जीवन-रक्षा उपचारको लागि मेडिकल आदेशहरू (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST)

यो जीवन-रक्षा उपचारको लागि मेडिकल आदेश फारम हो। स्वास्थ्य हेरचाह पेशेवरले बिरामीको हालको मेडिकल अवस्था, मान्यता र इच्छाहरूको आधारमा MOLST फारम भर्नुपर्छ। यदि बिरामी चिकित्सकीय निर्णयहरू लिन असमर्थ हुनुहुन्छ भने, यी आदेशहरूले स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि वा सरोगेटद्वारा राम्रोसँग बुझिए अनुसार बिरामीका इच्छाहरू प्रतिविम्बित गर्नुपर्छ। मेडिकल आदेश जारी गर्ने स्वास्थ्य हेरचाह प्राक्टिसनरले MOLST फारममा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। बिरामी एक स्थानबाट अर्को स्थानमा जाँदा सबै स्वास्थ्य हेरचाह पेशेवरहरूले यी मेडिकल आदेशहरूको पालना गर्नुपर्छ, जबसम्म कुनै स्वास्थ्य हेरचाह प्राक्टिसनरले बिरामीको परीक्षण गरी, आदेशहरूको समीक्षा गरेर यो फारम खारेज गर्दैनन्। MOLST भर्ने सम्बन्धी सामान्य निर्देशनहरू यस कागजातको पृष्ठ 4 मा हेर्न सकिन्छ।

MOLST सामान्यतया गम्भीर स्वास्थ्य अवस्था भएका बिरामीहरूका लागि हो। आदेश जारी गर्ने चिकित्सक, नर्स प्राक्टिसनर, वा फिजिसियन असिस्टेन्टसँग बिरामी वा अन्य निर्णयकर्ताले मिलेर काम गर्नुपर्छ र यदि बिरामी निम्न अवस्थामा हुनुहुन्छ भने उहाँहरूलाई MOLST फारम भर्न अनुरोध गर्ने विचार गर्नुपर्छ:

- कुनै वा सबै जीवन-रक्षा उपचार लिन वा नलिन चाहनुहुन्छ।
- दीर्घकालीन हेरचाह केन्द्रमा बस्नुहुन्छ वा दीर्घकालीन हेरचाह सेवाहरू आवश्यक पर्दछ।
- अर्को एक वर्षभित्र मृत्यु हुन सक्छ।

यदि बिरामीमा बौद्धिक वा विकासात्मक अपाङ्गता (intellectual or developmental disability, I/DD) छ र निर्णय गर्ने क्षमताको अभाव छ भने, चिकित्सकले मात्र (नर्स प्राक्टिसनर वा फिजिसियन असिस्टेन्टले होइन) आदेशहरू जारी गर्नुपर्छ। चिकित्सकले विशेष प्रक्रियाहरू पालना गर्नुपर्छ र MOLST मा हस्ताक्षर गर्नुअघि विकाससम्बन्धी अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको कार्यालय (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD) को भरिएको कानुनी आवश्यकताहरूको चेकलिस्ट संलग्न गर्नुपर्छ। यस फारममा तारा चिन्ह (*) को अर्थ हो:

*यदि यो निर्णय बौद्धिक वा विकासात्मक अपाङ्गता (I/DD) भएको वयस्क वा नाबालिग बिरामीसँग सम्बन्धित छ भने, अगाडि बढ्नुअघि पृष्ठ 4 मा दिइएका निर्देशनहरू हेर्नुहोस्।

रिससिटेसन नगर्ने (DO-NOT-RESUSCITATE, DNR) र इन्टुबेट नगर्ने (DO-NOT-INTUBATE, DNI) मेडिकल आदेशहरू

खण्ड A बिरामीको जानकारी

____
बिरामीको थर/पहिलो नाम/बीचको नामको पहिलो अक्षर

____
ठेगाना/सहर/राज्य/ZIP

______________ प्राथमिकता दिइएको फोन नम्बर | ______________ जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष) | ______________ eMOLST नम्बर, लागू हुने भएमा (यो eMOLST फारम होइन)

पूरा भएको भनी थाहा भएका सबै अग्रिम निर्देशनहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस्

☐ स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि ☐ लिभिङ विल ☐ अङ्ग दान ☐ मौखिक अग्रिम निर्देशनको दस्तावेजीकरण

खण्ड B बिरामीको नाडी नचलेको र/वा सास नफेरेको अवस्थामा रिससिटेसन सम्बन्धी आदेशहरू

कुनै **एक** रोज्नुहोस्:

☐ **CPR आदेश: कार्डियो-पल्मोनरी रिससिटेसन (Cardio-Pulmonary Resuscitation, CPR) को प्रयास गर्ने**

☐ **DNR आदेश: रिससिटेसनको प्रयास नगर्ने (प्राकृतिक तवरले मृत्यु हुन दिने)**

खण्ड C बिरामीको नाडी चलेको र सास फेरिरहेको अवस्थामा जीवन-रक्षा उपचारको लागि इन्ट्युबेसन आदेशहरू

श्वासप्रश्वास सहायता: नन-इन्भेसिभ भेन्टिलेसन र/वा इन्ट्युबेसन र मेकानिकल भेन्टिलेसन

कुनै **एक** रोज्नुहोस्:

☐ इन्ट्युबेसन र दीर्घकालीन मेकानिकल भेन्टिलेसन, ट्र्याकियोस्टोमी समावेश हुन सक्छ
☐ इन्ट्युबेसन र/वा मेकानिकल भेन्टिलेसनको परीक्षण अवधि*
☐ इन्टुबेट नगर्ने (DNI): नन-इन्भेसिभ भेन्टिलेसनको मात्र प्रयोग
☐ इन्टुबेट नगर्ने (DNI) र नन-इन्भेसिभ भेन्टिलेसन वा मेकानिकल भेन्टिलेसन प्रयोग नगर्ने

खण्ड D खण्ड B र C का लागि सहमति

______________ निर्णय गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर | ______________ निर्णय गर्ने व्यक्तिको स्पष्ट नाम

☐ मौखिक सहमतिका लागि मात्र, हस्ताक्षर गर्ने ठाउँ खाली छोड्नुहोस्
☐ लिखित सहमति, माथि हस्ताक्षर गर्नुहोस्

______________ सहमतिको मिति/समय

निर्णय गर्ने व्यक्ति को हुनुहुन्छ:

☐ बिरामी ☐ स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि ☐ वयस्कको लागि FHCDA सरोगेट ☐ नाबालिगको लागि FHCDA सरोगेट ☐ I/DD भएको वयस्क वा नाबालिगको लागि §1750-b सरोगेट

______________ पहिलो साक्षीको स्पष्ट नाम* | ______________ दोस्रो साक्षीको स्पष्ट नाम

खण्ड E खण्ड B र C का लागि चिकित्सक, नर्स प्राक्टिसनर, फिजिसियन असिस्टेन्टको हस्ताक्षर

यदि खण्ड D मा सहमति बौद्धिक वा विकासात्मक अपाङ्गता (I/DD) भएको व्यक्तिका लागि §1750-b सरोगेटद्वारा प्रदान गरिएको थियो भने, चिकित्सकले मात्र यस खण्डमा हस्ताक्षर गर्न सक्नुहुन्छ र I/DD भएका व्यक्तिहरूका लागि OPWDD MOLST कानुनी आवश्यकताहरूको चेकलिस्ट (Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD) पूरा गरी संलग्न गरिसकेपछि मात्र हस्ताक्षर गर्नुपर्छ।

______________ हस्ताक्षर | ______________ स्पष्ट नाम

______________ इजाजतपत्र नम्बर | ______________ मिति/समय

***यदि यो निर्णय बौद्धिक वा विकासात्मक अपाङ्गता (I/DD) भएको वयस्क वा नाबालिग बिरामीसँग सम्बन्धित छ भने, पृष्ठ 4 मा दिइएका निर्देशनहरू हेर्नुहोस्।**

शैक्षिक प्रयोजनका लागि मात्र

बिरामीको नाम

जीवन-रक्षा उपचारका लागि अन्य मेडिकल आदेशहरू

खण्ड F जीवन-रक्षा उपचारका लागि थप आदेशहरू

उपचार दिशानिर्देशहरू

कुनै **एक** रोज्नुहोस्:

☐ मेडिकल उपायहरूमा कुनै सीमा छैन
☐ सीमित मेडिकल हस्तक्षेपहरू, तल वर्णन गरिए अनुसार मात्र
☐ आरामदायी उपायहरू मात्र। दुखाइ र अन्य लक्षणहरू कम गर्ने प्राथमिक लक्ष्यका साथ मेडिकल हेरचाह र उपचार प्रदान गर्ने

भविष्यको अस्पताल भर्ना/स्थानान्तरण (कुनै एक रोज्नुहोस्)

☐ मेडिकल रूपमा आवश्यक हुँदा अस्पताल पठाउने
☐ दुखाइ वा गम्भीर लक्षणहरू अन्य उपायबाट नियन्त्रण गर्न नसकिएमा बाहेक अस्पताल नपठाउने

कृत्रिम रूपमा दिइने पोषण र जलसञ्चार

खुवाउने नली

कुनै **एक** रोज्नुहोस्: ☐ दीर्घकालीन खुवाउने नली
☐ आवश्यकता परेमा प्रयोग वा सीमा निर्धारण गर्ने*
☐ खुवाउने नली प्रयोग नगर्ने

नसा मार्फत दिइने तरल पदार्थ

कुनै **एक** रोज्नुहोस्: ☐ नसा मार्फत दिइने तरल पदार्थ
☐ आवश्यकता अनुसार प्रयोग वा सीमा निर्धारण गर्ने*
☐ नसा मार्फत तरल पदार्थ नदिने

एन्टिबायोटिक्स

कुनै **एक** रोज्नुहोस्: ☐ संक्रमणको उपचार गर्न एन्टिबायोटिक्स प्रयोग गर्ने
☐ संक्रमण हुँदा एन्टिबायोटिक्सको प्रयोग वा सीमा निर्धारण गर्ने*
☐ एन्टिबायोटिक्स प्रयोग नगर्ने

डायलासिस

कुनै **एक** रोज्नुहोस्: ☐ मृगौला फेल (रेनल फेलियर) भएको उपचार गर्न डायलासिस प्रयोग गर्ने
☐ मृगौला फेल (रेनल फेलियर) भएमा प्रयोग वा सीमा निर्धारण गर्ने*
☐ डायलासिस प्रयोग नगर्ने

अन्य मेडिकल आदेश तथा निर्देशनहरू (चिकित्सक, नर्स प्राक्टिसनर, वा फिजिसियन असिस्टेन्टसँग छलफल गरिए अनुसार मात्र। परीक्षणहरूका लागि निर्देशन र लक्ष्यहरू समावेश हुन सक्छ*। अन्य केही छलफल नगरिएको भए, कुनै पनि होइन लेख्नुहोस्।)

खण्ड G खण्ड F का लागि सहमति

निर्णय गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर

निर्णय गर्ने व्यक्तिको स्पष्ट नाम

☐ मौखिक सहमतिका लागि मात्र, हस्ताक्षर गर्ने ठाउँ खाली छोड्नुहोस्
☐ लिखित सहमति, माथि हस्ताक्षर गर्नुहोस्

सहमतिको मिति/समय

निर्णय गर्ने व्यक्ति को हुनुहुन्छ:

☐ बिरामी ☐ स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि ☐ वयस्कको लागि FHCDA सरोगेट
☐ नाबालिगको लागि FHCDA सरोगेट ☐ I/DD भएको वयस्क वा नाबालिगको लागि §1750-b सरोगेट

पहिलो साक्षीको स्पष्ट नाम*

दोस्रो साक्षीको स्पष्ट नाम

खण्ड H खण्ड F का लागि चिकित्सक, नर्स प्राक्टिसनर, फिजिसियन असिस्टेन्टको हस्ताक्षर

यदि खण्ड G मा सहमति बौद्धिक वा विकासात्मक अपाङ्गता (I/DD) भएको व्यक्तिका लागि §1750-b सरोगेटद्वारा प्रदान गरिएको थियो भने, चिकित्सकले मात्र यस खण्डमा हस्ताक्षर गर्न सक्नुहुन्छ, र I/DD भएका व्यक्तिहरूका लागि OPWDD MOLST कानुनी आवश्यकताहरूको चेकलिस्ट पूरा गरी संलग्न गरिसकेपछि मात्र हस्ताक्षर गर्नुपर्छ।

हस्ताक्षर

स्पष्ट नाम

इजाजतपत्र नम्बर

मिति/समय

***यदि यो निर्णय बौद्धिक वा विकासात्मक अपाङ्गता (I/DD) भएको वयस्क वा नाबालिग बिरामीसँग सम्बन्धित छ भने, पृष्ठ 4 मा दिइएका निर्देशनहरू हेर्नुहोस्।**

शैक्षिक प्रयोजनका लागि मात्र

बिरामीको नाम ____________________

खण्ड I समीक्षा र नवीकरण

चिकित्सक, नर्स प्राक्टिसनर, वा फिजिसियन असिस्टेन्ट* ले बिरामीको मेडिकल अवस्थाको आधारमा उपयुक्तताको लागि कम्तीमा प्रत्येक 90 दिनमा यो MOLST समीक्षा गर्नुपर्छ। यदि बिरामी हेरचाह प्राप्त गर्न एक स्थानबाट अर्को स्थानमा सर्नुभयो भने, वा यदि बिरामीको स्वास्थ्य अवस्थामा ठूलो परिवर्तन (सुधार वा खराबी) आएमा, वा यदि बिरामी वा खण्ड D मा उल्लेखित अन्य निर्णयकर्ताले आफ्नो विचार परिवर्तन गर्नुभएमा पनि MOLST समीक्षा गरिनुपर्छ। प्रत्येक समीक्षामा, चिकित्सक, नर्स प्राक्टिसनर, वा फिजिसियन असिस्टेन्ट* ले कुनै परिवर्तन नभएको हो वा फारम खारेज गरिएको हो भनी संकेत गर्नुपर्छ। यदि बिरामी वा खण्ड D मा नाम उल्लेख गरिएका अन्य निर्णयकर्ताले MOLST को निर्णयमा आफ्नो सहमति फिर्ता लिएमा वा बिरामीले निर्णयमा आपत्ति जनाएमा उपचारमा संलग्न प्राक्टिसनरले फारम खारेज गर्नुपर्छ।

यदि MOLST लाई 90 दिनभित्र समीक्षा र नवीकरण नगरिए तापनि, पछिल्लो पटक पूरा गरिएको MOLST मान्य रहन्छ र यसको पालना गरिनुपर्छ।

यदि जीवन-रक्षा उपचार रोक्ने वा हटाउने निर्णयमा सहमति दिँदा बिरामीमा निर्णय क्षमता थियो भने, स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि वा सरोगेटले बिरामीले पहिले नै गरिसकेको निर्णय परिवर्तन गर्न सक्दैनन्। यदि स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि वा सरोगेटले यस MOLST मा सहमति जनाउनुभएको थियो भने, स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि वा सरोगेटले बिरामीको हालको स्वास्थ्य अवस्थाको आधारमा जीवन-रक्षा उपचार रोक्ने वा हटाउने निर्णयहरू लिन जारी राख्न सक्नुहुन्छ।

मिति/समय	समीक्षकको स्पष्ट नाम र हस्ताक्षर	समीक्षा गरिएको स्थान	समीक्षाको नतिजा
			☐ कुनै परिवर्तन छैन ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम भरियो ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम छैन
			☐ कुनै परिवर्तन छैन ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम भरियो ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम छैन
			☐ कुनै परिवर्तन छैन ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम भरियो ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम छैन
			☐ कुनै परिवर्तन छैन ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम भरियो ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम छैन
			☐ कुनै परिवर्तन छैन ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम भरियो ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम छैन
			☐ कुनै परिवर्तन छैन ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम भरियो ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम छैन
			☐ कुनै परिवर्तन छैन ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम भरियो ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम छैन
			☐ कुनै परिवर्तन छैन ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम भरियो ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम छैन
			☐ कुनै परिवर्तन छैन ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम भरियो ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम छैन
			☐ कुनै परिवर्तन छैन ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम भरियो ☐ फारम खारेज गरियो, नयाँ फारम छैन

शैक्षिक प्रयोजनका लागि मात्र

***यदि यो निर्णय बौद्धिक वा विकासात्मक अपाङ्गता (I/DD) भएको वयस्क वा नाबालिग बिरामीसँग सम्बन्धित छ भने, अगाडि बढ्नुअघि पृष्ठ 4 मा दिइएका निर्देशनहरू हेर्नुहोस्।**

MOLST भर्ने सम्बन्धी सामान्य निर्देशनहरू

MOLST फारमका अतिरिक्त, न्यूयोर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग (New York State Department of Health) र OPWDD ले MOLST सही तरिकाले भर्न सहयोग पुर्‍याउन कानुनी आवश्यकताहरूको चेकलिस्ट र निर्देशनहरू तयार पारेका छन्। चेकलिस्टहरूको उद्देश्य सबै बिरामीहरूको जीवन-रक्षा उपचार सम्बन्धी निर्णयहरूसँग जोडिएका नैतिक र कानुनी आवश्यकताहरू पूरा गर्न प्रदायकहरूलाई सहयोग गर्नु हो।

MOLST सम्बन्धी निर्णय लिन क्षमता नभएको ठहर गरिएका वयस्क र नाबालिग बिरामीहरूका लागि निर्णय प्रक्रियालाई निर्देशित गर्ने कानुनहरू स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि कानुन (Health Care Proxy Law), जनस्वास्थ्य ऐन (Public Health Law, PHL) 29-C; पारिवारिक स्वास्थ्य हेरचाह निर्णय ऐन (Family Health Care Decisions Act, FHCDA), PHL का दफाहरू 29 CC र CCC; र सरोगेटको अदालत कार्यविधि ऐन (Surrogate's Court Procedure Act, SCPA), दफा 1750-b हुन्। कुनै पनि उमेरका बिरामीहरूका लागि न्यूयोर्क राज्यको कानुन अन्तर्गतका कानुनी आवश्यकताहरूको उचित पालना सहज बनाउन राज्य स्वास्थ्य विभागको चेकलिस्टहरूको प्रयोग गर्न सिफारिस गरिन्छ (तर अनिवार्य छैन)। मेडिकल निर्णय लिने क्षमता नभएको र स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि नभएको बौद्धिक वा विकासात्मक अपाङ्गता (I/DD) भएको कुनै पनि वयस्क वा नाबालिगका लागि MOLST पूरा गर्नुअघि OPWDD चेकलिस्ट पूरा गर्न आवश्यक छ। सबै साक्षीहरूले सहमति दिइएको कुरा, चाहे मौखिक रूपमा होस् वा लिखित रूपमा, व्यक्तिगत रूपमा प्रत्यक्ष हेरेको हुनुपर्छ।

वयस्क बिरामीहरूका लागि राज्य स्वास्थ्य विभागका निर्देशनहरू र कानुनी आवश्यकताहरूको चेकलिस्ट यहाँ फेला पार्न सकिन्छ: www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/।

वयस्क बिरामीहरू

वयस्क बिरामीहरूका लागि, राज्य स्वास्थ्य विभागका पाँच फरक चेकलिस्टहरू छन्। बिरामीको निर्णय क्षमता र परिवेशको आधारमा सही चेकलिस्ट रोज्नुपर्छ।

- **चेकलिस्ट #1** मेडिकल निर्णय क्षमता भएका वयस्क बिरामीहरू - जुनसुकै परिवेशमा
- **चेकलिस्ट #2** स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि भएका तर मेडिकल निर्णय क्षमता नभएका वयस्क बिरामीहरू - जुनसुकै परिवेशमा
- **चेकलिस्ट #3** स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि नभएका र मेडिकल निर्णय क्षमता नभएका अस्पताल, हस्पिस वा नर्सिङ होमका वयस्क बिरामीहरू, निर्णयकर्ता FHCDA सरोगेट हुन्
- **चेकलिस्ट #4** स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि नभएका र मेडिकल निर्णय क्षमता नभएका अस्पताल, हस्पिस वा नर्सिङ होमका वयस्क बिरामीहरू र जसका लागि सूचीबाट कुनै पनि FHCDA सरोगेट उपलब्ध छैनन्
- **चेकलिस्ट #5** स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि नभएका र मेडिकल निर्णय क्षमता नभएका समुदायका वयस्क बिरामीहरू

FHCDA सरोगेट प्रयोग गर्ने नाबालिग बिरामीहरू

- नाबालिग बिरामीहरूका लागि **चेकलिस्ट #6** – नाबालिग बिरामीहरू जसका लागि FHCDA अन्तर्गत निर्णयहरू गरिँदैछ

*यदि चिकित्सकीय आदेशहरू बौद्धिक वा विकासात्मक अपाङ्गता (I/DD) भएका वयस्क वा नाबालिग बिरामीका लागि हुन् भने निर्देशनहरू

आफ्नो बसोबासको परिवेश जेसुकै भए पनि, निर्णय क्षमता नभएका र स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि नभएका I/DD भएका जुनसुकै उमेरका बिरामीका लागि **OPWDD MOLST कानुनी आवश्यकताहरूको चेकलिस्ट** अनिवार्य छ। **I/DD भएको बिरामीको हकमा, यो मान्य हुनका लागि पूरा गरिएको OPWDD MOLST कानुनी आवश्यकताहरूको चेकलिस्ट कागजी/प्रिन्ट गरिएको MOLST फारमसँगै संलग्न रहनुपर्छ।**

I/DD भएका वयस्क र नाबालिगहरूका लागि निर्णय प्रक्रियालाई निर्देशित गर्ने कानुन फरक हुन्छ। निर्णय क्षमता नभएको ठहर गरिएका र स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि नभएका I/DD भएका वयस्क वा नाबालिगका लागि निर्णय गर्दा सरोगेटको अदालत कार्यविधि ऐन (SCPA) को दफा 1750-b को पालना गरिनुपर्छ।

- **यस फारमका खण्ड E र H मा चिकित्सकले मात्र हस्ताक्षर गर्न सक्नुहुन्छ**, नर्स प्राक्टिसनर वा फिजिसियन असिस्टेन्टले होइन।
- यस फारमको खण्ड D र G मा, **एक जना साक्षी व्यक्तिको उपचारमा संलग्न चिकित्सक हुनुपर्छ।**
- **यस फारमको खण्ड I मा समीक्षा(हरू) चिकित्सकद्वारा मात्र गरिनुपर्छ**, नर्स प्राक्टिसनर वा फिजिसियन असिस्टेन्टद्वारा होइन।
- निश्चित पक्षहरूलाई सूचना दिने र कुनै पनि आपत्तिको समाधान गर्ने लगायत I/DD भएका व्यक्तिहरूका लागि OPWDD MOLST कानुनी आवश्यकताहरूको चेकलिस्ट पूरा गर्नु, **MOLST पूरा गर्नुअघि अनिवार्य छ।**
- I/DD भएका व्यक्तिहरूका लागि OPWDD MOLST कानुनी आवश्यकताहरूको चेकलिस्ट र SCPA 1750-b प्रक्रिया दुवै I/DD भएका वयस्क र नाबालिग बिरामीहरूमा लागू हुन्छ, **उनीहरूको उमेर वा बसोबासको परिवेश जेसुकै भए पनि।**
- **I/DD भएका वयस्क र नाबालिग बिरामीहरूका लागि जीवन-रक्षा उपचार (Life Sustaining Treatment, LST) रोक्ने वा हटाउने निर्णयहरू** I/DD भएका व्यक्तिहरूका लागि OPWDD MOLST कानुनी आवश्यकताहरूको चेकलिस्टको चरण 2 मा स्पष्ट रूपमा सूचीबद्ध र वर्णन गरिएको हुनुपर्छ र सरोगेटले व्यक्तिको चिकित्सकीय अवस्था, सम्भावित उपचार विकल्पहरू र हेरचाहका लक्ष्यहरूको बारेमा व्यक्तिको उपचारमा संलग्न चिकित्सकसँग छलफल गरेपछि मात्र हुनुपर्छ। **उपचार रोक्ने वा हटाउने अनुरोध गरिँदा**, बिरामीको अवस्थाले निश्चित चिकित्सकीय मापदण्डहरू पूरा गर्छ भनी दुई जना चिकित्सकहरूले निर्धारण गर्नुपर्ने कुरा पनि SCPA 1750-b ले आवश्यक ठानेको छ, जसमा जीवन-रक्षा उपचार प्रदान गर्दा व्यक्तिमा असाधारण बोझ पर्ने कुरा समावेश छ। यी आवश्यकताहरू I/DD भएका व्यक्तिहरूका लागि OPWDD MOLST कानुनी आवश्यकताहरूको चेकलिस्टको चरण 4 मा समावेश गरिएका छन्। LST रोक्ने वा हटाउने अनुरोधको प्रयोजनका लागि बिरामीको चिकित्सकीय अवस्थामा **उनीहरूको बौद्धिक वा विकासात्मक अपाङ्गतालाई कहिल्यै पनि विचार गरिनु हुँदैन।**
- **I/DD भएको वयस्क वा नाबालिग बिरामीका लागि परीक्षणहरू:** LST को असफल परीक्षणपछि नयाँ चेकलिस्ट आवश्यक पर्छ वा पर्दैन भन्ने कुरा I/DD भएका व्यक्तिहरूका लागि OPWDD MOLST कानुनी आवश्यकताहरूको चेकलिस्टको चरण 2 मा निर्दिष्ट गरिए अनुसार परीक्षणको मापदण्डमा निर्भर गर्दछ। **यदि परीक्षण अवधि खुला समयसीमाको छ, र अधिकृत सरोगेटले पछि LST हटाउन अनुरोध गर्ने निर्णय गरेमा, नयाँ चेकलिस्ट आवश्यक पर्दछ।**
- यदि बिरामी OPWDD सुविधा केन्द्रमा बस्नुहुन्छ वा त्यहाँबाट स्थानान्तरण गरिएको थियो भने, स्वास्थ्य हेरचाह प्रतिनिधि कार्यान्वयन गर्नका लागि थप साक्षी आवश्यकताहरू विद्यमान छन्।

बौद्धिक वा विकासात्मक अपाङ्गता भएका वयस्क र नाबालिग बिरामीहरूका लागि पूर्ण निर्देशनहरू र कानुनी आवश्यकताहरूका चेकलिस्टहरू यहाँ फेला पार्न सकिन्छ: www.opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions।