →	<input type="radio"/> Không thẩm tách (lọc thận)	<input type="radio"/> Sử dụng biện pháp thẩm tách (lọc thận) <input type="radio"/> Sử dụng biện pháp thẩm tách (lọc thận), nhưng chỉ trong thời gian ngắn	<input type="radio"/> Chưa quyết định <input type="radio"/> Chưa được thảo luận
Chọn một ô →	DINH DƯỠNG NHÂN TẠO		
Chọn một ô →	<input type="radio"/> Không sử dụng dinh dưỡng nhân tạo	<input type="radio"/> Sử dụng dinh dưỡng nhân tạo <input type="radio"/> Sử dụng dinh dưỡng nhân tạo, nhưng chỉ trong thời gian ngắn	<input type="radio"/> Chưa quyết định <input type="radio"/> Chưa được thảo luận
Chọn một ô →	TRUYỀN NƯỚC NHÂN TẠO		
Chọn một ô →	<input type="radio"/> Không truyền nước nhân tạo	<input type="radio"/> Có truyền nước nhân tạo <input type="radio"/> Có truyền nước nhân tạo, nhưng chỉ trong thời gian ngắn	<input type="radio"/> Chưa quyết định <input type="radio"/> Chưa được thảo luận
Chọn một ô →	Các lựa chọn ưu tiên khác về điều trị dành riêng căn bệnh và việc chăm sóc điều trị của bệnh nhân _____ _____ _____		

