

MASSACHUSETTS MEDICAL ORDERS
for LIFE-SUSTAINING TREATMENT
(MOLST) www.molst-ma.org

(Ordens médicas relacionadas com o tratamento de sustentação da vida em Massachusetts)



Nome do doente _____

Data de nascimento _____

Número do registo médico, se aplicável: _____

INSTRUÇÕES: *Todos os doentes devem receber a máxima atenção ao conforto.*

- Este formulário deve ser assinado com base nas discussões sobre os objetivos dos cuidados de saúde entre o doente (ou o representante do doente que assinar abaixo) e o clínico ou médico do doente.
- As secções de A a C só são ordens válidas se as secções D e E estiverem completamente preenchidas. A secção F só é válida se as secções G e H estiverem completamente preenchidas.
- Se uma secção não estiver completamente preenchida, não existem limitações ao tratamento indicado nessa secção.
- Este formulário entra em vigor imediatamente após ter sido assinado. As fotocópias, as cópias por fax ou eletrónicas de formulários de MOLST devidamente assinados são consideradas válidas.

A	REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: para um doente com paragem cardíaca ou respiratória	
Marcar um círculo →	<input type="radio"/> Não reanimar	<input type="radio"/> Tentar a reanimação
B	ENTUBAÇÃO E VENTILAÇÃO: para um doente que tenha dificuldade em respirar	
Marcar um círculo →	<input type="radio"/> Não entubar nem administrar ventilação	<input type="radio"/> Entubar e/ou administrar ventilação
Marcar um círculo →	<input type="radio"/> Não usar ventilação não invasiva (p. ex., CPAP)	<input type="radio"/> Usar ventilação não invasiva (p. ex., CPAP)
C	TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL	
Marcar um círculo →	<input type="radio"/> Não transferir para um hospital <i>(a menos que seja necessário por questões de conforto)</i> <input type="radio"/> Transferir para um hospital	
ASSINATURA do doente ou do representante do doente D Exigido Marcar um dos círculos e preencher todas as linhas para pedidos válidos	Marcar um dos círculos abaixo para indicar quem está a assinar a secção D: <input type="radio"/> Doente <input type="radio"/> Agente de cuidados de saúde <input type="radio"/> Tutor* <input type="radio"/> Pai/Mãe/Tutor* de menor A assinatura do doente confirma que este formulário foi assinado de livre vontade pelo doente e reflete as suas preferências e objetivos de cuidados de saúde, tal como expressos perante o signatário da secção E. A assinatura pelo representante do doente (indicado acima) confirma que este formulário reflete a avaliação das preferências e objetivos de cuidados de saúde do doente, feita pelo signatário, ou se essas preferências se desconhecem, indica a avaliação dos melhores interesses do doente, feita pelo signatário. <i>*Um tutor pode assinar na medida em que seja permitido pela lei do estado de Massachusetts. Consultar um conselheiro jurídico sobre a autoridade de um tutor.</i>	
	XX Assinatura do doente (ou pessoa representante do doente)	XX Data da assinatura
	XX Nome do signatário em letra de forma bem legível	XX Número de telefone do signatário
ASSINATURA do clínico E Exigido Preencher todas as linhas para pedidos válidos	A assinatura do médico, do profissional de enfermagem (Nurse Practitioner) ou do assistente médico (Physician Assistant) confirma que este formulário reflete de forma fidedigna as discussões tidas com o signatário da secção D.	
	XX Assinatura do médico, profissional de enfermagem ou assistente médico	XX Data da assinatura
	XX Nome do signatário em letra de forma bem legível	XX Número de telefone do signatário

Opcional Data de validade e outros contactos para cuidados do doente	Este formulário não perde a validade, salvo se isso for expressamente mencionado. <i>Data de validade (se mencionado) deste formulário:</i> _____ Nome do agente de cuidados de saúde em letra de forma: _____ Número de telefone _____ Nome do prestador de cuidados de saúde em letra de forma: _____ Número de telefone _____
--	--

ENVIAR SEMPRE ESTE FORMULÁRIO COM O DOENTE.

A lei da HIPAA permite revelar o formulário de MOLST aos prestadores de cuidados de saúde segundo seja necessário para administrar o tratamento.

Nome do doente: _____ Data de nascimento do doente _____ No. do registo medido se aplicável _____

F	Declaração das preferências do doente por outros tratamentos indicados sob o ponto de vista médico		
	ENTUBAÇÃO E VENTILAÇÃO		
Marcar um círculo →	<input type="radio"/> Consultar a secção B, na página 1	<input type="radio"/> Usar entubação e ventilação, tal como marcado na secção B, mas apenas a curto prazo	<input type="radio"/> Indeciso <input type="radio"/> Não se discutiu
	VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (por ex., pressão positiva contínua nas vias aéreas - CPAP)		
Marcar um círculo →	<input type="radio"/> Consultar a secção B, na página 1	<input type="radio"/> Usar ventilação não invasiva, tal como marcado na secção B, mas apenas a curto prazo	<input type="radio"/> Indeciso <input type="radio"/> Não se discutiu
	DIÁLISE		
Marcar um círculo →	<input type="radio"/> Não fazer diálise	<input type="radio"/> Fazer diálise <input type="radio"/> Fazer diálise, mas apenas a curto prazo	<input type="radio"/> Indeciso <input type="radio"/> Não se discutiu
	NUTRIÇÃO ARTIFICIAL		
Marcar um círculo →	<input type="radio"/> Não administrar nutrição artificial	<input type="radio"/> Administrar nutrição artificial <input type="radio"/> Administrar nutrição artificial, mas apenas a curto prazo	<input type="radio"/> Indeciso <input type="radio"/> Não se discutiu
	HIDRATAÇÃO ARTIFICIAL		
Marcar um círculo →	<input type="radio"/> Não usar hidratação artificial	<input type="radio"/> Usar hidratação artificial <input type="radio"/> Usar hidratação artificial, mas apenas a curto prazo	<input type="radio"/> Indeciso <input type="radio"/> Não se discutiu
	Outras preferências de tratamento específicas para a condição médica e os cuidados de saúde do doente _____		

ASSINATURA do doente ou do representante do doente G <i>Exigido</i> Marcar um círculo e preencher todas as linhas para pedidos válidos	<p>Marcar um dos círculos abaixo para indicar quem está a assinar a secção D:</p> <p><input type="radio"/> o Doente <input type="radio"/> o Agente de cuidados de saúde <input type="radio"/> o Tutor* <input type="radio"/> o Pai/Mãe/Tutor* de menor</p> <p>A assinatura do doente confirma que este formulário foi assinado de livre vontade pelo doente e reflete as suas preferências e objetivos de cuidados de saúde, tal como expressos perante o signatário da secção H. A assinatura pelo representante do doente (indicado acima) confirma que este formulário reflete a avaliação das preferências e objetivos de cuidados de saúde do doente, feita pelo signatário, ou se essas preferências se desconhecem, indica a avaliação dos melhores interesses do doente, feita pelo signatário. <i>*Um tutor pode assinar na medida em que seja permitido pela lei do estado de Massachusetts. Consultar um conselheiro jurídico sobre a autoridade de um tutor.</i></p> <p>XX XX Assinatura do doente (ou pessoa representante do doente) Data da assinatura</p> <p>XX XX Nome do signatário em letra de forma bem legível Número de telefone do signatário</p>
--	--

ASSINATURA do clínico H Exigido Preencher todas as linhas para pedidos válidos	A assinatura do médico, do profissional de enfermagem (Nurse Practitioner) ou do assistente médico (Physician Assistant) confirma que este formulário reflete de forma fidedigna as discussões tidas com o signatário da secção G. XXX Assinatura do médico, profissional de enfermagem ou assistente médico XXX Nome do signatário em letra de forma bem legível	XXX Data da assinatura XXX Número de telefone do signatário
---	---	--

Instruções adicionais para profissionais de cuidados de saúde

- Seguir as ordens indicadas em A, B e C e respeitar as preferências enumeradas em F até que um clínico tenha oportunidade para reavaliar, tal como se descreve a seguir.
- Qualquer modificação a este formulário requer que o mesmo seja anulado e que um novo formulário seja preenchido e assinado. Para anular o formulário, escrever a palavra "VOID" (ANULADO) em letras bem grandes que cruzem os dois lados do formulário. *Se não for preenchido um novo formulário, não existirá documentação sobre as limitações ao tratamento e é possível que seja administrado um tratamento completo.*
- As preferências de tratamento e os objetivos dos cuidados de saúde do doente devem voltar a ser discutidos, tal como seja clinicamente apropriado conforme a progressão da doença, se o doente for transferido para um novo ambiente ou nível de cuidados de saúde, ou se as preferências mudarem. Rever o formulário sempre que seja necessário, a fim de refletir de forma fidedigna as preferências de tratamento.
- O doente ou o agente de cuidados de saúde (se o doente não tiver capacidade), ou o tutor * ou o pai, a mãe ou o tutor* de um doente de menor idade pode anular o formulário de MOST em qualquer altura e/ou solicitar e receber um tratamento indicado sob o ponto de vista médico, que tenha sido recusado anteriormente.

Sample