

الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH

هذا نموذج أوامر طبية للعلاج الداعم للحياة. يجب على أحد متخصصي الرعاية الصحية استكمال نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة استنادًا إلى الحالة الطبية الحالية للمريض وقيمه ورغباته. إذا كان المريض غير قادر على اتخاذ القرارات الطبية، فيجب أن تعكس الأوامر رغباته، وفقًا لأفضل فهم ممكن لها من جانب وكيل الرعاية الصحية أو من ينوب عنه. يجب على ممارس الرعاية الصحية الذي يصدر الأوامر الطبية التوقيع على نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة. يجب على جميع متخصصي الرعاية الصحية الالتزام بهذه الأوامر الطبية في أثناء انتقال المريض من مكان إلى آخر، ما لم يفحص أحد ممارسي الرعاية الصحية المريض، ويراجع الأوامر، ويبتل هذا النموذج. توجد التعليمات العامة لاستكمال نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة في الصفحة الرابعة من هذا المستند. يُستخدم نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة بصفة عامة للمرضى الذين يعانون من حالات صحية خطيرة. ينبغي للمريض أو متخذ القرار الآخر التعاون مع الطبيب، أو الممرض الممارس، أو مساعد الطبيب الذي سيصدر الأوامر، والنظر في مطالباتهم باستكمال نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة إذا كان المريض:

- يرغب في تجنب أو تلقي أي من أو جميع العلاجات الداعمة للحياة.
- يقيم في منشأة للرعاية طويلة الأجل أو يحتاج إلى خدمات الرعاية طويلة الأجل.
- قد يتوفى خلال السنة المقبلة.

إذا كان المريض يعاني من إعاقة ذهنية أو نمائية (intellectual or developmental disability, I/DD)، ويفتقر إلى القدرة على اتخاذ القرارات، فيجب على الطبيب (وليس الممرض الممارس أو مساعد الطبيب) إصدار الأوامر. يجب على الطبيب اتباع الإجراءات الخاصة وإرفاق قائمة التحقق المكتملة بالمتطلبات القانونية لمكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) قبل التوقيع على نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة. تشير العلامة النجمية (*) في هذا النموذج إلى ما يلي: إذا كان هذا القرار يتعلق بمريض بالغ أو قاصر يعاني من إعاقة ذهنية أو نمائية (I/DD)، فيُرجى الرجوع إلى التعليمات الواردة في الصفحة الرابعة قبل المتابعة.

الأوامر الطبية بعدم الإنعاش (DO-NOT-RESUSCITATE, DNR) وعدم التنبيب (DO-NOT-INTUBATE, DNI)

القسم (أ) معلومات المريض

اسم عائلة المريض / الاسم الأول / الحرف الأول من الاسم الأوسط

العنوان / المدينة / الولاية / ZIP

رقم الهاتف المُفضَّل

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)

رقم eMOLST، إن أمكن (هذا ليس نموذج eMOLST)

تحديد جميع التوجيهات المسبقة المعروفة التي تم استكمالها

☐ توكيل الرعاية الصحية ☐ الوصية الطبية المسبقة ☐ التبرع بالأعضاء ☐ توثيق توجيه مسبق شفهي للعلاج الطبي

القسم (ب) أوامر الإنعاش عندما لا يكون لدى المريض نبض و/أو لا يتنفس

حدد خيارًا واحدًا:

☐ أمر CPR: محاولة إجراء الإنعاش القلبي الرئوي (Cardio-Pulmonary Resuscitation, CPR)

☐ أمر DNR: عدم محاولة إجراء الإنعاش (السماح بالوفا الطبيعية)

القسم (ج) أوامر التنبيب للعلاج الداعم للحياة عندما يكون لدى المريض نبض ويتنفس

دعم الجهاز التنفسي: التهوية غير الباضعة و/أو التنبيب والتهوية الميكانيكية

حدد خيارًا واحدًا: ☐ التنبيب والتهوية الميكانيكية طويلة الأجل، وقد يشمل ذلك فغر القصبة الهوائية

☐ فترة تجريبية من التنبيب و/أو التهوية الميكانيكية*

☐ عدم إجراء التنبيب (DNI): استخدام التهوية غير الباضعة فقط.

☐ عدم إجراء التنبيب (DNI) وعدم استخدام التهوية غير الباضعة أو التهوية الميكانيكية

القسم (د) الموافقة على القسمين (ب) و(ج)

توقيع الشخص الذي يتخذ القرارات

☐ في حال الموافقة الشفهية فقط، يُترك حقل التوقيع فارغًا

☐ في حال الموافقة الخطية، يُرجى التوقيع أعلاه

الشخص الذي يتخذ القرارات:

☐ المريض ☐ وكيل الرعاية الصحية ☐ الشخص البديل المعيّن بموجب FHCDA لشخص بالغ ☐ الشخص البديل المعيّن بموجب FHCDA لشخص قاصر

☐ الشخص البديل المعيّن بموجب §1750-b لشخص بالغ أو قاصر من ذوي الإعاقة الذهنية أو النمائية

الاسم المكتوب بخط واضح للشاهد الثاني*

الاسم المكتوب بخط واضح للشاهد الأول*

القسم (هـ) توقيع الطبيب أو الممرض الممارس أو مساعد الطبيب على القسمين (ب) و(ج)

إذا قدم الشخص البديل المعيّن بموجب المادة §1750-b الموافقة الواردة في القسم د نيابة عن شخص يعاني من إعاقة ذهنية أو نمائية (I/DD)، فلا يجوز التوقيع على هذا القسم إلا من قبل طبيب، فقط بعد استكمال "قائمة التحقق الخاصة بالمتطلبات القانونية لنموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة الصادرة من مكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية للأفراد ذوي الإعاقات الذهنية أو النمائية" (Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD) وإرفاقها.

الاسم المكتوب بخط واضح

التوقيع

التاريخ/الوقت

رقم الترخيص

*إذا كان هذا القرار يتعلق بمريض بالغ أو قاصر يعاني من إعاقة ذهنية أو نمائية (I/DD)، فيُرجى الرجوع إلى التعليمات الواردة في الصفحة الرابعة.

أوامر طبية أخرى للعلاج الداعم للحياة

القسم (و) أوامر إضافية للعلاج الداعم للحياة

إرشادات العلاج

حدد خيارًا واحدًا:

- ☐ لا توجد قيود على التدخلات الطبية
- ☐ تدخلات طبية محدودة، على النحو الموضح أدناه فقط
- ☐ إجراءات التلطيف فقط، تقديم الرعاية والعلاج الطبيين بهدف تخفيف الألم والأعراض الأخرى.

الاستشفاء/النقل إلى المستشفى مستقبلاً (حدد خيارًا واحدًا)

- ☐ النقل إلى المستشفى عند الضرورة الطبية
- ☐ عدم النقل إلى المستشفى، ما لم يتعذر السيطرة على الألم أو الأعراض الشديدة بوسائل أخرى

التغذية والترطيب المقدمان صناعيًا

أنبوب التغذية

حدد خيارًا واحدًا: ☐ أنبوب تغذية طويل الأجل☐ تحديد الاستخدام أو القيود عند الحاجة*☐ عدم استخدام أنبوب تغذية

سوائل الحقن الوريدي

حدد خيارًا واحدًا: ☐ سوائل الحقن الوريدي☐ تحديد الاستخدام أو القيود عند الحاجة*☐ عدم استخدام سوائل عبر الحقن الوريدي

المضادات الحيوية

حدد خيارًا واحدًا: ☐ استخدام المضادات الحيوية لعلاج حالات العدوى☐ تحديد استخدام المضادات الحيوية أو تقييده عند حدوث العدوى*☐ عدم استخدام المضادات الحيوية

غسيل الكلى

حدد خيارًا واحدًا: ☐ استخدام غسيل الكلى لعلاج الفشل الكلوي☐ تحديد استخدام غسيل الكلى أو تقييده عند حدوث الفشل الكلوي*☐ عدم استخدام غسيل الكلى

أوامر وتعليمات طبية أخرى (فقط وفقًا لما تمت مناقشته مع الطبيب أو الممرض الممارس أو مساعد الطبيب، قد تتضمن تعليمات وأهدافًا لفترات العلاج التجريبية.*
إذا لم تتم مناقشة أي أمور أخرى، فاكتمل لا يوجد)

القسم (ز) الموافقة على القسم (و)

الاسم المكتوب بخط واضح للشخص الذي يتخذ القرارات

تاريخ/وقت الموافقة

توقيع الشخص الذي يتخذ القرارات

☐ في حال الموافقة الشفهية فقط، يُترك حقل التوقيع فارغًا☐ في حال الموافقة الخطية، يُرجى التوقيع أعلاه

الشخص الذي يتخذ القرارات:

☐ المريض ☐ وكيل الرعاية الصحية ☐ الشخص البديل المعيّن بموجب FHCDA لشخص بالغ☐ الشخص البديل المعيّن بموجب FHCDA لشخص قاصر ☐ الشخص البديل المعيّن بموجب b-1750 § لشخص بالغ أو قاصر من ذوي الإعاقة الذهنية أو النمائية

الاسم المكتوب بخط واضح للشاهد الثاني*

الاسم المكتوب بخط واضح للشاهد الأول*

القسم (ح) توقيع الطبيب أو الممرض الممارس أو مساعد الطبيب على القسم (و)

إذا قدم الشخص البديل المعيّن بموجب المادة b-1750 § الموافقة الواردة في القسم (ز) نيابة عن شخص يعاني من إعاقة ذهنية أو نمائية (I/DD)، فلا يجوز التوقيع على هذا القسم إلا من قبل طبيب،
ووفقًا بعد استكمال "قائمة التحقق الخاصة بالمتطلبات القانونية لنموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة الصادرة من مكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية للأفراد ذوي الإعاقات
الذهنية أو النمائية" وإرفاقها.

الاسم المكتوب بخط واضح

التاريخ/الوقت

التوقيع

رقم الترخيص

*إذا كان هذا القرار يتعلق بمريض بالغ أو قاصر يعاني من إعاقة ذهنية أو نمائية (I/DD)، فيُرجى الرجوع إلى التعليمات الواردة في الصفحة الرابعة.

القسم (ط) المراجعة والتجديد

يجب على الطبيب أو الممرض الممارس أو مساعد الطبيب* مراجعة نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة هذا للتحقق من ملاءمته استناداً إلى الحالة الطبية للمريض، وذلك مرة واحدة على الأقل كل 90 يوماً. يجب أيضاً مراجعة نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة إذا انتقل المريض من مكان إلى آخر لتلقي الرعاية، أو إذا طرأ تغيير جوهري على حالته الصحية (سواء بالتحسن أو التدهور)، أو إذا غيّر المريض أو الشخص الآخر المخوّل باتخاذ القرارات والمذكور في القسم (د) رأيه. عند كل مراجعة، يجب على الطبيب أو الممرض الممارس أو مساعد الطبيب* تحديد ما إذا لم يطرأ أي تغيير، أو ما إذا كان سيتم إبطال النموذج. يجب على ممارس الرعاية الصحية المعالج إبطال النموذج إذا سحب المريض أو الشخص الآخر المخوّل باتخاذ القرارات والمذكور في القسم (د) موافقته على أحد القرارات الواردة في نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة، أو إذا اعترض المريض على القرار.

حتى إذا لم تتم مراجعة نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة وتجديده خلال 90 يوماً، فإن آخر نموذج مستكمل سيظل ساري المفعول، ويجب الالتزام به.

إذا كان المريض متمتعاً بالأهلية لاتخاذ القرارات عندما وافق على قرار بحجب العلاج الداعم للحياة أو سحبه، فلا يجوز لوكيل الرعاية الصحية أو الشخص البديل تغيير القرار الذي سبق أن اتخذه المريض. إذا كان وكيل الرعاية الصحية أو الشخص البديل قد وافق على نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة هذا، فيمكن لوكيل الرعاية الصحية أو الشخص البديل مواصلة اتخاذ القرارات المتعلقة بحجب العلاج الداعم للحياة أو سحبه، استناداً إلى الحالة الصحية الحالية للمريض.

التاريخ/الوقت	اسم المراجع المكتوب بخط واضح وتوقيعه	موقع إجراء المراجعة	نتيجة المراجعة
			☐ لا تغيير ☐ إبطال النموذج واستكمال نموذج جديد ☐ إبطال النموذج دون استكمال نموذج جديد
			☐ لا تغيير ☐ إبطال النموذج واستكمال نموذج جديد ☐ إبطال النموذج دون استكمال نموذج جديد
			☐ لا تغيير ☐ إبطال النموذج واستكمال نموذج جديد ☐ إبطال النموذج دون استكمال نموذج جديد
			☐ لا تغيير ☐ إبطال النموذج واستكمال نموذج جديد ☐ إبطال النموذج دون استكمال نموذج جديد
			☐ لا تغيير ☐ إبطال النموذج واستكمال نموذج جديد ☐ إبطال النموذج دون استكمال نموذج جديد
			☐ لا تغيير ☐ إبطال النموذج واستكمال نموذج جديد ☐ إبطال النموذج دون استكمال نموذج جديد
			☐ لا تغيير ☐ إبطال النموذج واستكمال نموذج جديد ☐ إبطال النموذج دون استكمال نموذج جديد
			☐ لا تغيير ☐ إبطال النموذج واستكمال نموذج جديد ☐ إبطال النموذج دون استكمال نموذج جديد
			☐ لا تغيير ☐ إبطال النموذج واستكمال نموذج جديد ☐ إبطال النموذج دون استكمال نموذج جديد
			☐ لا تغيير ☐ إبطال النموذج واستكمال نموذج جديد ☐ إبطال النموذج دون استكمال نموذج جديد
			☐ لا تغيير ☐ إبطال النموذج واستكمال نموذج جديد ☐ إبطال النموذج دون استكمال نموذج جديد
			☐ لا تغيير ☐ إبطال النموذج واستكمال نموذج جديد ☐ إبطال النموذج دون استكمال نموذج جديد

*إذا كان هذا القرار يتعلق بمريض بالغ أو قاصر يعاني من إعاقة ذهنية أو نمائية (I/DD)، فيُرجى الرجوع إلى التعليمات الواردة في الصفحة الرابعة قبل المتابعة.

التعليمات العامة لاستكمال نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة

بالإضافة إلى نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة، وضعت إدارة الصحة في ولاية نيويورك (New York State Department of Health) ومكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية قوائم تحقق بالمطلوبات القانونية وتعليمات للمساعدة في استكمال هذا النموذج على النحو الصحيح. تهدف قوائم التحقق إلى مساعدة مقدمي الرعاية الصحية على استيفاء المتطلبات الأخلاقية والقانونية المرتبطة بالقرارات المتعلقة بالعلاج الداعم للحياة لجميع المرضى.

القوانين التي تنظم عملية اتخاذ القرارات للمرضى البالغين والقاصرين الذين تقرر أنهم يفتقرون إلى الأهلية لاتخاذ قرارات بشأن نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة هي: قانون توكيل الرعاية الصحية (Health Care Proxy Law) كما يرد في المادة C-29 من قانون الصحة العامة (Public Health Law, PHL)؛ وقانون قرارات الرعاية الصحية للأسرة (Family Health Care Decisions Act, FHCDCA) كما يرد في المادتين CC-29 و CCC-29 من قانون الصحة العامة؛ وقانون إجراءات محكمة الوصاية (Surrogate's Court Procedure Act, SCPA) كما يرد في المادة b-1750. يُوصى باستخدام قوائم التحقق الصادرة من إدارة الصحة بالولاية (ولكنها ليست إلزامية) لتيسير الامتثال للسليم للمطلوبات القانونية بموجب قوانين ولاية نيويورك للمرضى من جميع الأعمار. يجب استكمال "قائمة التحقق الصادرة من مكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية" قبل استكمال نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة لأي شخص بالغ أو قاصر يعاني من إعاقة ذهنية أو نمائية (I/DD)، ويفتقر إلى الأهلية لاتخاذ القرارات الطبية، وليس لديه توكيل للرعاية الصحية. يجب على جميع الشهود أن يشاهدوا شخصًا تقديم الموافقة، سواء كانت الموافقة شفوية أو كتابية.

يمكن العثور على تعليمات إدارة الصحة بالولاية وقوائم التحقق بالمطلوبات القانونية للمرضى البالغين على: www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/.

المرضى البالغون

بالنسبة إلى المرضى البالغين، توجد خمس قوائم تحقق مختلفة صادرة من إدارة الصحة بالولاية. يجب اختيار قائمة التحقق الصحيحة بناءً على أهلية المريض لاتخاذ القرارات الطبية ومكان تلقي الرعاية.

- **قائمة التحقق رقم 1** المرضى البالغون المتمتعون بالأهلية لاتخاذ القرارات الطبية، في أي مكان
- **قائمة التحقق رقم 2** المرضى البالغون غير المتمتعين بالأهلية لاتخاذ القرارات الطبية، ولديهم توكيل للرعاية الصحية، في أي مكان
- **قائمة التحقق رقم 3** المرضى البالغون في المستشفيات أو دور رعاية المحتضرين أو دور التمريض، غير المتمتعين بالأهلية لاتخاذ القرارات الطبية، وليس لديهم توكيل للرعاية الصحية، ويكون الشخص المخوّل باتخاذ القرار هو الشخص البديل المعين بموجب قانون قرارات الرعاية الصحية للأسرة.
- **قائمة التحقق رقم 4** المرضى البالغون في المستشفيات أو دور رعاية المحتضرين أو دور التمريض، غير المتمتعين بالأهلية لاتخاذ القرارات الطبية، وليس لديهم توكيل للرعاية الصحية، ولا يتوفر لهم أي شخص بديل من القائمة المحددة بموجب قانون قرارات الرعاية الصحية للأسرة
- **قائمة التحقق رقم 5** المرضى البالغون في المجتمع، غير المتمتعين بالأهلية لاتخاذ القرارات الطبية، وليس لديهم توكيل للرعاية الصحية

المرضى القاصرون الذين يتخذ شخص بديل عنهم القرارات بموجب قانون قرارات الرعاية الصحية للأسرة

- **قائمة التحقق رقم 6** المرضى القاصرين - المرضى القاصرون الذين تُتخذ القرارات المتعلقة برعايتهم بموجب قانون قرارات الرعاية الصحية للأسرة

*تعليمات إذا كانت الأوامر الطبية تخص مريضًا بالغًا أو قاصرًا يعاني من إعاقة ذهنية أو نمائية (I/DD)

تُعد "قائمة التحقق الخاصة بالمطلوبات القانونية لنموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة الصادرة من مكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية إلزامية لأي مريض من ذوي الإعاقة الذهنية أو النمائية، من أي عمر، يفترق إلى الأهلية لاتخاذ القرارات وليس لديه توكيل للرعاية الصحية، بغض النظر عن مكان إقامته. بالنسبة إلى المريض من ذوي الإعاقة الذهنية أو النمائية، يجب أن تظل "قائمة التحقق الخاصة بالمطلوبات القانونية لنموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة الصادرة من مكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية"، بعد استكمالها، مرفقة بنموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة الورقي/المطبوع حتى يظل النموذج ساريًا.

يختلف القانون المنظم لعملية اتخاذ القرارات بالنسبة إلى البالغين والقاصرين من ذوي الإعاقة الذهنية أو النمائية. يجب اتباع المادة b-1750 من قانون إجراءات محكمة الوصاية (SCPA) عند اتخاذ قرار بشأن شخص بالغ أو قاصر من ذوي الإعاقة الذهنية أو النمائية تقرر أنه يفترق إلى الأهلية وليس لديه توكيل للرعاية الصحية.

- لا يجوز توقيع القسمين (ها) و(واح) من هذا النموذج إلا من قبل طبيب، وليس ممرضًا ممارسًا أو مساعد طبيب.
- في القسمين (د) و(ز) من هذا النموذج، يجب أن يكون أحد الشهود هو الطبيب المعالج للشخص.
- لا يجوز إجراء المراجعة (المراجعات) الواردة في القسم (ط) من هذا النموذج إلا من قبل طبيب، وليس ممرضًا ممارسًا أو مساعد طبيب.
- يُعد استكمال "قائمة التحقق الخاصة بالمطلوبات القانونية لنموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة الصادرة من مكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية أو النمائية"، بما في ذلك إخطار بعض الأطراف المعنية وحسم أي اعتراضات، إلزاميًا قبل استكمال نموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة.
- تنطبق كل من "قائمة التحقق الخاصة بالمطلوبات القانونية لنموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة الصادرة من مكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية أو النمائية" وإجراءات المادة b-1750 من قانون إجراءات محكمة الوصاية على المرضى البالغين والقاصرين من ذوي الإعاقة الذهنية أو النمائية، بغض النظر عن أعمارهم أو أماكن إقامتهم.
- يجب إدراج القرارات المتعلقة بحجب العلاج الداعم للحياة (Life Sustaining Treatment, LST) أو سحبه بالنسبة إلى المرضى البالغين والقاصرين من ذوي الإعاقة الذهنية أو النمائية ووصفها بدقة في الخطوة 2 من "قائمة التحقق الخاصة بالمطلوبات القانونية لنموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة الصادرة من مكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية أو النمائية"، وذلك فقط بعد أن يكون الشخص البديل قد ناقش مع الطبيب المعالج للشخص حالته الطبية وخيارات العلاج الممكنة وأهداف الرعاية. تشترط المادة b-1750 من قانون إجراءات محكمة الوصاية أيضًا أن يقرر طبيب أن حالة المريض تستوفي معايير طبية محددة في وقت تقديم طلب حجب العلاج أو سحبه، بما في ذلك أن تقديم العلاج الداعم للحياة سيشكل عبئًا استثنائيًا على الشخص. ترد هذه المتطلبات في الخطوة 4 من "قائمة التحقق الخاصة بالمطلوبات القانونية لنموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة الصادرة من مكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية أو النمائية". يجب ألا تتضمن الحالة الطبية للمريض، لأغراض طلب حجب العلاج الداعم للحياة أو سحبه، تحت أي ظرف، اعتبار إعاقته الذهنية أو النمائية.
- **الفترة التجريبية للعلاج الداعم للحياة لمريض بالغ أو قاصر من ذوي الإعاقة الذهنية أو النمائية:** يتوقف تحديد ما إذا كان يلزم استكمال قائمة تحقق جديدة بعد عدم نجاح تجربة العلاج الداعم للحياة على معايير التجربة، كما هو محدد في الخطوة 2 من "قائمة التحقق الخاصة بالمطلوبات القانونية لنموذج الأوامر الطبية للعلاج الداعم للحياة الصادرة من مكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية أو النمائية". إذا كانت الفترة التجريبية غير محددة المدة، وقرر الشخص البديل المخوّل لاحقًا طلب سحب العلاج الداعم للحياة، فيلزم استكمال قائمة تحقق جديدة.
- إذا كان المريض يقيم في منشأة تابعة لمكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية أو نُقل منها، فتوجد متطلبات إضافية للشهادة عند إبرام توكيل للرعاية الصحية.

يمكن الاطلاع على التعليمات الكاملة وقوائم التحقق بالمطلوبات القانونية الخاصة بالمرضى البالغين والقاصرين من ذوي الإعاقات الذهنية أو النمائية على الموقع الإلكتروني:

www.opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions