အသက်ဆက်ကုထုံးအတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်များ

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH

(Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST)

ဤသည်မှာ အသက်ဆက်ကုထုံးအတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်တစ်ခု ဖြစ်သည်။ လူနာ၏ လက်ရှိ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အခြေအနေ၊ တန်ဖိုးထားမှုများနှင့် ဆန္ဒများအပေါ် အခြေခံ၍ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပညာရှင်တစ်ဦးက MOLST ဖောင်ကို ဖြည့်စွက်ရမည်။ လူနာသည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များကို မချမှတ်နိုင်လျှင် ညွှန်ကြားချက်များသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အေးဂျင့် သို့မဟုတ် အစားထိုးဆုံးဖြတ်ပေးမည့်သူက အကောင်းဆုံး နားလည်ထားသည့် လူနာ၏ ဆန္ဒများကို ထင်ဟပ်ဖော်ပြရမည်။ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်များကို ထုတ်ပြန်ပေးသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဆေးပညာရှင်သည် MOLST ဖောင်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးရမည်။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဆေးပညာရှင်တစ်ဦးက လူနာကို စမ်းသပ်စစ်ဆေးပြီး ညွှန်ကြားချက်များကို ပြန်လည်သုံးသပ်ကာ ဤဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ခြင်း မပြုလုပ်လျှင် လူနာ တစ်နေရာမှ အခြားတစ်နေရာသို့ ပြောင်းရွှေ့သည့်အခါတိုင်း ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပညာရှင်များအားလုံးသည် ဤဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်များကို လိုက်နာရမည်။ MOLST ကို ဖြည့်စွက်ခြင်းအတွက် အထွေထွေ လမ်းညွှန်ချက်များကို ဤစာရွက်စာတမ်း၏ စာမျက်နှာ 4 တွင် တွေ့ရှိနိုင်ပါသည်။

ယေဘုယျအားဖြင့် MOLST သည် ပြင်းထန်သော ကျန်းမာရေး အခြေအနေများရှိသည့် လူနာများအတွက် ဖြစ်ပါသည်။ လူနာက အောက်ပါတို့ဖြစ်လျှင် လူနာ သို့မဟုတ် အခြား ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်သူသည် ညွှန်ကြားချက်များ ထုတ်ပြန်မည့် ဆရာဝန်၊ သူနာပြုဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆရာဝန်လက်ထောက်နှင့်အတူ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်သင့်ပြီး MOLST ဖောင် ဖြည့်စွက်ပေးရေးအတွက် ၎င်းတို့အား တောင်းဆိုရန် စဉ်းစားသင့်ပါသည်-

- အသက်ဆက်ကုထုံး တစ်ခုခု သို့မဟုတ် အားလုံးကို ရှောင်ရှားလိုခြင်း သို့မဟုတ် ခံယူလိုခြင်း။
- ရေရှည်စောင့်ရှောက်မှု ဌာနတွင် နေထိုင်ခြင်း သို့မဟုတ် ရေရှည်စောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများကို လိုအပ်ခြင်း။
- လာမည့်နှစ်အတွင်း ကွယ်လွန်နိုင်ခြေရှိခြင်း။

လူနာတွင် ဉာဏ်ရည် သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု (intellectual or developmental disability, I/DD) ရှိပြီး ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်စွမ်း မရှိလျှင် ဆရာဝန် (သူနာပြုဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆရာဝန်လက်ထောက် မဟုတ်ဘဲ) တစ်ဦးကသာ ညွှန်ကြားချက်များကို ထုတ်ပြန်ပေးရမည်။ ဆရာဝန်သည် အထူးလုပ်ထုံးလုပ်နည်းများကို လိုက်နာရမည်ဖြစ်ပြီး MOLST တွင် လက်မှတ်မရေးထိုးမီ ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းသူများအတွက် ရုံး (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) ၏ ဥပဒေရေးရာ သတ်မှတ်ချက်များ စစ်ဆေးရေးစာရင်း ဖြည့်စွက်ချက်ကို ပူးတွဲတင်ပြရမည်။ ဤဖောင်ရှိ ကြယ်ပွင့် (*) ၏ အဓိပ္ပာယ်မှာ-

*ဤဆုံးဖြတ်ချက်သည် ဉာဏ်ရည် သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု (I/DD) ရှိသော လူကြီး သို့မဟုတ် အရွယ်မရောက်သေးသူ လူနာတစ်ဦးနှင့် သက်ဆိုင်ပါက ရှေ့ဆက်မလုပ်ဆောင်မီ စာမျက်နှာ 4 ရှိ လမ်းညွှန်ချက်များကို ကိုးကားကြည့်ရှုပါ။

အသက်ကယ်ဆယ်ခြင်းမပြုရန် (DO-NOT-RESUSCITATE, DNR) နှင့် အသက်ရှုပိုက်မထည့်ရန် (DO-NOT-INTUBATE, DNI) ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်များ

အပိုင်း A — လူနာ၏ အချက်အလက်များ

လူနာ၏ နောက်ဆုံးအမည်စာလုံး/ပထမအမည်စာလုံး/အလယ်အမည်စာလုံး အစ

လိပ်စာ/မြို့/ပြည်နယ်/ZIP

ဦးစားပေး ဖုန်းနံပါတ်

မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/နှစ်)

eMOLST နံပါတ်၊ သက်ဆိုင်ပါက (ဤသည်မှာ eMOLST ဖောင် မဟုတ်ပါ)

ဖြည့်စွက်ထားကြောင်း သိရှိရသော ကြိုတင်မှာကြားချက်များအားလုံးကို အမှန်ခြစ်ပါ

☐ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ကိုယ်စားလှယ် ☐ ရှင်တမ်းစာ ☐ ကိုယ်အင်္ဂါလှူဒါန်းခြင်း ☐ နှုတ်ဖြင့် ကြိုတင်မှာကြားချက် စာရွက်စာတမ်း

အပိုင်း B — လူနာတွင် သွေးခုန်နှုန်း မရှိသည့်အခါ နှင့်/သို့မဟုတ် အသက်ရှူခြင်း မရှိသည့်အခါ အသက်ကယ်ဆယ်ခြင်းဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်များ

<u>တစ်ခု</u>ကို အမှန်ခြစ်ပါ-

☐ **CPR ညွှန်ကြားချက်- ရင်ခေါင်းဖိနှိပ် နှလုံးနှိုးဆွအသက်ကယ်ခြင်း (Cardio-Pulmonary Resuscitation, CPR) ကို ကြိုးစားလုပ်ဆောင်ပါ**

☐ **DNR ညွှန်ကြားချက်- အသက်ကယ်ဆယ်ခြင်း မပြုလုပ်ပါနှင့် (သဘာဝအတိုင်း သေဆုံးခွင့်ပေးပါ)**

အပိုင်း C — လူနာတွင် သွေးခုန်နှုန်းရှိပြီး အသက်ရှူနေသည့်အခါ အသက်ဆက်ကုထုံးအတွက် အသက်ရှူပိုက်ထည့်ခြင်းဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်များ

အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာ အထောက်အကူ- အသက်ရှူပိုက်မထည့်ဘဲ လေပေးစက်အသုံးပြုခြင်း နှင့်/သို့မဟုတ် အသက်ရှူပိုက်ထည့်ခြင်းနှင့် စက်ဖြင့် အသက်ရှူစေခြင်း

<u>တစ်ခု</u>ကို အမှန်ခြစ်ပါ-

☐ အသက်ရှူပိုက်ထည့်ခြင်းနှင့် ရေရှည် စက်ဖြင့် အသက်ရှူစေခြင်း၊ လည်ပင်းဖောက်၍ အသက်ရှူပိုက်ထည့်ခြင်း ပါဝင်နိုင်သည်

☐ အသက်ရှူပိုက်ထည့်ခြင်း နှင့်/သို့မဟုတ် စက်ဖြင့် အသက်ရှူစေခြင်း စမ်းသပ်ကာလ*

☐ အသက်ရှူပိုက်မထည့်ရန် (DNI)- အသက်ရှူပိုက်မထည့်ဘဲ လေပေးစက်အသုံးပြုခြင်းကိုသာ လုပ်ဆောင်ရန်

☐ အသက်ရှူပိုက်မထည့်ရန် (DNI) နှင့် အသက်ရှူပိုက်မထည့်ဘဲ လေပေးစက်အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် စက်ဖြင့် အသက်ရှူစေခြင်းတို့ကို အသုံးမပြုပါနှင့်

အပိုင်း D — အပိုင်း B နှင့် C အတွက် ခွင့်ပြုချက်

ဆုံးဖြတ်ချက်များချမှတ်သူ၏ လက်မှတ်

☐ နှုတ်ဖြင့် ခွင့်ပြုချက်အတွက်သာ၊ လက်မှတ်နေရာကို အလွတ်ထားခဲ့ပါ

☐ စာဖြင့် ခွင့်ပြုချက်၊ အထက်တွင် လက်မှတ်ထိုးပါ

ဆုံးဖြတ်ချက်များချမှတ်သူ၏ အမည်စာလုံးကြီးဖြင့် အပြည့်အစုံ

ခွင့်ပြုချက် ရက်စွဲ/အချိန်

ဆုံးဖြတ်ချက်များချမှတ်သူမှာ မည်သူနည်း-

☐ လူနာ ☐ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အေးဂျင့် ☐ လူကြီးအတွက် FHCDA ကိုယ်စားလှယ်

☐ အရွယ်မရောက်သေးသူအတွက် FHCDA ကိုယ်စားလှယ် ☐ I/DD ရှိသော လူကြီး သို့မဟုတ် အရွယ်မရောက်သေးသူအတွက် §1750-b ကိုယ်စားလှယ်

ပထမသက်သေ၏ အမည်စာလုံးကြီးဖြင့် အပြည့်အစုံ*

ဒုတိယသက်သေ၏ အမည်စာလုံးကြီးဖြင့် အပြည့်အစုံ

အပိုင်း E — အပိုင်း B နှင့် C အတွက် ဆရာဝန်၊ သူနာပြုဆရာဝန်၊ ဆရာဝန်လက်ထောက်၏ လက်မှတ်

အပိုင်း D ပါ ခွင့်ပြုချက်ကို ဉာဏ်ရည် သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု (I/DD) ရှိသူတစ်ဦးအတွက် §1750-b ကိုယ်စားလှယ်က ပေးအပ်ခဲ့ခြင်းဖြစ်လျှင် ဤအပိုင်းကို ဆရာဝန်တစ်ဦးကသာ လက်မှတ်ရေးထိုးနိုင်ပြီး၊ OPWDD MOLST ဆိုင်ရာ I/DD ရှိသူများအတွက် ဥပဒေရေးရာ သတ်မှတ်ချက်များ စစ်ဆေးရေးစာရင်း (Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD) ကို အပြည့်အစုံ ဖြည့်စွက်၍ ပူးတွဲတင်ပြပြီးမှသာ လက်မှတ်ရေးထိုးရမည်။

လက်မှတ်

အမည်စာလုံးကြီးဖြင့် အပြည့်အစုံ

လိုင်စင်နံပါတ်

ရက်စွဲ/အချိန်

***ဤဆုံးဖြတ်ချက်သည် ဉာဏ်ရည် သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု (I/DD) ရှိသော လူကြီး သို့မဟုတ် အရွယ်မရောက်သေးသူ လူနာတစ်ဦးနှင့် သက်ဆိုင်ပါက စာမျက်နှာ 4 ရှိ လမ်းညွှန်ချက်များကို ကိုးကားကြည့်ရှုပါ။**

လူနာအမည် ____________________

အသက်ဆက်ကုထုံးအတွက် အခြား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်များ

အပိုင်း F — အသက်ဆက်ကုထုံးအတွက် ထပ်ဆောင်း ညွှန်ကြားချက်များ

ကုသရေးလမ်းညွှန်ချက်များ

<u>တစ်ခု</u>ကို အမှန်ခြစ်ပါ-

- ☐ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အရေးယူကုသမှုများအပေါ် ကန့်သတ်ချက် မရှိပါ
- ☐ ကန့်သတ်ထားသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အရေးယူကုသမှုများ၊ အောက်တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်းသာ
- ☐ သက်သောင့်သက်သာရှိစေမည့် အစီအမံများသာ။ နာကျင်မှုနှင့် အခြား ရောဂါလက္ခဏာများကို သက်သာစေရန် အဓိက ရည်ရွယ်၍ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုနှင့် ကုသမှုကို ပေးအပ်ပါ

အနာဂတ်တွင် ဆေးရုံတင်ခြင်း/လွှဲပြောင်းခြင်း (တစ်ခုကို အမှန်ခြစ်ပါ)

- ☐ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သည့်အခါ ဆေးရုံသို့ ပို့ဆောင်ပါ
- ☐ နာကျင်မှု သို့မဟုတ် ပြင်းထန်သော ရောဂါလက္ခဏာများကို အခြားနည်းလမ်းဖြင့် ထိန်းချုပ်နေနိုင်လျှင် ဆေးရုံသို့ မပို့ဆောင်ပါနှင့်

ပြင်ပနည်းလမ်းဖြင့် အာဟာရနှင့် ရေဓာတ် ဖြည့်တင်းပေးခြင်း

အစာပိုက်

<u>တစ်ခု</u>ကို အမှန်ခြစ်ပါ-

- ☐ ရေရှည် အစာပိုက်
- ☐ လိုအပ်လာပါက အသုံးပြုရန် သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ရန် ဆုံးဖြတ်ပါ*
- ☐ အစာပိုက် မသုံးရန်

အကြောဆေး အရည်များ

<u>တစ်ခု</u>ကို အမှန်ခြစ်ပါ-

- ☐ အကြောဆေး အရည်များ
- ☐ လိုအပ်လာပါက အသုံးပြုရန် သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ရန် ဆုံးဖြတ်ပါ*
- ☐ အကြောဆေး အရည်များ မသုံးရန်

ပဋိဇီဝဆေးများ

<u>တစ်ခု</u>ကို အမှန်ခြစ်ပါ-

- ☐ ရောဂါကူးစက်မှုများကို ကုသရန် ပဋိဇီဝဆေးများကို အသုံးပြုပါ
- ☐ ရောဂါကူးစက်မှု ဖြစ်ပွားသည့်အခါ ပဋိဇီဝဆေးများကို အသုံးပြုရန် သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ရန် ဆုံးဖြတ်ပါ*
- ☐ ပဋိဇီဝဆေးများကို အသုံးမပြုပါနှင့်

ကျောက်ကပ်ဆေးခြင်း

<u>တစ်ခု</u>ကို အမှန်ခြစ်ပါ-

- ☐ ကျောက်ကပ်ပျက်စီးမှုကို ကုသရန် ကျောက်ကပ်ဆေးခြင်းကို အသုံးပြုပါ
- ☐ ကျောက်ကပ်ပျက်စီးမှု ဖြစ်ပွားသည့်အခါ အသုံးပြုရန် သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ရန် ဆုံးဖြတ်ပါ*
- ☐ ကျောက်ကပ်ဆေးခြင်းကို အသုံးမပြုပါနှင့်

အခြား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်များနှင့် လမ်းညွှန်ချက်များ (ဆရာဝန်၊ သူနာပြုဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆရာဝန်လက်ထောက်နှင့် ဆွေးနွေးထားသည့်အတိုင်းသာ။ စမ်းသပ်ကာလများအတွက် လမ်းညွှန်ချက်များနှင့် ရည်မှန်းချက်များ ပါဝင်နိုင်ပါသည်*။ အခြားတစ်ခုခုကိုမျှ ဆွေးနွေးထားခြင်း မရှိပါက မရှိ ဟု ရေးပါ။)

____

အပိုင်း G — အပိုင်း F အတွက် ခွင့်ပြုချက်

____
ဆုံးဖြတ်ချက်များချမှတ်သူ၏ လက်မှတ်

____
ဆုံးဖြတ်ချက်များချမှတ်သူ၏ အမည်စာလုံးကြီးဖြင့် အပြည့်အစုံ

- ☐ နှုတ်ဖြင့် ခွင့်ပြုချက်အတွက်သာ၊ လက်မှတ်နေရာကို အလွတ်ထားခဲ့ပါ
- ☐ စာဖြင့် ခွင့်ပြုချက်၊ အထက်တွင် လက်မှတ်ထိုးပါ

____
ခွင့်ပြုချက် ရက်စွဲ/အချိန်

ဆုံးဖြတ်ချက်များချမှတ်သူမှာ မည်သူနည်း-

☐ လူနာ ☐ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အေးဂျင့် ☐ လူကြီးအတွက် FHCDA ကိုယ်စားလှယ်
☐ အရွယ်မရောက်သေးသူအတွက် FHCDA ကိုယ်စားလှယ် ☐ I/DD ရှိသော လူကြီး သို့မဟုတ် အရွယ်မရောက်သေးသူအတွက် §1750-b ကိုယ်စားလှယ်

____
ပထမသက်သေ၏ အမည်စာလုံးကြီးဖြင့် အပြည့်အစုံ*

____
ဒုတိယသက်သေ၏ အမည်စာလုံးကြီးဖြင့် အပြည့်အစုံ

အပိုင်း H — အပိုင်း F အတွက် ဆရာဝန်၊ သူနာပြုဆရာဝန်၊ ဆရာဝန်လက်ထောက်၏ လက်မှတ်

အပိုင်း G ပါ ခွင့်ပြုချက်ကို ဉာဏ်ရည် သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု (I/DD) ရှိသူတစ်ဦးအတွက် §1750-b ကိုယ်စားလှယ်က ပေးအပ်ခဲ့ခြင်းဖြစ်လျှင် ဤအပိုင်းကို ဆရာဝန်တစ်ဦးကသာ လက်မှတ်ရေးထိုးနိုင်ပြီး၊ OPWDD MOLST ဆိုင်ရာ I/DD ရှိသူများအတွက် ဥပဒေရေးရာ သတ်မှတ်ချက်များ စစ်ဆေးရေးစာရင်း ကို အပြည့်အစုံ ဖြည့်စွက်၍ ပူးတွဲတင်ပြပြီးမှသာ လက်မှတ်ရေးထိုးရမည်။

____
လက်မှတ်

____
အမည်စာလုံးကြီးဖြင့် အပြည့်အစုံ

____
လိုင်စင်နံပါတ်

____
ရက်စွဲ/အချိန်

***ဤဆုံးဖြတ်ချက်သည် ဉာဏ်ရည် သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု (I/DD) ရှိသော လူကြီး သို့မဟုတ် အရွယ်မရောက်သေးသူ လူနာတစ်ဦးနှင့် သက်ဆိုင်ပါက စာမျက်နှာ 4 ရှိ လမ်းညွှန်ချက်များကို ကိုးကားကြည့်ရှုပါ။**

လူနာအမည်

အပိုင်း I — ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်းနှင့် သက်တမ်းတိုးခြင်း

ဆရာဝန်၊ သူနာပြုဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆရာဝန်လက်ထောက်* တစ်ဦးသည် လူနာ၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အခြေအနေအပေါ် အခြေခံ၍ ဤ MOLST ၏ သင့်လျော်မှုရှိ၊ မရှိကို အနည်းဆုံး ရက်ပေါင်း ၉၀ လျှင် တစ်ကြိမ် ပြန်လည်သုံးသပ်ရမည်။ လူနာသည် ကုသစောင့်ရှောက်မှုခံယူရန် တစ်နေရာမှ အခြားတစ်နေရာသို့ ပြောင်းရွှေ့လျှင်၊ လူနာ၏ ကျန်းမာရေးအခြေအနေတွင် ကြီးမားသော ပြောင်းလဲမှု (ပိုမိုကောင်းမွန်သက်သာလာသည်ဖြစ်စေ၊ ပိုမိုဆိုးရွားလာသည်ဖြစ်စေ) ရှိလာလျှင်၊ သို့မဟုတ် လူနာ သို့မဟုတ် အပိုင်း D တွင် အမည်ဖော်ပြထားသော အခြား ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်သူက စိတ်ပြောင်းသွားလျှင်လည်း ဤ MOLST ကို ပြန်လည်သုံးသပ်ရမည်။ ပြန်လည်သုံးသပ်မှုပြုလုပ်တိုင်း ဆရာဝန်၊ သူနာပြုဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆရာဝန်လက်ထောက်*သည် အပြောင်းအလဲ ရှိ၊ မရှိ သို့မဟုတ် ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ခြင်း ရှိ၊ မရှိ ဖော်ပြပေးရမည်။ လူနာ သို့မဟုတ် အပိုင်း D တွင် အမည်ဖော်ပြထားသော အခြား ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်သူက MOLST ပါ ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုအပေါ် ၎င်း၏ ခွင့်ပြုချက်ကို ရုပ်သိမ်းလျှင် သို့မဟုတ် လူနာက ထိုဆုံးဖြတ်ချက်ကို ကန့်ကွက်လျှင် တာဝန်ခံဆေးပညာရှင်သည် ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ရမည်။

ရက်ပေါင်း ၉၀ အတွင်း MOLST ကို ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်းနှင့် သက်တမ်းတိုးခြင်း မပြုလုပ်သော်ငြားလည်း နောက်ဆုံး ဖြည့်စွက်ထားသော MOLST သည် တရားဝင် ဆက်လက်တည်ရှိနေမည်ဖြစ်ပြီး ၎င်းကို လိုက်နာရမည်။

အသက်ဆက်ကုထုံးကို ဆိုင်းငံ့ရန် သို့မဟုတ် ရပ်ဆိုင်းရန် ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ခွင့်ပြုစဉ်တွင် လူနာ၌ ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်းရှိခဲ့လျှင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အေးဂျင့် သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်သည် လူနာ ချမှတ်ထားပြီးဖြစ်သော ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ပြောင်းလဲ၍ မရနိုင်ပါ။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အေးဂျင့် သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်က ဤ MOLST ကို ခွင့်ပြုပေးခဲ့လျှင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အေးဂျင့် သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်သည် လူနာ၏ လက်ရှိ ကျန်းမာရေး အခြေအနေအပေါ် အခြေခံ၍ အသက်ဆက်ကုထုံးကို ဆိုင်းငံ့ရန် သို့မဟုတ် ရပ်ဆိုင်းရန် ဆုံးဖြတ်ချက်များကို ဆက်လက်ချမှတ်နိုင်ပါသည်။

ရက်စွဲ/အချိန်	ပြန်လည်သုံးသပ်သူ၏ ပုံနှိပ်သုံး အမည်အပြည့်အစုံနှင့် လက်မှတ်	ပြည်လည်သုံးသပ်မှုပြုလုပ်သည့် တည်နေရာ	ပြည်လည်သုံးသပ်မှု၏ ရလဒ်
			☐ ပြောင်းလဲမှု မရှိ ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် ဖြည့်စွက်ခဲ့သည် ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် မရှိပါ
			☐ ပြောင်းလဲမှု မရှိ ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် ဖြည့်စွက်ခဲ့သည် ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် မရှိပါ
			☐ ပြောင်းလဲမှု မရှိ ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် ဖြည့်စွက်ခဲ့သည် ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် မရှိပါ
			☐ ပြောင်းလဲမှု မရှိ ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် ဖြည့်စွက်ခဲ့သည် ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် မရှိပါ
			☐ ပြောင်းလဲမှု မရှိ ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် ဖြည့်စွက်ခဲ့သည် ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် မရှိပါ
			☐ ပြောင်းလဲမှု မရှိ ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် ဖြည့်စွက်ခဲ့သည် ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် မရှိပါ
			☐ ပြောင်းလဲမှု မရှိ ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် ဖြည့်စွက်ခဲ့သည် ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် မရှိပါ
			☐ ပြောင်းလဲမှု မရှိ ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် ဖြည့်စွက်ခဲ့သည် ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် မရှိပါ
			☐ ပြောင်းလဲမှု မရှိ ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် ဖြည့်စွက်ခဲ့သည် ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် မရှိပါ
			☐ ပြောင်းလဲမှု မရှိ ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် ဖြည့်စွက်ခဲ့သည် ☐ ဖောင်ကို ပယ်ဖျက်ပြီး ဖောင်အသစ် မရှိပါ

***ဤဆုံးဖြတ်ချက်သည် ဉာဏ်ရည် သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု (I/DD) ရှိသော လူကြီး သို့မဟုတ် အရွယ်မရောက်သေးသူ လူနာတစ်ဦးနှင့် သက်ဆိုင်ပါက ရှေ့ဆက်မလုပ်ဆောင်မီ စာမျက်နှာ 4 ရှိ လမ်းညွှန်ချက်များကို ကိုးကားကြည့်ရှုပါ။**

အသိပညာပေးရန်အတွက်သာ

MOLST ဖောင် ဖြည့်စွက်ခြင်းအတွက် အထွေထွေ လမ်းညွှန်ချက်များ

MOLST ဖောင်အပြင်၊ MOLST ကို မှန်ကန်စွာ ဖြည့်စွက်ရာတွင် ကူညီပေးနိုင်ရန် နယူးယောက်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန (New York State Department of Health) နှင့် OPWDD တို့သည် ဥပဒေရေးရာ သတ်မှတ်ချက်များ စစ်ဆေးရေးစာရင်းများနှင့် လမ်းညွှန်ချက်များကို ရေးဆွဲထားပါသည်။ အဆိုပါ စစ်ဆေးရေးစာရင်းများသည် လူနာအားလုံးအတွက် အသက်ဆက်ကုထုံးဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များနှင့်သက်ဆိုင်သည့် ကျင့်ဝတ်နှင့် ဥပဒေရေးရာ သတ်မှတ်ချက်များကို ပြည့်မီစေရန် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများအား ကူညီပေးနိုင်ရန် ရည်ရွယ်ပါသည်။

MOLST ဆုံးဖြတ်ချက်များကို ချမှတ်နိုင်စွမ်းမရှိဟု သတ်မှတ်ခံရသော လူကြီးနှင့် လူမမယ် လူနာများအတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်ခြင်း လုပ်ငန်းစဉ်ကို လွှမ်းမိုးအုပ်ချုပ်သော ဥပဒေများမှာ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ် ဥပဒေ (Health Care Proxy Law)၊ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဥပဒေ (Public Health Law, PHL) 29-C၊ မိသားစု ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်များဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေ (Family Health Care Decisions Act, FHCDA)၊ PHL ပုဒ်မ 29-CC နှင့် CCC၊ နှင့် ကိုယ်စားလှယ်ခန့်အပ်ခြင်းဆိုင်ရာ တရားရုံးလုပ်ထုံးလုပ်နည်း အက်ဥပဒေ (Surrogate's Court Procedure Act, SCPA)၊ ပုဒ်မ 1750-b တို့ ဖြစ်ကြပါသည်။ အသက်အရွယ်မရွေး လူနာတိုင်းအတွက် နယူးယောက်ပြည်နယ် ဥပဒေအရ ဥပဒေရေးရာ သတ်မှတ်ချက်များကို မှန်ကန်စွာ လိုက်နာဆောင်ရွက်ရာတွင် အဆင်ပြေချောမွေ့စေရန် ပြည်နယ်ကျန်းမာရေးဌာန၏ စစ်ဆေးရေးစာရင်းများကို အသုံးပြုရန် အကြံပြုထားပါသည် (သို့သော် မဖြစ်မနေ လိုအပ်ချက် မဟုတ်ပါ)။ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များကို ချမှတ်နိုင်စွမ်းမရှိဘဲ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ်မရှိသည့် ဉာဏ်ရည် သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု (I/DD) ရှိသော လူကြီး သို့မဟုတ် လူမမယ် တစ်ဦးဦးအတွက် MOLST ဖောင်ကို မဖြည့်စွက်မီ OPWDD စစ်ဆေးရေးစာရင်း ဖြည့်စွက်ခြင်းကို မဖြစ်မနေ လုပ်ဆောင်ရပါမည်။ သက်သေအားလုံးသည် နှုတ်ဖြင့်ဖြစ်စေ၊ စာဖြင့်ရေးသား၍ဖြစ်စေ ခွင့်ပြုချက်ပေးအပ်ခြင်းကို ကိုယ်တိုင် မျက်မြင်တွေ့ရှိရပါမည်။

လူကြီးလူနာများအတွက် ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန၏ လမ်းညွှန်ချက်များနှင့် ဥပဒေရေးရာ သတ်မှတ်ချက်များ စစ်ဆေးရေးစာရင်းများကို- www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/ တွင် တွေ့ရှိနိုင်ပါသည်။

လူကြီးလူနာများ

လူကြီးလူနာများအတွက် ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန၏ မတူညီသော စစ်ဆေးရေးစာရင်း ငါးခု ရှိပါသည်။ လူနာ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်စွမ်းနှင့် နောက်ခံအခြေအနေအပေါ် အခြေခံ၍ မှန်ကန်သော စစ်ဆေးရေးစာရင်းကို ရွေးချယ်သင့်ပါသည်။

- **စစ်ဆေးရေးစာရင်း #1** ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်စွမ်းရှိသော လူကြီးလူနာများ - မည်သည့် နောက်ခံအခြေအနေတွင်မဆို
- **စစ်ဆေးရေးစာရင်း #2** ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်စွမ်းမရှိဘဲ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကိုယ်စားလှယ်ရှိသော လူကြီးလူနာများ - မည်သည့် နောက်ခံအခြေအနေတွင်မဆို
- **စစ်ဆေးရေးစာရင်း #3** ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်စွမ်းမရှိဘဲ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ်မရှိသော၊ ဆုံးဖြတ်ချက်ချပေးသူမှာ FHCDA ကိုယ်စားလှယ်ဖြစ်သော ဆေးရုံ၊ နာတာရှည်လူနာ စောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာ သို့မဟုတ် ဘိုးဘွားရိပ်သာတို့ရှိ လူကြီးလူနာများ
- **စစ်ဆေးရေးစာရင်း #4** ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်စွမ်းမရှိဘဲ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ်မရှိသော၊ စာရင်းထဲရှိ FHCDA ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးကိုမျှ မရနိုင်သော ဆေးရုံ၊ နာတာရှည်လူနာ စောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာ သို့မဟုတ် ဘိုးဘွားရိပ်သာတို့ရှိ လူကြီးလူနာများ
- စစ်ဆေးရေးစာရင်း #5 ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်စွမ်းမရှိဘဲ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ်မရှိသော လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းအတွင်းရှိ လူကြီးလူနာများ

FHCDA ကိုယ်စားလှယ်ကို အသုံးပြုသော လူမမယ်လူနာများ

- လူမမယ်လူနာများအတွက် **စစ်ဆေးရေးစာရင်း #6** – FHCDA နှင့်အညီ ဆုံးဖြတ်ချက်များ ချမှတ်ပေးခြင်းကို ခံယူသော လူမမယ်လူနာများ

*ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်များသည် ဉာဏ်ရည် သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု (I/DD) ရှိသော လူကြီး သို့မဟုတ် လူမမယ် လူနာတစ်ဦးအတွက် ဖြစ်လျှင် လမ်းညွှန်ချက်များ

နေထိုင်ရာ နောက်ခံအခြေအနေ မည်သို့ပင်ရှိစေကာမူ ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်စွမ်းမရှိဘဲ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ်လည်းမရှိသော I/DD ရှိသည့် အသက်အရွယ်မရွေး လူနာတိုင်းအတွက် **OPWDD MOLST ဆိုင်ရာ ဥပဒေရေးရာ သတ်မှတ်ချက်များ စစ်ဆေးရေးစာရင်း**ကို မဖြစ်မနေ လိုအပ်ပါသည်။ **I/DD ရှိသော လူနာတစ်ဦးအတွက် MOLST ဖောင် တရားဝင်ဖြစ်စေရန် ဖြည့်စွက်ပြီးသော OPWDD MOLST ဆိုင်ရာ ဥပဒေရေးရာ သတ်မှတ်ချက်များ စစ်ဆေးရေးစာရင်းကို စာရွက်ဖြင့်ဖြစ်သော/ပရင့်ထုတ်ထားသော ၎င်းဖောင်နှင့်အတူ ပူးတွဲဖော်ပြရမည်။**

I/DD ရှိသော လူကြီးများနှင့် လူမမယ်များအတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်ခြင်း လုပ်ငန်းစဉ်ကို လွှမ်းမိုးအုပ်ချုပ်သော ဥပဒေမှာ ကွဲပြားပါသည်။ ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်စွမ်းမရှိဟု သတ်မှတ်ခံရပြီး ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ်မရှိသည့် I/DD ရှိသော လူကြီး သို့မဟုတ် လူမမယ်အတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်သည့်အခါ ကိုယ်စားလှယ်ခန့်အပ်ခြင်းဆိုင်ရာ တရားရုံးလုပ်ထုံးလုပ်နည်း အက်ဥပဒေ (SCPA) ပုဒ်မ 1750-b ကို လိုက်နာရပါမည်။

- **ဤဖောင်၏ အပိုင်း E နှင့် H ကို ဆရာဝန်တစ်ဦးကသာ လက်မှတ်ရေးထိုးနိုင်ပြီး၊** သူနာပြုဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆရာဝန်လက်ထောက်က လက်မှတ်ရေးထိုး၍ မရနိုင်ပါ။
- ဤဖောင်၏ အပိုင်း D နှင့် G ရှိ **သက်သေတစ်ဦးသည် လူနာအား ကုသပေးနေသော ဆရာဝန်ဖြစ်ရပါမည်။**
- **ဤဖောင်၏ အပိုင်း I ပါ ပြန်လည်သုံးသပ်မှု(များ)ကို ဆရာဝန်တစ်ဦးကသာ ဆောင်ရွက်နိုင်ပြီး၊** သူနာပြုဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆရာဝန်လက်ထောက်က ဆောင်ရွက်၍ မရနိုင်ပါ။
- သက်ဆိုင်ရာ ပုဂ္ဂိုလ်အချို့ထံ အသိပေးအကြောင်းကြားခြင်းနှင့် ကန့်ကွက်မှုတစ်စုံတစ်ရာကို ဖြေရှင်းခြင်း အပါအဝင် I/DD ရှိသူများအတွက် OPWDD MOLST ဆိုင်ရာ ဥပဒေရေးရာ သတ်မှတ်ချက်များ စစ်ဆေးရေးစာရင်းကို ဖြည့်စွက်ခြင်းသည် **MOLST ဖောင် မဖြည့်စွက်မီ မဖြစ်မနေ လုပ်ဆောင်ရမည့်အရာ ဖြစ်ပါသည်။**
- I/DD ရှိသူများအတွက် OPWDD MOLST ဆိုင်ရာ ဥပဒေရေးရာ သတ်မှတ်ချက်များ စစ်ဆေးရေးစာရင်းနှင့် SCPA 1750-b လုပ်ငန်းစဉ် နှစ်ခုစလုံးသည် **လူနာများ၏ အသက်အရွယ် သို့မဟုတ် နေထိုင်ရာ နောက်ခံအခြေအနေကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားခြင်းမပြုဘဲ** I/DD ရှိသော လူကြီးနှင့် လူမမယ်လူနာများနှင့် သက်ဆိုင်ပါသည်။
- **I/DD ရှိသော လူကြီးနှင့် လူမမယ်လူနာများအတွက် အသက်ဆက်ကုထုံး (Life sustaining treatment, LST) ကို ဆိုင်းငံ့ရန် သို့မဟုတ် ရပ်ဆိုင်းရန် ဆုံးဖြတ်ချက်များကို** I/DD ရှိသူများအတွက် OPWDD MOLST ဆိုင်ရာ ဥပဒေရေးရာ သတ်မှတ်ချက်များ စစ်ဆေးရေးစာရင်း၏ အဆင့် 2 တွင် တိကျစွာ စာရင်းသွင်း၍ ဖော်ပြရပါမည်၊ ၎င်းအပြင် ကိုယ်စားလှယ်သည် လူနာအား ကုသပေးနေသော ဆရာဝန်နှင့် လူနာ၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အခြေအနေ၊ ဖြစ်နိုင်ဖွယ်ရှိသော ကုသမှု ရွေးချယ်စရာများနှင့် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ရည်မှန်းချက်များအကြောင်းကို ဆွေးနွေးပြီးနောက်မှသာလျှင် ထိုသို့ လုပ်ဆောင်ရပါမည်။ SCPA 1750-b အရ **ကုသမှုကို ဆိုင်းငံ့ရန် သို့မဟုတ် ရပ်ဆိုင်းရန် တောင်းဆိုသည့်အချိန်တွင်** လူနာ၏ အခြေအနေသည် သတ်မှတ်ထားသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စံနှုန်းများနှင့် ကိုက်ညီကြောင်း ဆရာဝန်နှစ်ဦးက အတည်ပြုပေးရန်လည်း လိုအပ်ပါသည်။ ယင်းတွင် အသက်ဆက်ကုထုံး ပေးအပ်ခြင်းသည် လူနာအပေါ် အလွန်ကြီးမားသည့် ဝန်ထုပ်ဝန်ပိုး ဖြစ်စေနိုင်သည်ဟူသော အချက်လည်း ပါဝင်ပါသည်။ ဤသတ်မှတ်ချက်များကို I/DD ရှိသူများအတွက် OPWDD MOLST ဆိုင်ရာ ဥပဒေရေးရာ သတ်မှတ်ချက်များ စစ်ဆေးရေးစာရင်း၏ အဆင့် 4 တွင် ထည့်သွင်းထားပါသည်။ LST ကို ဆိုင်းငံ့ရန် သို့မဟုတ် ရပ်ဆိုင်းရန် တောင်းဆိုခြင်း၏ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် လူနာ၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အခြေအနေကို စဉ်းစားရာတွင် **၎င်း၏ ဉာဏ်ရည် သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှုကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားခြင်း ဘယ်သောအခါမျှ မပါဝင်ရပါ။**
- **I/DD ရှိသော လူကြီး သို့မဟုတ် လူမမယ် လူနာအတွက် စမ်းသပ်ကာလများ-** အောင်မြင်မှုမရှိသော LST စမ်းသပ်ကာလအပြီးတွင် စစ်ဆေးရေးစာရင်း အသစ်တစ်ခု လိုအပ်ခြင်း ရှိ၊ မရှိဆိုသည်မှာ I/DD ရှိသူများအတွက် OPWDD MOLST ဆိုင်ရာ ဥပဒေရေးရာ သတ်မှတ်ချက်များ စစ်ဆေးရေးစာရင်း၏ အဆင့် 2 တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း စမ်းသပ်ကာလ၏ သတ်မှတ်ချက်ဘောင်များအပေါ် မူတည်ပါသည်။ **စမ်းသပ်ကာလသည် အချိန်အကန့်အသတ်မရှိ ဖြစ်ပြီး တရားဝင် ခွင့်ပြုချက်ရထားသော ကိုယ်စားလှယ်က နောက်ပိုင်းတွင် LST ကို ရပ်ဆိုင်းရေးအတွက် တောင်းဆိုရန် ဆုံးဖြတ်ပါက စစ်ဆေးရေးစာရင်း အသစ်တစ်ခုကို လိုအပ်ပါသည်။**
- လူနာသည် OPWDD ဌာနတစ်ခုခုတွင် နေထိုင်ပါက သို့မဟုတ် ထိုဌာနမှ ပြောင်းရွှေ့လာပါက ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိုယ်စားလှယ် ခန့်အပ်ရေးကို အကောင်အထည်ဖော်ရန်အတွက် ထပ်ဆောင်း သက်သေလိုအပ်ချက်များ ရှိပါသည်။

ဉာဏ်ရည် သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းသော လူကြီးနှင့် လူမမယ် လူနာများအတွက် ပြည့်စုံသော လမ်းညွှန်ချက်များနှင့် ဥပဒေရေးရာ သတ်မှတ်ချက်များ စစ်ဆေးရေးစာရင်းများကို- www.opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions တွင် တွေ့ရှိနိုင်ပါသည်။