

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



Patient's Name _____

Date of Birth _____

Medical Record Number if applicable: _____

(MOLST) www.molst-ma.org

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 (nếu 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 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	Chữ ký của bệnh nhân (hoặc người đại diện cho bệnh nhân) Ngày ký
	XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	Tên viết bằng chữ in rõ ràng của người ký Số điện thoại người ký

<p>BỆNH NHÂN hoặc chữ ký của đại diện bệnh nhân</p> <p>G</p> <p><i>Required - Select circle and fill in every line for valid orders</i></p>	<p>Chọn một ô tròn ở dưới để cho biết ai là người ký tên trong Mục G:</p> <p><input type="radio"/> Bệnh nhân <input type="radio"/> Đại diện chăm sóc sức khỏe <input type="radio"/> Người giám hộ*</p> <p><input type="radio"/> Cha mẹ/người giám hộ* của trẻ vị thành niên</p> <p>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 H. Chữ ký của người đại diện chăm sóc sức khỏe (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></p> <p>XX XXX</p> <p>Chữ ký của bệnh nhân (hoặc người đại diện cho bệnh nhân) Ngày ký</p> <p>XX XXX</p> <p>Tên viết bằng chữ in rõ ràng của người ký Số điện thoại người ký</p>
<p>Y SĨ chữ ký</p> <p>H</p> <p><i>Bắt buộc – Điền từng dòng cho các yêu cầu có giá trị</i></p>	<p>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 G.</p> <p>XX XXX</p> <p>Chữ Ký của Bác Sĩ, Chuyên Viên Y Tá (NP) hoặc Phụ Tá Bác Sĩ (PA) Ngày ký</p> <p>XX XXX</p> <p>Tên viết bằng chữ in rõ ràng của người ký Số điện thoại người ký</p>

Hướng dẫn thêm dành cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe

- Làm theo các yêu cầu ghi trong mục A, B và C và tuân theo các lựa chọn ưu tiên trong mục F cho tới khi có cơ hội để bác sĩ xem lại như trình bày dưới đây.
- Bất kỳ thay đổi nào đối với mẫu điện này đều khiến mẫu điện không có giá trị và phải ký mẫu điện mới. Để vô hiệu hóa mẫu điện, ghi chữ VOID viết hoa trên cả hai mặt của mẫu điện. *Nếu không điền mẫu mới, các giới hạn về điều trị sẽ không được ghi lại và bệnh nhân có thể được điều trị trọn vẹn.*
- Bàn lại về các mục tiêu của bệnh nhân về các lựa chọn ưu tiên về chăm sóc và điều trị khi thích hợp về mặt y tế đối với sự tiến triển của bệnh, vào thời điểm chuyển sang nơi chăm sóc chữa trị hoặc cấp độ chăm sóc chữa trị mới, hoặc nếu các lựa chọn ưu tiên thay đổi. Điều chỉnh mẫu điện khi cần để phản ánh chính xác các lựa chọn ưu tiên về điều trị.
- Bệnh nhân hoặc đại diện chăm sóc sức khỏe (nếu bệnh nhân mất năng lực), người giám hộ*, hoặc cha mẹ/người giám hộ* của một đứa trẻ vị thành niên có thể hủy bỏ mẫu điện MOLST bất cứ lúc nào và/hoặc yêu cầu và nhận biện pháp điều trị theo chỉ định y khoa mà trước đó đã từ chối.