

জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসার জন্য চিকিৎসকের নির্দেশ (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH

এটি জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসার জন্য চিকিৎসকের নির্দেশ সংক্রান্ত একটি ফর্ম। রোগীর বর্তমান শারীরিক অবস্থা, মূল্যবোধ এবং ইচ্ছার ওপর ভিত্তি করে একজন স্বাস্থ্যসেবা পেশাজীবীকে অবশ্যই MOLST ফর্মটি পূরণ করতে হবে। রোগী যদি চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে অক্ষম হন, তবে হেলথ কেয়ার এজেন্ট বা সারোগেটের সর্বোত্তম বোধগম্যতা অনুযায়ী নির্দেশগুলিতে রোগীর ইচ্ছার প্রতিফলন থাকতে হবে। চিকিৎসার নির্দেশ জারি করা স্বাস্থ্যসেবা অনুশীলনকারীকে অবশ্যই MOLST ফর্মে স্বাক্ষর করতে হবে। রোগী এক স্থান থেকে অন্য স্থানে স্থানান্তরিত হলেও সমস্ত স্বাস্থ্যসেবা পেশাজীবীকে অবশ্যই এই চিকিৎসকের নির্দেশগুলি মেনে চলতে হবে, যদি না কোনো স্বাস্থ্যসেবা অনুশীলনকারী রোগীকে পরীক্ষা করেন, নির্দেশগুলি পর্যালোচনা করেন এবং এই ফর্মটি বাতিল করেন। MOLST ফর্মটি পূরণ করার সাধারণ নির্দেশাবলী এই নথির 4 নম্বর পৃষ্ঠায় পাওয়া যাবে।

MOLST সাধারণত গুরুতর স্বাস্থ্য সমস্যায় আক্রান্ত রোগীদের জন্য প্রযোজ্য। রোগী বা অন্য কোনো সিদ্ধান্ত গ্রহণকারীর উচিত সেই চিকিৎসক, নার্স প্র্যাকটিশনার বা ফিজিশিয়ান অ্যাসিস্ট্যান্টের সাথে আলোচনা করা যিনি নির্দেশ জারি করবেন এবং তাদেরকে একটি MOLST ফর্ম পূরণ করার অনুরোধ জানানোর বিষয়টি বিবেচনা করা, যদি রোগী:

- যেকোনো বা সমস্ত জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসা গ্রহণ করা থেকে বিরত থাকতে বা তা গ্রহণ করতে চান।
- দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা কেন্দ্রে বসবাস করেন অথবা দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা সেবা গ্রহণের প্রয়োজন হয়।
- পরবর্তী এক বছরের মধ্যে মারা যেতে পারেন।

রোগীর যদি বুদ্ধিবৃত্তিক বা বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা (intellectual or developmental disability, I/DD) থাকে এবং সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতার অভাব থাকে, তবে অবশ্যই একজন চিকিৎসককে (নার্স প্র্যাকটিশনার বা ফিজিশিয়ান অ্যাসিস্ট্যান্ট নন) নির্দেশ জারি করতে হবে। চিকিৎসককে অবশ্যই বিশেষ পদ্ধতি অনুসরণ করতে হবে এবং MOLST ফর্মে স্বাক্ষর করার আগে পূরণ করা বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা থাকা ব্যক্তিদের জন্য অফিস (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD)-এর আইনী প্রয়োজনীয়তার চেকলিস্ট সংযুক্ত করতে হবে। এই ফর্মে একটি তারকাচিহ্নের (*) অর্থ:

*এই সিদ্ধান্তটি যদি বুদ্ধিবৃত্তিক বা বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা (I/DD) থাকা কোনো প্রাপ্তবয়স্ক বা অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হয়, তবে অগ্রসর হওয়ার আগে 4 নম্বর পৃষ্ঠার নির্দেশাবলী দেখুন।

পুনরুজ্জীবিত করার চেষ্টা না করা (DO-NOT-RESUSCITATE, DNR) এবং ইনটিউবেট না করা (DO-NOT-INTUBATE, DNI) সংক্রান্ত চিকিৎসকের নির্দেশ

বিভাগ A

রোগীর তথ্য

রোগীর পদবি/নাম/মধ্য নামের প্রথম অক্ষর

ঠিকানা/সিটি/স্টেট/ZIP

পছন্দসই ফোন নম্বর

জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)

eMOLST নম্বর, যদি প্রযোজ্য হয় (এটি কোনো eMOLST ফর্ম নয়)

আগেই সম্পন্ন হয়েছে বলে জানা থাকা সমস্ত অগ্রিম নির্দেশিকাগুলিতে টিকচিহ্ন দিন

☐ হেলথ কেয়ার প্রক্সি ☐ লিভিং উইল ☐ অঙ্গ দান ☐ মৌখিক অগ্রিম নির্দেশিকার নথিপত্র

বিভাগ B

রোগীর নাড়ির স্পন্দন না থাকলে এবং/অথবা শ্বাস-প্রশ্বাস না চললে পুনরুজ্জীবিত করার নির্দেশ

একটি নির্বাচন করুন:

- ☐ CPR-এর নির্দেশ: কার্ডিও-পালমোনারি রিসাসিটেশন (Cardio-Pulmonary Resuscitation, CPR) করার চেষ্টা করুন
- ☐ DNR নির্দেশ: পুনরুজ্জীবিত করার চেষ্টা করবেন না (স্বাভাবিক মৃত্যুর অনুমতি দিন)

বিভাগ C

রোগীর নাড়ির স্পন্দন থাকলে এবং শ্বাস-প্রশ্বাস চলতে থাকলে জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসার জন্য ইনটিউবেশনের নির্দেশ

শ্বাস-প্রশ্বাসের সহায়তা: নন-ইনভেসিভ ভেন্টিলেশন এবং/অথবা ইনটিউবেশন ও মেকানিক্যাল ভেন্টিলেশন

একটি নির্বাচন করুন:

- ☐ ইনটিউবেশন এবং দীর্ঘমেয়াদী মেকানিক্যাল ভেন্টিলেশন, ট্র্যাকিওস্টমি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে
- ☐ ইনটিউবেশন এবং/অথবা মেকানিক্যাল ভেন্টিলেশনের একটি পরীক্ষামূলক সময়কাল*
- ☐ ইনটিউবেট করবেন না (DNI): শুধুমাত্র নন-ইনভেসিভ ভেন্টিলেশন ব্যবহার
- ☐ ইনটিউবেট করবেন না (DNI) এবং নন-ইনভেসিভ ভেন্টিলেশন বা মেকানিক্যাল ভেন্টিলেশন ব্যবহার করবেন না

বিভাগ D

বিভাগ B এবং C-এর জন্য সম্মতি

সিদ্ধান্ত গ্রহণকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর

☐ শুধুমাত্র মৌখিক সম্মতির ক্ষেত্রে স্বাক্ষরের স্থানটি ফাঁকা রাখুন

☐ লিখিত সম্মতির ক্ষেত্রে উপরে স্বাক্ষর করুন

সিদ্ধান্ত গ্রহণকারী ব্যক্তিটি কে:

☐ রোগী ☐ হেলথ কেয়ার এজেন্ট ☐ প্রাপ্তবয়স্ক রোগীর ক্ষেত্রে FHCDA সারোগেট

☐ অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীর ক্ষেত্রে FHCDA সারোগেট ☐ I/DD আক্রান্ত প্রাপ্তবয়স্ক বা অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীর ক্ষেত্রে §1750-b সারোগেট

প্রথম সাক্ষীর স্পষ্ট অক্ষরে নাম*

সিদ্ধান্ত গ্রহণকারী ব্যক্তির স্পষ্ট অক্ষরে নাম

সম্মতির তারিখ/সময়

দ্বিতীয় সাক্ষীর স্পষ্ট অক্ষরে নাম

বিভাগ E

বিভাগ B এবং C-এর জন্য চিকিৎসক, নার্স প্র্যাকটিশনার, ফিজিশিয়ান অ্যাসিস্ট্যান্টের স্বাক্ষর

বিভাগ D-এর সম্মতি যদি বুদ্ধিবৃত্তিক বা বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা (I/DD) থাকা কোনো ব্যক্তির জন্য §1750-b সারোগেট দ্বারা প্রদান করা হয়ে থাকে, তবে শুধুমাত্র একজন চিকিৎসকই এই বিভাগে স্বাক্ষর করতে পারবেন এবং তা কেবলমাত্র I/DD থাকা ব্যক্তিদের জন্য OPWDD MOLST-এর আইনী প্রয়োজনীয়তার চেকলিস্ট (Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD) পূরণ ও সংযুক্ত করার পরেই করা যাবে।

স্বাক্ষর

স্পষ্ট অক্ষরে নাম

লাইসেন্স নম্বর

তারিখ/সময়

*এই সিদ্ধান্তটি যদি বুদ্ধিবৃত্তিক বা বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা (I/DD) থাকা কোনো প্রাপ্তবয়স্ক বা অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হয়, তবে 4 নম্বর পৃষ্ঠার নির্দেশাবলী দেখুন।

রোগীর নাম

জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসার জন্য অন্যান্য চিকিৎসকের নির্দেশ

বিভাগ F

জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসার জন্য অতিরিক্ত নির্দেশ

চিকিৎসা সংক্রান্ত নির্দেশিকা

একটি নির্বাচন করুন:

- ☐ চিকিৎসাগত হস্তক্ষেপে কোনো সীমাবদ্ধতা নেই
☐ সীমিত চিকিৎসাগত হস্তক্ষেপ, শুধুমাত্র নিচে বর্ণিত বিবরণ অনুযায়ী
☐ শুধুমাত্র স্বাচ্ছন্দ্য নিশ্চিত করার ব্যবস্থা। ব্যথা ও অন্যান্য উপসর্গ উপশম করার প্রাথমিক লক্ষ্য নিয়ে চিকিৎসা সেবা ও চিকিৎসা প্রদান করুন

ভবিষ্যতে হাসপাতালে ভর্তি/স্থানান্তর (একটি নির্বাচন করুন)

- ☐ চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন হলে হাসপাতালে পাঠান
☐ হাসপাতালে পাঠাবেন না, যদি না ব্যথা বা গুরুতর উপসর্গ অন্য কোনোভাবে নিয়ন্ত্রণ করা সম্ভব না হয়

কৃত্রিমভাবে প্রদত্ত পুষ্টি এবং তরল

ফিডিং টিউব

একটি নির্বাচন করুন: ☐ দীর্ঘমেয়াদী ফিডিং টিউব

☐ প্রয়োজনের সৃষ্টি হলে ব্যবহার বা সীমাবদ্ধতা নির্ধারণ করুন*

☐ কোনো ফিডিং টিউব নয়

শিরাপথে তরল

একটি নির্বাচন করুন: ☐ শিরাপথে তরল

☐ প্রয়োজনের সৃষ্টি হলে ব্যবহার বা সীমাবদ্ধতা নির্ধারণ করুন*

☐ শিরাপথে কোনো তরল নয়

অ্যান্টিবায়োটিক

একটি নির্বাচন করুন:

- ☐ সংক্রমণের চিকিৎসার জন্য অ্যান্টিবায়োটিক ব্যবহার করুন
☐ সংক্রমণ দেখা দিলে অ্যান্টিবায়োটিকের ব্যবহার বা সীমাবদ্ধতা নির্ধারণ করুন*
☐ অ্যান্টিবায়োটিক ব্যবহার করবেন না

ডায়ালাইসিস

একটি নির্বাচন করুন:

- ☐ কিডনি বিকল হওয়ার চিকিৎসায় ডায়ালাইসিস ব্যবহার করুন
☐ কিডনি বিকল হলে ব্যবহার বা সীমাবদ্ধতা নির্ধারণ করুন*
☐ ডায়ালাইসিস ব্যবহার করবেন না

অন্যান্য চিকিৎসকের নির্দেশ এবং নির্দেশাবলী (শুধুমাত্র চিকিৎসক, নার্স প্র্যাকটিশনার বা ফিজিশিয়ান অ্যাসিস্ট্যান্টের সাথে আলোচনা সাপেক্ষে। পরীক্ষামূলক চিকিৎসার জন্য নির্দেশাবলী এবং লক্ষ্য অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে*। অন্য কোনো আলোচনা না হয়ে থাকলে, কিছুই না লিখুন।)

বিভাগ G

বিভাগ F-এর জন্য সম্মতি

সিদ্ধান্ত গ্রহণকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর

- ☐ শুধুমাত্র মৌখিক সম্মতির ক্ষেত্রে স্বাক্ষরের স্থানটি ফাঁকা রাখুন
☐ লিখিত সম্মতির ক্ষেত্রে উপরে স্বাক্ষর করুন

সিদ্ধান্ত গ্রহণকারী ব্যক্তিটি কে:

- ☐ রোগী ☐ হেলথ কেয়ার এজেন্ট ☐ প্রাপ্তবয়স্ক রোগীর ক্ষেত্রে FHCDA সারোগেট
☐ অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীর ক্ষেত্রে FHCDA সারোগেট ☐ I/DD আক্রান্ত প্রাপ্তবয়স্ক বা অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীর ক্ষেত্রে §1750-b সারোগেট

সিদ্ধান্ত গ্রহণকারী ব্যক্তির স্পষ্ট অক্ষরে নাম

সম্মতির তারিখ/সময়

প্রথম সাক্ষীর স্পষ্ট অক্ষরে নাম*

দ্বিতীয় সাক্ষীর স্পষ্ট অক্ষরে নাম

বিভাগ H

বিভাগ F-এর জন্য চিকিৎসক, নার্স প্র্যাকটিশনার, ফিজিশিয়ান অ্যাসিস্ট্যান্টের স্বাক্ষর

বিভাগ G-এর সম্মতি যদি বুদ্ধিবৃত্তিক বা বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা (I/DD) থাকা কোনো ব্যক্তির জন্য §1750-b সারোগেট দ্বারা প্রদান করা হয়ে থাকে, তবে শুধুমাত্র একজন চিকিৎসকই এই বিভাগে স্বাক্ষর করতে পারবেন এবং তা কেবলমাত্র I/DD থাকা ব্যক্তিদের জন্য OPWDD MOLST-এর আইনী প্রয়োজনীয়তার চেকলিস্ট পূরণ ও সংযুক্ত করার পরেই করা যাবে।

স্বাক্ষর

স্পষ্ট অক্ষরে নাম

লাইসেন্স নম্বর

তারিখ/সময়

*এই সিদ্ধান্তটি যদি বুদ্ধিবৃত্তিক বা বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা (I/DD) থাকা কোনো প্রাপ্তবয়স্ক বা অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হয়, তবে 4 নম্বর পৃষ্ঠার নির্দেশাবলী দেখুন।

বিভাগ।

পর্যালোচনা ও নবায়ন

একজন চিকিৎসক, নার্স প্র্যাকটিশনার বা ফিজিশিয়ান অ্যাসিস্ট্যান্টকে* রোগীর শারীরিক অবস্থার ওপর ভিত্তি করে উপযুক্ততার জন্য কমপক্ষে প্রতি 90 দিন পর পর এই MOLST পর্যালোচনা করতে হবে। চিকিৎসা গ্রহণের জন্য রোগী এক স্থান থেকে অন্য স্থানে স্থানান্তরিত হলে, অথবা রোগীর স্বাস্থ্যের অবস্থার বড় ধরনের পরিবর্তন হলে (উন্নতি বা অবনতির ক্ষেত্রে), অথবা রোগী বা বিভাগ D-এ উল্লেখিত অন্য কোনো সিদ্ধান্ত গ্রহণকারী ব্যক্তি তাদের সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করলেও MOLST-টি অবশ্যই পর্যালোচনা করতে হবে। প্রতিটি পর্যালোচনার সময়, চিকিৎসক, নার্স প্র্যাকটিশনার বা ফিজিশিয়ান অ্যাসিস্ট্যান্টকে* নির্দেশ করতে হবে যে কোনো পরিবর্তন হয়নি, নাকি ফর্মটি বাতিল করা হয়েছে। রোগী বা বিভাগ D-এ উল্লেখিত অন্য কোনো সিদ্ধান্ত গ্রহণকারী ব্যক্তি যদি MOLST-এর কোনো সিদ্ধান্তের বিষয়ে তাদের সম্মতি প্রত্যাহার করেন অথবা রোগী যদি সেই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপত্তি জানান, তবে দায়িত্বপ্রাপ্ত অনুশীলনকারীকে অবশ্যই ফর্মটি বাতিল করতে হবে।

MOLST যদি 90 দিনের মধ্যে পর্যালোচনা এবং নবায়ন নাও করা হয়, তবুও সর্বশেষ সম্পন্ন করা MOLST বৈধ থাকবে এবং তা অবশ্যই অনুসরণ করতে হবে।

জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসা স্থগিত বা প্রত্যাহার করার সিদ্ধান্তে রোগী যখন সম্মতি দিয়েছিলেন তখন যদি তার সিদ্ধান্ত গ্রহণের সক্ষমতা থেকে থাকে, তবে রোগীর আগের নেওয়া সেই সিদ্ধান্ত একজন হেলথ কেয়ার এজেন্ট বা সারোগেট পরিবর্তন করতে পারবেন না। যদি কোনো হেলথ কেয়ার এজেন্ট বা সারোগেট এই MOLST-এ সম্মতি দিয়ে থাকেন, তবে হেলথ কেয়ার এজেন্ট বা সারোগেট রোগীর বর্তমান শারীরিক অবস্থার ওপর ভিত্তি করে জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসা স্থগিত বা প্রত্যাহার করার সিদ্ধান্ত নেওয়া অব্যাহত রাখতে পারবেন।

তারিখ/সময়	পর্যালোচনাকারীর স্পষ্ট অক্ষরে নাম এবং স্বাক্ষর	পর্যালোচনার স্থান	পর্যালোচনার ফলাফল
			☐ কোনো পরিবর্তন নেই ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, নতুন ফর্ম পূরণ করা হয়েছে ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, কোনো নতুন ফর্ম নেই
			☐ কোনো পরিবর্তন নেই ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, নতুন ফর্ম পূরণ করা হয়েছে ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, কোনো নতুন ফর্ম নেই
			☐ কোনো পরিবর্তন নেই ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, নতুন ফর্ম পূরণ করা হয়েছে ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, কোনো নতুন ফর্ম নেই
			☐ কোনো পরিবর্তন নেই ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, নতুন ফর্ম পূরণ করা হয়েছে ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, কোনো নতুন ফর্ম নেই
			☐ কোনো পরিবর্তন নেই ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, নতুন ফর্ম পূরণ করা হয়েছে ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, কোনো নতুন ফর্ম নেই
			☐ কোনো পরিবর্তন নেই ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, নতুন ফর্ম পূরণ করা হয়েছে ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, কোনো নতুন ফর্ম নেই
			☐ কোনো পরিবর্তন নেই ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, নতুন ফর্ম পূরণ করা হয়েছে ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, কোনো নতুন ফর্ম নেই
			☐ কোনো পরিবর্তন নেই ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, নতুন ফর্ম পূরণ করা হয়েছে ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, কোনো নতুন ফর্ম নেই
			☐ কোনো পরিবর্তন নেই ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, নতুন ফর্ম পূরণ করা হয়েছে ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, কোনো নতুন ফর্ম নেই
			☐ কোনো পরিবর্তন নেই ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, নতুন ফর্ম পূরণ করা হয়েছে ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, কোনো নতুন ফর্ম নেই
			☐ কোনো পরিবর্তন নেই ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, নতুন ফর্ম পূরণ করা হয়েছে ☐ ফর্ম বাতিল করা হয়েছে, কোনো নতুন ফর্ম নেই

*এই সিদ্ধান্তটি যদি বুদ্ধিবৃত্তিক বা বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা (I/DD) থাকা কোনো প্রাপ্তবয়স্ক বা অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হয়, তবে অগ্রসর হওয়ার আগে 4 নম্বর পৃষ্ঠার নির্দেশাবলী দেখুন।

MOLST পূরণ করার জন্য সাধারণ নির্দেশাবলী

MOLST ফর্মের পাশাপাশি, নিউ ইয়র্ক স্টেট স্বাস্থ্য বিভাগ (New York State Department of Health) এবং OPWDD যথাযথভাবে MOLST সম্পন্ন করতে সহায়তা করার জন্য আইনী প্রয়োজনীয়তার চেকলিস্ট এবং নির্দেশাবলী তৈরি করেছে। সকল রোগীর ক্ষেত্রে জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্তের সাথে সম্পর্কিত নৈতিক এবং আইনী প্রয়োজনীয়তা পূরণে চিকিৎসাসেবা প্রদানকারীদের সহায়তা করাই এই চেকলিস্টের উদ্দেশ্য।

প্রাপ্তবয়স্ক এবং অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগী যাদের MOLST সিদ্ধান্ত নেওয়ার সক্ষমতার অভাব রয়েছে বলে নির্ধারিত হয়েছে, তাদের সিদ্ধান্ত গ্রহণ প্রক্রিয়া পরিচালনাকারী আইনগত হেলথ কেয়ার প্রক্সি আইন (Health Care Proxy Law), জনস্বাস্থ্য আইন (Public Health Law, PHL) 29-C; ফ্যামিলি হেলথ কেয়ার ডিসিশনস অ্যাক্ট (Family Health Care Decisions Act, FHCA), PHL আর্টিকেল 29-CC ও CCC; এবং সারোগেটস কোর্ট প্রসিডিউর অ্যাক্ট (Surrogate's Court Procedure Act, SCPA), ধারা 1750-b। যেকোনো বয়সের রোগীর ক্ষেত্রে নিউ ইয়র্ক স্টেট আইনের অধীনে আইনী প্রয়োজনীয়তাগুলির যথাযথ অনুপালন সহজতর করতে স্টেট স্বাস্থ্য বিভাগের চেকলিস্টগুলির ব্যবহার সুপারিশ করা হয় (তবে এটি বাধ্যতামূলক নয়)। চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার সক্ষমতার অভাব রয়েছে এবং কোনো হেলথ কেয়ার প্রক্সি নেই এমন বুদ্ধিবৃত্তিক বা বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা (I/DD) থাকা যেকোনো প্রাপ্তবয়স্ক বা অপ্রাপ্তবয়স্কের জন্য MOLST সম্পন্ন করার আগে OPWDD চেকলিস্ট সম্পন্ন করা আবশ্যিক। মৌখিকভাবে বা লিখিতভাবে সম্মতি প্রদান করা হোক না কেন, সকল সাক্ষীকে অবশ্যই ব্যক্তিগতভাবে সম্মতি প্রদানের বিষয়টি প্রত্যক্ষ করতে হবে।

প্রাপ্তবয়স্ক রোগীদের জন্য স্টেট স্বাস্থ্য বিভাগের নির্দেশাবলী এবং আইনী প্রয়োজনীয়তার চেকলিস্টগুলি এখানে পাওয়া যাবে:

www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/

প্রাপ্তবয়স্ক রোগী

প্রাপ্তবয়স্ক রোগীদের জন্য, স্টেট স্বাস্থ্য বিভাগের পাঁচটি ভিন্ন ভিন্ন চেকলিস্ট রয়েছে। রোগীর সিদ্ধান্ত গ্রহণের সক্ষমতা এবং চিকিৎসা সেবার পরিস্থিতির ওপর ভিত্তি করে সঠিক চেকলিস্টটি নির্বাচন করা উচিত।

- **চেকলিস্ট #1** চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত গ্রহণের সক্ষমতা সম্পন্ন প্রাপ্তবয়স্ক রোগী - যেকোনো পরিস্থিতিতে
- **চেকলিস্ট #2** চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত গ্রহণের সক্ষমতাহীন প্রাপ্তবয়স্ক রোগী যাদের হেলথ কেয়ার প্রক্সি রয়েছে - যেকোনো পরিস্থিতিতে
- **চেকলিস্ট #3** হাসপাতাল, হাসপিস বা নার্সিং হোমের চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত গ্রহণের সক্ষমতাহীন প্রাপ্তবয়স্ক রোগী যাদের হেলথ কেয়ার প্রক্সি নেই, তাদের ক্ষেত্রে সিদ্ধান্ত গ্রহণকারী হলেন FHCA সারোগেট
- **চেকলিস্ট #4** হাসপাতাল, হাসপিস বা নার্সিং হোমের চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত গ্রহণের সক্ষমতাহীন প্রাপ্তবয়স্ক রোগী যাদের কোনো হেলথ কেয়ার প্রক্সি নেই এবং যাদের জন্য তালিকা থেকে কোনো FHCA সারোগেটও পাওয়া যায় না
- **চেকলিস্ট #5** কমিউনিটিতে থাকা চিকিৎসা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত গ্রহণের সক্ষমতাহীন প্রাপ্তবয়স্ক রোগী যাদের কোনো হেলথ কেয়ার প্রক্সি নেই

FHCA সারোগেট ব্যবহারকারী অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগী

- অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীদের জন্য চেকলিস্ট #6 - অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগী যাদের জন্য FHCA-এর অধীনে সিদ্ধান্ত নেওয়া হচ্ছে

*চিকিৎসকের নির্দেশটি যদি বুদ্ধিবৃত্তিক বা বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা (I/DD) সম্পন্ন কোনো প্রাপ্তবয়স্ক বা অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীর জন্য হয় তবে তার নির্দেশাবলী

সক্ষমতাহীন এবং হেলথ কেয়ার প্রক্সি নেই এমন যেকোনো বয়সের I/DD থাকা রোগীর ক্ষেত্রে তাদের বসবাসের পরিস্থিতি যাই হোক না কেন, OPWDD MOLST-এর আইনী প্রয়োজনীয়তার চেকলিস্ট আবশ্যিক। I/DD থাকা কোনো রোগীর ক্ষেত্রে, কাগজের/মুদ্রিত MOLST ফর্মটি বৈধ হওয়ার জন্য পূরণ করা OPWDD MOLST-এর আইনী প্রয়োজনীয়তার চেকলিস্টটি অবশ্যই তার সাথে সংযুক্ত থাকতে হবে।

I/DD থাকা প্রাপ্তবয়স্ক এবং অপ্রাপ্তবয়স্কদের সিদ্ধান্ত গ্রহণ প্রক্রিয়া পরিচালনাকারী আইন ভিন্ন। সক্ষমতাহীন বলে নির্ধারিত এবং হেলথ কেয়ার প্রক্সি নেই এমন I/DD থাকা কোনো প্রাপ্তবয়স্ক বা অপ্রাপ্তবয়স্কের জন্য সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে অবশ্যই সারোগেটস কোর্ট প্রসিডিউর অ্যাক্ট (SCPA)-এর ধারা 1750-b অনুসরণ করতে হবে।

- এই ফর্মের বিভাগ E এবং H-এ শুধুমাত্র একজন চিকিৎসক স্বাক্ষর করতে পারেন, কোনো নার্স প্র্যাকটিশনার বা ফিজিশিয়ান অ্যাসিস্ট্যান্ট নন।
- এই ফর্মের বিভাগ D এবং G-এ, একজন সাক্ষীকে অবশ্যই সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির চিকিৎসার দায়িত্বে থাকা চিকিৎসক হতে হবে।
- এই ফর্মের বিভাগ I-এর পর্যালোচনা(গুলি) শুধুমাত্র একজন চিকিৎসকই পরিচালনা করতে পারেন, কোনো নার্স প্র্যাকটিশনার বা ফিজিশিয়ান অ্যাসিস্ট্যান্ট নন।
- **MOLST সম্পন্ন করার আগে** I/DD থাকা ব্যক্তিদের জন্য OPWDD MOLST-এর আইনী প্রয়োজনীয়তার চেকলিস্ট সম্পন্ন করা বাধ্যতামূলক, যার মধ্যে নির্দিষ্ট পক্ষগুলিকে অবহিত করা এবং যেকোনো আপত্তির সমাধান করা অন্তর্ভুক্ত।
- I/DD থাকা ব্যক্তিদের জন্য OPWDD MOLST-এর আইনী প্রয়োজনীয়তার চেকলিস্ট এবং SCPA-এর 1750-b প্রক্রিয়া উভয়ই I/DD থাকা প্রাপ্তবয়স্ক এবং অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য, তাদের বয়স বা বসবাসের পরিস্থিতি যাই হোক না কেন।
- **I/DD থাকা প্রাপ্তবয়স্ক এবং অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীদের জন্য জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসা (Life-Sustaining Treatment, LST) স্থগিত বা প্রত্যাহার করার সিদ্ধান্তগুলি** অবশ্যই I/DD থাকা ব্যক্তিদের জন্য OPWDD MOLST-এর আইনী প্রয়োজনীয়তার চেকলিস্টের ধাপ 2-এ সুনির্দিষ্টভাবে তালিকাভুক্ত ও বর্ণনা করতে হবে এবং তা কেবলমাত্র সারোগেট কর্তৃক সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির চিকিৎসার দায়িত্বে থাকা চিকিৎসকের সাথে রোগীর শারীরিক অবস্থা, সম্ভাব্য চিকিৎসার বিকল্প এবং পরিচর্যার লক্ষ্য নিয়ে আলোচনার পরেই করা যাবে। SCPA 1750-b-এর অধীনে এও আবশ্যিক যে, চিকিৎসা স্থগিত বা প্রত্যাহার করার অনুরোধ জানানোর সময় দুজন চিকিৎসককে নির্ধারণ করতে হবে যে রোগীর অবস্থা নির্দিষ্ট চিকিৎসাগত মানদণ্ড পূরণ করে, যার মধ্যে জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসা প্রদান রোগীর জন্য অতিরিক্ত বোঝার কারণ হবে কিনা তাও অন্তর্ভুক্ত। এই প্রয়োজনীয়তাগুলি I/DD থাকা ব্যক্তিদের জন্য OPWDD MOLST-এর আইনী প্রয়োজনীয়তার চেকলিস্টের ধাপ 4-এ অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে। LST স্থগিত বা প্রত্যাহার করার অনুরোধের উদ্দেশ্যে রোগীর শারীরিক অবস্থা মূল্যায়ন করার সময় কখনই তাদের বুদ্ধিবৃত্তিক বা বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতার বিষয়টি বিবেচনায় আনা যাবে না।
- **I/DD থাকা প্রাপ্তবয়স্ক বা অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীর ক্ষেত্রে পরীক্ষামূলক চিকিৎসা:** LST-এর বার্থ পরীক্ষামূলক চিকিৎসার পর নতুন কোনো চেকলিস্টের প্রয়োজন হবে কিনা তা নির্ভর করে পরীক্ষার পরিমিতির ওপর, যা I/DD থাকা ব্যক্তিদের জন্য OPWDD MOLST-এর আইনী প্রয়োজনীয়তার চেকলিস্টের ধাপ 2-এ নির্দিষ্ট করা হয়েছে। পরীক্ষামূলক সময়কাল যদি অনির্দিষ্টকালের জন্য হয় এবং অনুমোদিত সারোগেট পরবর্তীতে LST প্রত্যাহারের অনুরোধ করার সিদ্ধান্ত নেন, তবে একটি নতুন চেকলিস্টের প্রয়োজন হবে।
- রোগী যদি OPWDD-এর কোনো প্রতিষ্ঠানে বসবাস করেন বা সেখান থেকে স্থানান্তরিত হয়ে থাকেন, তবে হেলথ কেয়ার প্রক্সি কার্যকর করার জন্য সাক্ষী রাখার অতিরিক্ত প্রয়োজনীয়তা রয়েছে।

বুদ্ধিবৃত্তিক বা বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতায়ুক্ত প্রাপ্তবয়স্ক এবং অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীদের জন্য সম্পূর্ণ নির্দেশাবলী এবং আইনী প্রয়োজনীয়তার চেকলিস্ট এখানে পাওয়া যাবে: www.opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions/