

# जीवित रखने वाले उपचार के लिए मेडिकल आदेश (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH

यह जीवित रखने वाले उपचार के लिए एक मेडिकल आदेश फ़ॉर्म है। एक स्वास्थ्य सेवा पेशेवर को मरीज़ की वर्तमान चिकित्सीय स्थिति, मूल्यों और इच्छाओं के आधार पर MOLST फ़ॉर्म को पूरा करना होगा। यदि मरीज़ चिकित्सीय निर्णय लेने में असमर्थ है, तो आदेशों में हेल्थ केयर एजेंट या सरोगेट द्वारा सबसे बेहतर समझा गया हो उस तरह से मरीज़ की इच्छाएँ प्रतिबिंबित होनी चाहिए। मेडिकल आदेश जारी करने वाले स्वास्थ्य सेवा प्रैक्टीशनर को MOLST फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करने होंगे। मरीज़ एक स्थान से दूसरे स्थान पर जाए सभी स्वास्थ्य सेवा पेशेवरों को इन मेडिकल आदेशों का पालन करना होगा, सिवाय इसके कि कोई स्वास्थ्य प्रैक्टीशनर मरीज़ की जाँच करे, आदेशों की समीक्षा करे, और इस फ़ॉर्म को रद्द करे। MOLST को पूरा करने के सामान्य निर्देश इस दस्तावेज़ के पृष्ठ 4 पर दिए गए हैं।

MOLST आम तौर पर गंभीर स्वास्थ्य स्थितियों वाले मरीज़ों के लिए होता है। मरीज़ या अन्य निर्णयकर्ता को उस चिकित्सक, नर्स प्रैक्टीशनर, या फिजिशियन असिस्टेंट के साथ काम करना चाहिए जो आदेश जारी करेंगे और यदि मरीज़ निम्नलिखित स्थिति में है तो उनसे MOLST फ़ॉर्म भरने के लिए कहने पर विचार करना चाहिए:

- किसी भी या सभी जीवित रखने वाले उपचारों से बचना या उन्हें प्राप्त करना चाहते/चाहती हैं।
- दीर्घकालिक देखभाल सुविधा में रहते/रहती हैं या उन्हें दीर्घकालिक देखभाल सेवाओं की आवश्यकता है।
- अगले एक वर्ष के भीतर उनकी मृत्यु हो सकती है।

यदि मरीज़ को बौद्धिक या विकासात्मक अक्षमता (intellectual or developmental disability, I/DD) है और उनमें निर्णय लेने की क्षमता नहीं है, तो एक चिकित्सक (न कि कोई नर्स प्रैक्टीशनर या फिजिशियन असिस्टेंट) को आदेश जारी करने होंगे। चिकित्सक को विशेष प्रक्रियाओं का पालन करना होगा और MOLST पर हस्ताक्षर करने से पहले पूरी की गई बौद्धिक या विकासात्मक रूप से अक्षम व्यक्तियों के लिए कार्यालय (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD) की कानूनी आवश्यकताओं की चेकलिस्ट संलग्न करनी होगी। इस फ़ॉर्म पर एक तारे के चिन्ह (\*) का अर्थ है:

\*यदि यह निर्णय बौद्धिक या विकासात्मक अक्षमता (I/DD) से पीड़ित किसी वयस्क या नाबालिग मरीज़ से संबंधित है, तो आगे बढ़ने से पहले पृष्ठ 4 पर दिए गए निर्देशों को देखें।

## पुनर्जीवित-न-करें (DO-NOT-RESUSCITATE, DNR) और इंट्यूबेट-न-करें (DO-NOT-INTUBATE, DNI) मेडिकल आदेश

### भाग A मरीज़ की जानकारी

मरीज़ का कुल नाम/नाम/मध्य नाम का पहला अक्षर

पता/शहर/राज्य/ZIP

पसंदीदा फ़ोन नंबर

जन्म तिथि (माह/दिन/वर्ष)

eMOLST संख्या, यदि लागू हो (यह eMOLST फ़ॉर्म नहीं है)

पूरे किए गए सभी ज्ञात एडवांस डायरेक्टिव के सामने सही का निशान बनाएं

☐ हेल्थ केयर प्रॉक्सी ☐ लिविंग विल ☐ अंग दान ☐ मौखिक एडवांस डायरेक्टिव का दस्तावेज़ीकरण

### भाग B पुनर्जीवन आदेश जब मरीज़ की नब्ज़ न हो और/या वह सांस न ले रहे हों

एक के सामने सही का निशान बनाएं:

- ☐ CPR आदेश: कार्डियो-पल्मोनरी रिससिटेशन (Cardio-Pulmonary Resuscitation, CPR) का प्रयास करें
- ☐ DNR आदेश: पुनर्जीवित करने का प्रयास न करें (प्राकृतिक मृत्यु होने दें)

### भाग C जीवित रखने वाले उपचार के लिए इंट्यूबेशन आदेश जब मरीज़ की नब्ज़ चल रही हो और वह सांस ले रहे हों

श्वसन सहायता: बिना चीरफाड़ के वेंटिलेशन और/या इंट्यूबेशन और मैकेनिकल वेंटिलेशन

एक के सामने सही का निशान बनाएं:

- ☐ इंट्यूबेशन और दीर्घकालिक मैकेनिकल वेंटिलेशन, इसमें ट्रैकियोस्टॉमी शामिल हो सकती है
- ☐ इंट्यूबेशन और/या मैकेनिकल वेंटिलेशन की एक परीक्षण अवधि\*
- ☐ इंट्यूबेट-न-करें (DNI): केवल बिना चीरफाड़ के वेंटिलेशन का उपयोग
- ☐ इंट्यूबेट-न-करें (DNI) और बिना चीरफाड़ के वेंटिलेशन या मैकेनिकल वेंटिलेशन का उपयोग न करें

### भाग D भाग B और C के लिए सहमति

निर्णय लेने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर

- ☐ केवल मौखिक सहमति के लिए, हस्ताक्षर की पंक्ति खाली छोड़ दें
- ☐ लिखित सहमति, ऊपर हस्ताक्षर करें

निर्णय लेने वाला व्यक्ति कौन है:

- ☐ मरीज़ ☐ हेल्थ केयर एजेंट ☐ वयस्क के लिए FHCDA सरोगेट ☐ नाबालिग के लिए FHCDA सरोगेट ☐ I/DD से पीड़ित वयस्क या नाबालिग के लिए §1750-b सरोगेट

पहले गवाह का स्पष्ट अक्षरों में नाम\*

निर्णय लेने वाले व्यक्ति का स्पष्ट अक्षरों में नाम

सहमति की तारीख/समय

दूसरे गवाह का स्पष्ट अक्षरों में नाम

### भाग E भाग B और C के लिए चिकित्सक, नर्स प्रैक्टीशनर, फिजिशियन असिस्टेंट के हस्ताक्षर

यदि भाग D में सहमति बौद्धिक या विकासात्मक अक्षमता (I/DD) से पीड़ित व्यक्ति के लिए §1750-b सरोगेट द्वारा प्रदान की गई थी, तो केवल एक चिकित्सक ही इस भाग पर हस्ताक्षर कर सकता है और वह भी केवल तब जब I/DD से पीड़ित व्यक्तियों के लिए OPWDD MOLST कानूनी आवश्यकताओं की चेकलिस्ट (Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD) पूरी करके संलग्न कर दी गई हो।

हस्ताक्षर

स्पष्ट अक्षरों में नाम लिखें

लाइसेंस नंबर

तारीख/समय

\*यदि यह निर्णय बौद्धिक या विकासात्मक अक्षमता (I/DD) से पीड़ित किसी वयस्क या नाबालिग मरीज़ से संबंधित है, तो पृष्ठ 4 पर दिए गए निर्देशों को देखें।

## जीवित रखने वाले उपचार के लिए अन्य मेडिकल आदेश

## भाग F जीवित रखने वाले उपचार के लिए अतिरिक्त आदेश

## उपचार संबंधी दिशानिर्देश

एक के सामने सही का निशान बनाएं:

- ☐ चिकित्सीय हस्तक्षेपों पर कोई सीमा नहीं
- ☐ सीमित चिकित्सीय हस्तक्षेप, केवल नीचे बताए अनुसार
- ☐ केवल आराम के उपाय। दर्द और अन्य लक्षणों से राहत देने के प्राथमिक लक्ष्य के साथ चिकित्सीय देखभाल और उपचार प्रदान करें

## भविष्य में अस्पताल में भर्ती/स्थानांतरण (एक के सामने सही का निशान बनाएं)

- ☐ जब चिकित्सकीय रूप से आवश्यक हो। अस्पताल भेजें
- ☐ जब तक कि दर्द या गंभीर लक्षणों को अन्यथा नियंत्रित न किया जा सके, अस्पताल न भेजें

## कृत्रिम रूप से दिया जाने वाला पोषण और जलयोजन

## फीडिंग ट्यूब

एक के सामने सही का निशान बनाएं: ☐ दीर्घकालिक फीडिंग ट्यूब

- ☐ आवश्यकता पड़ने पर उपयोग या सीमा निर्धारित करें\*
- ☐ कोई फीडिंग ट्यूब नहीं

## अंतःशिरा तरल पदार्थ

एक के सामने सही का निशान बनाएं: ☐ अंतःशिरा तरल पदार्थ

- ☐ आवश्यकता पड़ने पर उपयोग या सीमा निर्धारित करें\*
- ☐ कोई अंतःशिरा तरल पदार्थ नहीं

## एंटीबायोटिक्स

एक के सामने सही का निशान बनाएं:

- ☐ संक्रमण के इलाज के लिए एंटीबायोटिक्स का उपयोग करें
- ☐ संक्रमण होने पर एंटीबायोटिक्स के उपयोग या सीमा का निर्धारण करें\*
- ☐ एंटीबायोटिक्स का उपयोग न करें

## डायलिसिस

एक के सामने सही का निशान बनाएं:

- ☐ गुर्दे की विफलता के इलाज के लिए डायलिसिस का उपयोग करें
- ☐ गुर्दे की विफलता होने पर उपयोग या सीमा निर्धारित करें\*
- ☐ डायलिसिस का उपयोग न करें\*

**अन्य चिकित्सीय आदेश और निर्देश** (केवल चिकित्सक, नर्स प्रैक्टीशनर, या फिजिशियन असिस्टेंट के साथ चर्चा की गई हो वैसा ही। परीक्षणों\* के लिए निर्देश और लक्ष्य शामिल हो सकते हैं। यदि किसी अन्य बात पर चर्चा नहीं हुई है, तो कोई नहीं लिखें।)

## भाग G भाग F के लिए सहमति

निर्णय लेने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर

- ☐ केवल मौखिक सहमति के लिए, हस्ताक्षर की पंक्ति खाली छोड़ दें
- ☐ लिखित सहमति, ऊपर हस्ताक्षर करें

निर्णय लेने वाला व्यक्ति कौन है:

- ☐ मरीज़ ☐ हेल्थ केयर एजेंट ☐ वयस्क के लिए FHCDA सरोगेट
- ☐ नाबालिग के लिए FHCDA सरोगेट ☐ I/DD से पीड़ित वयस्क या नाबालिग के लिए §1750-b सरोगेट

निर्णय लेने वाले व्यक्ति का स्पष्ट अक्षरों में नाम

सहमति की तारीख/समय

पहले गवाह का स्पष्ट अक्षरों में नाम\*

दूसरे गवाह का स्पष्ट अक्षरों में नाम

## भाग H भाग F के लिए चिकित्सक, नर्स प्रैक्टीशनर, फिजिशियन असिस्टेंट के हस्ताक्षर

यदि भाग G में सहमति बौद्धिक या विकासात्मक अक्षमता (I/DD) से पीड़ित व्यक्ति के लिए §1750-b सरोगेट द्वारा प्रदान की गई थी, तो केवल एक चिकित्सक ही इस भाग पर हस्ताक्षर कर सकता है, और वह भी केवल तब जब I/DD से पीड़ित व्यक्तियों के लिए कानूनी आवश्यकताओं की चेकलिस्ट पूरी करके संलग्न कर दी गई हो।

हस्ताक्षर

स्पष्ट अक्षरों में नाम लिखें

लाइसेंस नंबर

तारीख/समय

\*यदि यह निर्णय बौद्धिक या विकासात्मक अक्षमता (I/DD) से पीड़ित किसी वयस्क या नाबालिग मरीज़ से संबंधित है, तो पृष्ठ 4 पर दिए गए निर्देशों को देखें।

**भाग I समीक्षा और नवीनीकरण**

एक चिकित्सक, नर्स प्रैक्टीशनर, या फिजिशियन असिस्टेंट\* को मरीज़ की चिकित्सीय स्थिति के आधार पर उपयुक्तता के लिए कम से कम प्रत्येक 90 दिनों में इस MOLST की समीक्षा करनी चाहिए। MOLST की समीक्षा तब भी की जानी चाहिए जब मरीज़ देखभाल प्राप्त करने के लिए एक स्थान से दूसरे स्थान पर जाए, या यदि मरीज़ की स्वास्थ्य स्थिति में कोई बड़ा बदलाव (बेहतर या बदतर) हो, या यदि मरीज़ या भाग D में नामित अन्य निर्णयकर्ता अपना विचार बदले। प्रत्येक समीक्षा पर, चिकित्सक, नर्स प्रैक्टीशनर, या फिजिशियन असिस्टेंट\* को यह इंगित करना चाहिए कि क्या कोई बदलाव नहीं हुआ है, या क्या फ़ॉर्म रद्द कर दिया गया है। यदि मरीज़ या भाग D में नामित अन्य निर्णयकर्ता MOLST में किसी निर्णय के लिए अपनी सहमति वापस ले या यदि मरीज़ निर्णय पर आपत्ति जताए, तो उपचार करने वाले प्रैक्टीशनर को फ़ॉर्म को रद्द करना होगा।

**भले ही MOLST की 90 दिनों के भीतर समीक्षा और नवीनीकरण न किया गया हो, अंतिम रूप से पूरा किया गया MOLST वैध रहता है और उसका पालन किया जाना चाहिए।**

यदि जीवित रखने वाले उपचार को रोकने या वापस लेने के निर्णय के लिए सहमति देते समय मरीज़ सक्षम थे, तो एक हेल्थ केयर एजेंट या सरोगेट उस निर्णय को बदल नहीं सकता है जो मरीज़ पहले ही ले चुके हैं। यदि किसी हेल्थ केयर एजेंट या सरोगेट ने इस MOLST के लिए सहमति दी थी, तो हेल्थ केयर एजेंट या सरोगेट मरीज़ की वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति के आधार पर जीवित रखने वाले उपचार को रोकने या वापस लेने के निर्णय लेना जारी रख सकते हैं।

| तारीख/समय | समीक्षक का स्पष्ट अक्षरों में नाम और हस्ताक्षर | समीक्षा का स्थान | समीक्षा का परिणाम                                                                                                                                                                        |
|-----------|------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                                                |                  | <input type="checkbox"/> कोई बदलाव नहीं<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, नया फ़ॉर्म पूरा किया गया<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, कोई नया फ़ॉर्म नहीं |
|           |                                                |                  | <input type="checkbox"/> कोई बदलाव नहीं<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, नया फ़ॉर्म पूरा किया गया<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, कोई नया फ़ॉर्म नहीं |
|           |                                                |                  | <input type="checkbox"/> कोई बदलाव नहीं<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, नया फ़ॉर्म पूरा किया गया<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, कोई नया फ़ॉर्म नहीं |
|           |                                                |                  | <input type="checkbox"/> कोई बदलाव नहीं<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, नया फ़ॉर्म पूरा किया गया<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, कोई नया फ़ॉर्म नहीं |
|           |                                                |                  | <input type="checkbox"/> कोई बदलाव नहीं<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, नया फ़ॉर्म पूरा किया गया<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, कोई नया फ़ॉर्म नहीं |
|           |                                                |                  | <input type="checkbox"/> कोई बदलाव नहीं<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, नया फ़ॉर्म पूरा किया गया<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, कोई नया फ़ॉर्म नहीं |
|           |                                                |                  | <input type="checkbox"/> कोई बदलाव नहीं<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, नया फ़ॉर्म पूरा किया गया<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, कोई नया फ़ॉर्म नहीं |
|           |                                                |                  | <input type="checkbox"/> कोई बदलाव नहीं<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, नया फ़ॉर्म पूरा किया गया<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, कोई नया फ़ॉर्म नहीं |
|           |                                                |                  | <input type="checkbox"/> कोई बदलाव नहीं<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, नया फ़ॉर्म पूरा किया गया<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, कोई नया फ़ॉर्म नहीं |
|           |                                                |                  | <input type="checkbox"/> कोई बदलाव नहीं<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, नया फ़ॉर्म पूरा किया गया<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, कोई नया फ़ॉर्म नहीं |
|           |                                                |                  | <input type="checkbox"/> कोई बदलाव नहीं<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, नया फ़ॉर्म पूरा किया गया<br><input type="checkbox"/> फ़ॉर्म रद्द किया गया, कोई नया फ़ॉर्म नहीं |

\*यदि यह निर्णय बौद्धिक या विकासात्मक अक्षमता (I/DD) से पीड़ित किसी वयस्क या नाबालिग मरीज़ से संबंधित है, तो आगे बढ़ने से पहले पृष्ठ 4 पर दिए गए निर्देशों को देखें।

## MOLST को पूरा करने के सामान्य निर्देश

MOLST फ़ॉर्म के अलावा, न्यूयॉर्क स्टेट स्वास्थ्य विभाग (New York State Department of Health) और OPWDD ने MOLST को उचित रूप से पूरा करने में सहायता के लिए कानूनी आवश्यकताओं की चेकलिस्ट और निर्देश विकसित किए हैं। चेकलिस्ट का उद्देश्य सभी मरीजों के लिए जीवित रखने वाले उपचार से संबंधित निर्णयों से जुड़ी नैतिक और कानूनी आवश्यकताओं को पूरा करने में प्रदाताओं की सहायता करना है।

जिन वयस्क और नाबालिग मरीजों में MOLST निर्णय लेने की क्षमता की कमी निर्धारित की गई है, उनके लिए निर्णय लेने की प्रक्रिया को नियंत्रित करने वाले कानून हेल्थ केयर प्रॉक्सी कानून (Health Care Proxy Law), पब्लिक हेल्थ लॉ (Public Health Law, PHL) 29-C; फैमिली हेल्थ केयर डिसीजन एक्ट (Family Health Care Decisions Act, FHCA), PHL अनुच्छेद 29-CC और CCC; तथा सारोगेट्स कोर्ट प्रोसीजर एक्ट (Surrogate's Court Procedure Act, SCPA), धारा 1750-b हैं। किसी भी उम्र के मरीजों के लिए न्यूयॉर्क स्टेट कानून के तहत कानूनी आवश्यकताओं के उचित अनुपालन की सुविधा के लिए स्टेट हेल्थ डिपार्टमेंट की चेकलिस्ट का उपयोग करने की अनुशंसा की जाती है (लेकिन आवश्यक नहीं है)। किसी भी ऐसे वयस्क या नाबालिग के लिए जिसमें चिकित्सीय निर्णय लेने की क्षमता का अभाव है और जिसके पास हेल्थ केयर प्रॉक्सी नहीं है, MOLST पूरा करने से पहले OPWDD चेकलिस्ट को पूरा करना आवश्यक है, यदि वह बौद्धिक या विकासात्मक अक्षमता (I/DD) से पीड़ित है। सभी गवाहों को सहमति दिए जाने को व्यक्तिगत रूप से देखना चाहिए, चाहे वह मौखिक रूप से दी गई हो या लिखित रूप में।

वयस्क मरीजों के लिए स्टेट हेल्थ डिपार्टमेंट के निर्देश और कानूनी आवश्यकताओं की चेकलिस्ट यहाँ पाई जा सकती है:

[www.health.ny.gov/professionals/patients/patient\\_rights/molst/](http://www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/)

### वयस्क मरीज़

वयस्क मरीजों के लिए, स्टेट हेल्थ डिपार्टमेंट की पाँच अलग-अलग चेकलिस्ट हैं। मरीज की निर्णय लेने की क्षमता और स्थिति के आधार पर सही चेकलिस्ट चुनी जानी चाहिए।

- **चेकलिस्ट #1** चिकित्सीय निर्णय लेने की क्षमता वाले वयस्क मरीज - किसी भी स्थिति में
- **चेकलिस्ट #2** चिकित्सीय निर्णय लेने की क्षमता के बिना के वयस्क मरीज जिनके पास हेल्थ केयर प्रॉक्सी है - किसी भी स्थिति में
- **चेकलिस्ट #3** चिकित्सीय निर्णय लेने की क्षमता के बिना के वयस्क अस्पताल, हॉस्पिस या नर्सिंग होम के मरीज जिनके पास हेल्थ केयर प्रॉक्सी नहीं है, निर्णयकर्ता FHCA सारोगेट है
- **चेकलिस्ट #4** चिकित्सीय निर्णय लेने की क्षमता के बिना के वयस्क अस्पताल, हॉस्पिस या नर्सिंग होम के मरीज जिनके पास हेल्थ केयर प्रॉक्सी नहीं है और जिनके लिए सूची में से कोई भी FHCA सारोगेट उपलब्ध नहीं है
- **चेकलिस्ट #5** समुदाय में चिकित्सीय निर्णय लेने की क्षमता के बिना के वयस्क मरीज जिनके पास हेल्थ केयर प्रॉक्सी नहीं है

FHCA सारोगेट का उपयोग करने वाले नाबालिग मरीज

- नाबालिग मरीजों के लिए चेकलिस्ट #6 - नाबालिग मरीज जिनके लिए FHCA के तहत निर्णय लिए जा रहे हैं

### \*निर्देश यदि चिकित्सीय आदेश बौद्धिक या विकासात्मक अक्षमता (I/DD) से पीड़ित किसी वयस्क या नाबालिग मरीज के लिए हैं

OPWDD MOLST कानूनी आवश्यकताओं की चेकलिस्ट I/DD से पीड़ित किसी भी उम्र के ऐसे मरीज के लिए आवश्यक है जिसमें क्षमता की कमी है और जिसके पास हेल्थ केयर प्रॉक्सी नहीं है, चाहे उनका आवासीय परिवेश कुछ भी हो। I/DD से पीड़ित मरीज के लिए, पूरी की गई OPWDD MOLST कानूनी आवश्यकताओं की चेकलिस्ट कागजी/प्रिंटेड MOLST फ़ॉर्म के साथ संलग्न रहनी चाहिए ताकि यह वैध रहे।

I/DD से पीड़ित वयस्कों और नाबालिगों के लिए निर्णय लेने की प्रक्रिया को नियंत्रित करने वाला कानून अलग है। I/DD से पीड़ित किसी वयस्क या नाबालिग, जिसमें क्षमता का अभाव निर्धारित किया गया है और जिसके पास कोई हेल्थ केयर प्रॉक्सी नहीं है, उसके लिए निर्णय लेते समय सारोगेट्स कोर्ट प्रोसीजर एक्ट (SCPA) धारा 1750-b का पालन किया जाना चाहिए।

- इस फ़ॉर्म के भाग E और H पर केवल एक चिकित्सक द्वारा हस्ताक्षर किए जा सकते हैं, किसी नर्स प्रैक्टीशनर या फिजिशियन असिस्टेंट द्वारा नहीं।
- इस फ़ॉर्म के भाग D और G में, एक गवाह उस व्यक्ति का उपचार करने वाला चिकित्सक होना चाहिए।
- इस फ़ॉर्म के भाग I में समीक्षा केवल एक चिकित्सक द्वारा की जा सकती है, किसी नर्स प्रैक्टीशनर या फिजिशियन असिस्टेंट द्वारा नहीं।
- I/DD से पीड़ित व्यक्तियों के लिए OPWDD MOLST कानूनी आवश्यकताओं की चेकलिस्ट को पूरा करना, जिसमें कुछ पक्षों को सूचित करना और किसी भी आपत्ति का समाधान करना शामिल है, MOLST को पूरा करने से पहले अनिवार्य है।
- I/DD से पीड़ित व्यक्तियों के लिए OPWDD MOLST कानूनी आवश्यकताओं की चेकलिस्ट और SCPA 1750-b प्रक्रिया दोनों ही I/DD से पीड़ित वयस्क और नाबालिग मरीजों पर लागू होती हैं, चाहे उनकी उम्र या आवासीय परिवेश कुछ भी हो।
- I/DD से पीड़ित वयस्क और नाबालिग मरीजों के लिए जीवित रखने वाले उपचार (Life-Sustaining Treatment, LST) को रोकने या वापस लेने के निर्णयों को I/DD से पीड़ित व्यक्तियों के लिए OPWDD MOLST कानूनी आवश्यकताओं की चेकलिस्ट के चरण 2 में विशेष रूप से सूचीबद्ध और वर्णित किया जाना चाहिए, और केवल तभी जब सारोगेट ने व्यक्ति की चिकित्सीय स्थिति, संभावित उपचार विकल्पों और देखभाल के लक्ष्यों के संबंध में व्यक्ति के उपचार करने वाले चिकित्सक के साथ चर्चा की हो। SCPA 1750-b के लिए यह भी आवश्यक है कि दो चिकित्सक यह निर्धारित करें कि उपचार को रोकने या वापस लेने का अनुरोध किए जाने के समय मरीज की स्थिति विशिष्ट चिकित्सीय मानदंडों को पूरा करती है, जिसमें यह भी शामिल है कि जीवित रखने वाले उपचार प्रदान करना उस व्यक्ति पर अत्यधिक बोझ डालेगा। ये आवश्यकताएं I/DD से पीड़ित व्यक्तियों के लिए OPWDD MOLST कानूनी आवश्यकताओं की चेकलिस्ट के चरण 4 में शामिल हैं। LST को रोकने या वापस लेने के अनुरोध के प्रयोजनों के लिए मरीज की चिकित्सीय स्थिति में उनकी बौद्धिक या विकासात्मक अक्षमता पर विचार कभी शामिल नहीं होना चाहिए।
- I/DD से पीड़ित वयस्क या नाबालिग मरीज के लिए परीक्षण: LST के असफल परीक्षण के बाद एक नई चेकलिस्ट की आवश्यकता है या नहीं, यह परीक्षण के मापदंडों पर निर्भर करता है, जैसा कि I/DD से पीड़ित व्यक्तियों के लिए OPWDD MOLST कानूनी आवश्यकताओं की चेकलिस्ट के चरण 2 में निर्दिष्ट है। यदि परीक्षण अवधि अनिश्चितकालीन है, और अधिकृत सारोगेट बाद में LST को वापस लेने का अनुरोध करने का निर्णय लेता है, तो एक नई चेकलिस्ट की आवश्यकता होती है।
- यदि मरीज किसी OPWDD सुविधा में रहते हैं या वहां से स्थानांतरित किए गए थे, तो हेल्थ केयर प्रॉक्सी के निष्पादन के लिए अतिरिक्त गवाही आवश्यकताएं मौजूद हैं।

बौद्धिक या विकासात्मक अक्षमता से पीड़ित वयस्क और नाबालिग मरीजों के लिए संपूर्ण निर्देश और कानूनी आवश्यकताओं की चेकलिस्ट यहाँ पाई जा सकती है:

[www.opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions](http://www.opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions)