

Ordonnances médicales pour traitement de maintien de la vie (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH

Ce formulaire est une ordonnance médicale pour traitement de maintien de la vie. Un professionnel de la santé doit remplir le formulaire MOLST en fonction de l'état médical actuel du patient, de ses valeurs et de ses souhaits. Si le patient est incapable de prendre des décisions médicales, les ordonnances doivent refléter les souhaits du patient comme ils ont été compris par l'agent de soins de santé ou le délégué du patient. Le praticien de la santé émettant les ordonnances médicales doit signer le formulaire MOLST. Tous les professionnels de la santé doivent respecter ces ordonnances médicales à mesure que le patient est déplacé d'un endroit à un autre, à moins qu'un praticien de la santé examine le patient, étudie les ordonnances et annule ce formulaire. Les instructions générales pour remplir le formulaire MOLST se trouvent sur la page 4 de ce document.

L'ordonnance médicale pour traitement de maintien de la vie (MOLST) concerne généralement les patients atteints de problèmes médicaux graves. Le patient ou l'autre preneur de décision doit collaborer avec le médecin, l'infirmière praticienne ou l'adjoint au médecin qui émettra les ordonnances et peut envisager de lui demander de remplir un formulaire MOLST si le patient :

- souhaite éviter ou recevoir tout traitement de maintien de la vie;
- réside dans un établissement de soins de longue durée ou nécessite des services de soins de longue durée;
- est susceptible de décéder dans l'année qui suivra.

Si le patient a une déficience intellectuelle ou développementale (intellectual or developmental disability, I/DD) et ne possède pas les facultés nécessaires pour prendre une décision, un médecin (et non pas une infirmière praticienne ou un adjoint au médecin) doit émettre les ordonnances. Le médecin doit suivre des directives spéciales et joindre la liste de vérification des exigences légales du Bureau pour les personnes ayant des déficiences développementales (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD) avant de signer le formulaire MOLST. Un astérisque (*) sur ce formulaire signifie :

* Si cette décision concerne un patient adulte ou mineur ayant une déficience intellectuelle ou développementale (I/DD), reportez-vous aux instructions sur la page 4 avant de procéder.

ORDONNANCES MÉDICALES DE NE PAS RÉANIMER (DO-NOT-RESUSCITATE, DNR) ET DE NE PAS INTUBER (DO-NOT-INTUBATE, DNI)

SECTION A Renseignements sur le patient

NOM/PRÉNOM/INITIALE DU 2E PRÉNOM DU PATIENT

ADRESSE/VILLE/ÉTAT/ZIP

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE PRÉFÉRENCE

DATE DE NAISSANCE (MM/JJ/AAAA)

NUMÉRO eMOLST, s'il y a lieu (CECI N'EST PAS UN FORMULAIRE eMOLST)

Cocher toutes les directives médicales anticipées connues à remplir

- ☐ Procuration médicale ☐ Testament biologique ☐ Don d'organes ☐ Documentation d'une directive anticipée faite oralement

SECTION B Ordonnances de réanimation lorsque le patient ne respire pas ou que son cœur ne bat pas

Cocher un seul choix :

- ☐ Ordonnance de CPR : tentative de réanimation cardio-pulmonaire (Cardio-Pulmonary Resuscitation, CPR)
☐ Ordonnance de DNR : ne pas tenter la réanimation (permettre la mort naturelle)

SECTION C Ordonnances d'intubation pour traitement de maintien de la vie lorsque le patient respire et que son cœur bat

Soutien respiratoire : Ventilation non effractive et/ou intubation et ventilation artificielle

- Cocher un seul choix : ☐ Intubation et ventilation artificielle de longue durée, peut inclure une trachéotomie
☐ Une période d'essai d'intubation et/ou de ventilation artificielle*
☐ Ne pas intuber (DNI) : Utilisation de ventilation non effractive uniquement
☐ Ne pas intuber (DNI) et ne pas utiliser de ventilation non effractive ou artificielle

SECTION D Consentement pour les sections B et C

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI PREND LES DÉCISIONS

- ☐ En ce qui concerne le consentement verbal uniquement, laissez la ligne de signature vierge
☐ Consentement par écrit, signer ci-dessus

Qui est la personne prenant les décisions :

- ☐ Patient ☐ Agent de soins de santé ☐ Délégué FHCA pour adulte ☐ Délégué FHCA pour mineur ☐ Délégué § 1750-b pour adulte ou mineur avec I/DD

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE DU PREMIER TÉMOIN*

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE DE LA PERSONNE QUI PREND LES DÉCISIONS

DATE/HEURE DU CONSENTEMENT

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE DU SECOND TÉMOIN

SECTION E Signature du médecin, de l'infirmière praticienne, de l'adjoint au médecin pour les sections B et C

Si le consentement dans la section D a été fourni par un délégué § 1750-b pour une personne ayant une déficience intellectuelle ou développementale (I/DD), seul un médecin peut signer cette section et seulement après que la Liste de vérification des exigences légales pour les personnes avec I/DD (Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD) du MOLST OPWDD a été remplie et jointe.

SIGNATURE

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

NUMÉRO DE PERMIS

DATE/HEURE

* Si cette décision concerne un patient adulte ou mineur ayant une déficience intellectuelle ou développementale (I/DD), reportez-vous aux instructions sur la page 4.

Nom du patient

AUTRES ORDONNANCES MÉDICALES POUR TRAITEMENT DE MAINTIEN DE LA VIE

SECTION F Ordonnances supplémentaires de traitement

LIGNES DIRECTRICES DE TRAITEMENT

Cocher **un seul choix** :

- ☐ Aucune restriction sur les interventions médicales
- ☐ Interventions médicales limitées, uniquement comme décrites ci-dessous
- ☐ Mesures de confort uniquement; fournir des soins médicaux et un traitement dont l'objectif primaire est de soulager la douleur et les autres symptômes

HOSPITALISATION/TRANSFERT FUTUR (COCHER UN CHOIX)

- ☐ Envoyer la personne à l'hôpital en cas de nécessité médicale
- ☐ Ne pas envoyer la personne à l'hôpital à moins que la douleur ou les symptômes graves ne puissent être autrement contrôlés

NUTRITION ET HYDRATATION ARTIFICIELLEMENT ADMINISTRÉES

SONDE GASTRIQUE POUR GAVAGE

- Cocher **un seul choix** :
- ☐ Sonde gastrique pour gavage à long terme
 - ☐ Déterminer l'utilisation ou la restriction en cas de besoin*
 - ☐ Pas de sonde gastrique de gavage

LIQUIDES PAR INTRAVEINEUSE

- Cocher **un seul choix** :
- ☐ Liquides par intraveineuse
 - ☐ Déterminer l'utilisation ou la restriction en cas de besoin*
 - ☐ Pas de liquides par IV

ANTIBIOTIQUES

- Cocher **un seul choix** :
- ☐ Use antibiotics to treat infections
 - ☐ Déterminer l'utilisation ou la restriction d'antibiotiques lorsqu'une infection survient*
 - ☐ Ne pas utiliser d'antibiotiques

DIALYSE

- Cocher **un seul choix** :
- ☐ Utiliser la dialyse pour traiter l'insuffisance rénale
 - ☐ Déterminer l'utilisation ou la restriction en cas d'insuffisance rénale*
 - ☐ Ne pas utiliser la dialyse

AUTRES ORDONNANCES ET INSTRUCTIONS MÉDICALES (seulement selon ce qui a été discuté avec le médecin, l'infirmière praticienne ou l'adjoint au médecin) Peut inclure des instructions et des objectifs pour des essais*. (Si rien d'autre ne fait l'objet d'une discussion, écrire AUCUNE.)

SECTION G Consentement pour la section F

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI PREND LES DÉCISIONS

- ☐ En ce qui concerne le consentement verbal uniquement, laisser la ligne de signature vierge
- ☐ Consentement par écrit, signer ci-dessus

Qui est la personne prenant les décisions :

- ☐ Patient ☐ Agent de soins de santé ☐ Délégué FHCD pour adulte ☐ Délégué FHCD pour mineur ☐ Délégué § 1750-b pour adulte ou mineur avec I/DD

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE DE LA PERSONNE QUI PREND LES DÉCISIONS

DATE/HEURE DU CONSENTEMENT

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE DU PREMIER TÉMOIN*

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE DU SECOND TÉMOIN

SECTION H Signature du médecin, de l'infirmière praticienne, de l'adjoint au médecin pour la section F

Si le consentement dans la section G a été fourni par un délégué § 1750-b pour une personne ayant une déficience intellectuelle ou développementale (I/DD), seul un médecin peut signer cette section et seulement après que la Liste de vérification des exigences légales pour les personnes avec I/DD du MOLST OPWDD a été remplie et jointe.

SIGNATURE

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

NUMÉRO DE PERMIS

DATE/HEURE

*** Si cette décision concerne un patient adulte ou mineur ayant une déficience intellectuelle ou développementale (I/DD), reportez-vous aux instructions sur la page 4.**

Nom du patient

SECTION I Examen et renouvellement

Un médecin, une infirmière praticienne ou un adjoint au médecin* doit examiner le caractère approprié de ce MOLST selon l'état médical du patient au moins tous les 90 jours. Le MOLST doit également être examiné si le patient est déplacé d'un endroit à un autre pour recevoir des soins, ou si l'état du patient change de manière importante (mieux ou pire), ou encore, si le patient ou l'autre preneur de décision nommé dans la section D change d'avis. À la fin de chaque examen, le médecin, l'infirmière praticienne ou l'adjoint au médecin* doit indiquer s'il n'y a aucun changement ou si le formulaire est annulé. Le praticien traitant doit annuler le formulaire si le patient ou l'autre preneur de décision nommé dans la section D retire son consentement à une décision dans le MOLST ou si le patient conteste la décision.

Même si le MOLST n'est pas examiné et renouvelé dans une période de 90 jours, le MOLST le plus récent reste valide et doit être suivi.

Si le patient avait l'aptitude nécessaire lorsqu'il a consenti à une décision de maintenir ou de retirer un traitement de maintien de la vie, un agent de soins de santé ou un délégué ne peut pas changer la décision que le patient a déjà prise. Si un agent de soins de santé ou un délégué a consenti à ce MOLST, l'agent ou le délégué peut continuer à prendre les décisions de maintien ou de retrait du traitement de maintien de la vie selon l'état de santé actuel du patient.

Date/heure	Nom en caractères d'imprimerie et signature de l'examineur	Lieu de l'examen	Résultat de l'examen
			☐ Aucun changement ☐ Formulaire annulé, nouveau formulaire rempli ☐ Formulaire annulé, aucun nouveau formulaire
			☐ Aucun changement ☐ Formulaire annulé, nouveau formulaire rempli ☐ Formulaire annulé, aucun nouveau formulaire
			☐ Aucun changement ☐ Formulaire annulé, nouveau formulaire rempli ☐ Formulaire annulé, aucun nouveau formulaire
			☐ Aucun changement ☐ Formulaire annulé, nouveau formulaire rempli ☐ Formulaire annulé, aucun nouveau formulaire
			☐ Aucun changement ☐ Formulaire annulé, nouveau formulaire rempli ☐ Formulaire annulé, aucun nouveau formulaire
			☐ Aucun changement ☐ Formulaire annulé, nouveau formulaire rempli ☐ Formulaire annulé, aucun nouveau formulaire
			☐ Aucun changement ☐ Formulaire annulé, nouveau formulaire rempli ☐ Formulaire annulé, aucun nouveau formulaire
			☐ Aucun changement ☐ Formulaire annulé, nouveau formulaire rempli ☐ Formulaire annulé, aucun nouveau formulaire
			☐ Aucun changement ☐ Formulaire annulé, nouveau formulaire rempli ☐ Formulaire annulé, aucun nouveau formulaire
			☐ Aucun changement ☐ Formulaire annulé, nouveau formulaire rempli ☐ Formulaire annulé, aucun nouveau formulaire

* Si cette décision concerne un patient adulte ou mineur ayant une déficience intellectuelle ou développementale (I/DD), reportez-vous aux instructions sur la page 4 avant de procéder.

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES POUR REMPLIR LE MOLST

En plus du formulaire MOLST, le ministère de la Santé de l'État de New York (New York State Department of Health) et l'OPWDD ont développé des listes de vérification des exigences légales et des instructions pour aider à remplir adéquatement le MOLST. Les listes de vérification sont prévues pour aider les prestataires à répondre aux exigences éthiques et légales associées aux décisions concernant le traitement de maintien de la vie de tous les patients.

Les lois qui régissent le processus de prise de décision pour les patients adultes et mineurs qui ont été jugés incapables à prendre les décisions MOLST sont la Loi sur la Procuration médicale (Health Care Proxy Law), la Loi sur la Santé publique (Public Health Law, PHL) 29-C, la Loi sur les Décisions de la famille en matière de soins de santé (Family Health Care Decisions Act, FHCDA), les articles 29-CC et CCC de la PHL; la Loi sur la Procédure judiciaire concernant le délégué (Surrogate's Court Procedure Act, SCPA), article 1750-b. L'utilisation des listes de vérification du ministère de la Santé de l'État de New York est recommandée (mais pas obligatoire) afin de faciliter la conformité aux exigences légales en vertu de la loi pour les patients de tout âge. La liste de vérification de l'OPWDD doit être remplie avant de remplir le MOLST pour tout adulte ou mineur ayant une déficience intellectuelle ou développementale (I/DD) qui est incapable à prendre des décisions médicales et qui n'a pas de procuration médicale. Tous les témoins doivent personnellement observer le consentement, qu'il soit fourni oralement ou par écrit.

Les instructions du ministère de la Santé de l'État de New York et les listes de vérification des exigences légales pour les patients adultes sont accessibles à : www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/.

Patients adultes

Il y a cinq listes de vérification du ministère de la Santé pour les patients adultes. La bonne liste de vérification doit être choisie en fonction de l'aptitude de prise de décision du patient et du milieu dans lequel il se trouve.

- **Liste de vérification 1** Les patients adultes aptes à prendre une décision médicale – dans tout milieu
- **Liste de vérification 2** Les patients adultes incapables à prendre une décision médicale et qui ont une procuration médicale – dans tout milieu
- **Liste de vérification 3** Les patients adultes à l'hôpital, dans un hospice ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée incapables à prendre une décision médicale et qui n'ont pas de procuration médicale, et pour lesquels le preneur de décision est le délégué FHCDA
- **Liste de vérification 4** Les patients adultes à l'hôpital, dans un hospice ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée incapables à une décision médicale et qui n'ont pas de procuration médicale, et pour lesquels aucun délégué FHCDA sur la liste n'est disponible
- **Liste de vérification 5** Les patients adultes dans la collectivité incapables à prendre une décision médicale et qui n'ont pas de procuration médicale

Patients mineurs utilisant un délégué FHCDA

- **Liste de vérification 6** pour les patients mineurs – Les patients mineurs pour lesquels les décisions sont prises en vertu de la FHCDA

* INSTRUCTIONS SI LES ORDONNANCES MÉDICALES CONCERNENT UN PATIENT ADULTE OU MINEUR AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU DÉVELOPPEMENTALE (I/DD)

La **liste de vérification des exigences légales du MOLST OPWDD** est EXIGÉE pour un patient de tout âge ayant une I/DD qui est incapable et qui n'a pas une procuration médicale, quel que soit son milieu résidentiel. **En ce qui concerne un patient ayant une I/DD, la liste de vérification des exigences légales du MOLST OPWDD doit rester jointe au document MOLST sur papier ou imprimé pour que ce dernier soit valide.**

La loi régissant le processus de prise de décision diffère pour les adultes et les mineurs ayant une I/DD. L'article 1750-b de la Loi sur la Procédure judiciaire concernant le délégué (SCPA) doit être suivi lors de la prise de décision pour un adulte ou un mineur ayant une I/DD, qui a été déclaré incapable et qui n'a pas de procuration médicale.

- **Les sections E et H de ce formulaire ne peuvent être signées que par un médecin**, non pas par une infirmière praticienne ou un adjoint au médecin.
- Dans les sections D et G de ce formulaire, **l'un des témoins doit être le médecin traitant de la personne.**
- **L'examen de la section I de ce formulaire ne peut être effectué que par un médecin**, non pas par une infirmière praticienne ou un adjoint au médecin.
- La liste de vérification dûment remplie des exigences légales du MOLST OPWDD pour les personnes ayant une I/DD, y compris la notification de certaines parties et la résolution de toute objection, **est obligatoire avant de remplir un MOLST.**
- La liste de vérification des exigences légales du MOLST OPWDD pour les personnes ayant une I/DD et le processus SCPA 1750-b s'appliquent aux patients adultes et mineurs avec une I/DD, **quel que soit leur âge ou leur milieu résidentiel.**
- **Les décisions de maintien ou de retrait d'un traitement de maintien de la vie (life sustaining treatment, LST) pour les adultes et les patients mineurs ayant une I/DD** doivent être spécifiquement indiquées et décrites à l'étape 2 de la liste de vérification des exigences légales du MOLST OPWDD pour les personnes ayant une I/DD, et seulement après que le délégué a eu une discussion avec le médecin traitant de la personne concernant son état médical, les options de traitement possibles et les objectifs en matière de soins. Le processus SCPA 1750-b exige également que deux médecins déterminent si l'état du patient répond à des critères médicaux particuliers au moment où **la demande de maintien ou de retrait du traitement est faite**, notamment si la prestation du traitement de maintien de la vie imposerait un fardeau extraordinaire à la personne. Ces exigences sont comprises dans l'étape 4 de la liste de vérification des exigences légales du MOLST OPWDD pour les personnes ayant une I/DD. L'état médical du patient aux fins d'une demande de maintien ou de retrait d'un LST **ne doit jamais tenir compte de sa déficience intellectuelle ou développementale.**
- **Essais pour un patient adulte ou mineur ayant une I/DD** : Qu'une nouvelle liste de vérification soit exigée ou non à la suite de l'échec d'un essai de LST dépend des paramètres de l'essai, comme précisés à l'étape 2 de la liste de vérification des exigences légales du MOLST OPWDD pour les personnes ayant une I/DD. **Si une période d'essai est ouverte et que le délégué autorisé décide ultérieurement de demander le retrait du traitement de LST, une nouvelle liste de vérification est exigée.**
- Si le patient réside d'un établissement OPWDD ou a été transféré d'un tel établissement, des exigences supplémentaires concernant les témoins existent pour l'exécution d'une procuration médicale.

Les instructions complètes et les listes de vérification des exigences légales pour les **patients adultes ayant une déficience intellectuelle ou développementale** sont accessibles à : www.opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions.