

Zalecenia medyczne dotyczące leczenia podtrzymującego życie (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH

Niniejszy formularz zawiera zalecenia medyczne dotyczące leczenia podtrzymującego życie. Formularz MOLST musi zostać wypełniony przez pracownika opieki zdrowotnej na podstawie aktualnego stanu zdrowia pacjenta, wyznawanych przez niego wartości i jego życzeń. Jeżeli pacjent nie jest w stanie samodzielnie podejmować decyzji medycznych, zalecenia powinny odzwierciedlać życzenia pacjenta tak, jak najlepiej rozumie je pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej lub zastępcę. Lekarz wystawiający zalecenia medyczne musi podpisać formularz MOLST. Wszyscy pracownicy opieki zdrowotnej muszą stosować się do tych zaleceń medycznych podczas przemieszczania pacjenta, chyba że pracownik opieki zdrowotnej zbada pacjenta, sprawdzi zalecenia i unieważni niniejszy formularz. Ogólne instrukcje dotyczące wypełniania formularza MOLST można znaleźć na stronie 4 tego dokumentu.

Formularz MOLST jest przeznaczony głównie dla pacjentów z poważnymi problemami zdrowotnymi. Pacjent lub inna osoba podejmująca decyzje powinni współpracować z lekarzem, pielęgniarem lub asystentem lekarza, który będzie wydawać zalecenia, i rozważyć poproszenie go o wypełnienie formularza MOLST, jeśli pacjent:

- Chce uniknąć jakiegokolwiek aspektu lub całości leczenia podtrzymującego życie.
- Przebywa w ośrodku opieki długoterminowej lub wymaga usług opieki długoterminowej.
- Może umrzeć w ciągu najbliższego roku.

Jeżeli pacjent ma niepełnosprawność intelektualną lub rozwojową (intellectual or developmental disability, I/DD) i nie jest w stanie podejmować decyzji, zalecenia musi wydać lekarz (a nie pielęgniarka czy asystent lekarza). Lekarz musi postępować zgodnie ze specjalnymi procedurami i załączyć wypełnioną listę kontrolną wymogów prawnych Biura ds. Osób z Niepełnosprawnościami Rozwojowymi (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD) przed podpisaniem MOLST. Gwiazdka (*) w niniejszym formularzu oznacza:

* Jeśli dana decyzja dotyczy pacjenta dorosłego bądź nieletniego z niepełnosprawnością intelektualną lub rozwojową (I/DD), przed podjęciem dalszych działań należy zapoznać się z instrukcjami podanymi na stronie 4.

ZALECENIA MEDYCZNE DOTYCZĄCE NIEPODEJMOWANIA RESUSCYTACJI (DO-NOT-RESUSCITATE, DNR) I NIEINTUBOWANIA (DO-NOT-INTUBATE, DNI)

SEKCJA A

Informacje o pacjencie

NAZWISKO / IMIĘ / INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA PACJENTA

ADRES/MIASTO/STAN/ZIP

PREFEROWANY NUMER TELEFONU

DATA URODZENIA (MM/DD/RRRR)

NUMER eMOLST, jeżeli dotyczy (TO NIE JEST FORMULARZ eMOLST)

Zaznaczyć wszystkie oświadczenia dotyczące opieki zdrowotnej, o których sporządzeniu wiadomo

- ☐ Pełnomocnictwo ds. opieki zdrowotnej ☐ Testament życia ☐ Zgoda na dawstwo organów ☐ Dokumentacja ustnego oświadczenia woli

SEKCJA B

Zalecenia dotyczące resuscytacji, gdy pacjent nie ma tętna i/lub nie oddycha

Zaznaczyć jedną z opcji:

- ☐ Zalecenie dotyczące CPR: próbować resuscytacji krążeniowo-oddechowej (Cardio-Pulmonary Resuscitation, CPR)
☐ Zalecenie DNR: nie podejmować próby resuscytacji (dopuszczyć do śmierci naturalnej)

SEKCJA C

Zalecenia dotyczące intubacji w celu podtrzymania życia, gdy pacjent ma puls i oddycha

Wsparcie oddechowe: wentylacja nieinwazyjna i/lub intubacja oraz wentylacja mechaniczna

Zaznaczyć jedną z opcji:

- ☐ Intubacja i długotrwała wentylacja mechaniczna, może obejmować tracheostomię
☐ Okres próbny intubacji i/lub wentylacji mechanicznej*
☐ Nie intubować (DNI): stosowanie wyłącznie wentylacji nieinwazyjnej
☐ Nie intubować (DNI) ani nie stosować wentylacji nieinwazyjnej lub mechanicznej

SEKCJA D

Zgoda na postanowienia Sekcji B i C

PODPIS OSOBY PODEJMUJĄCEJ DECYZJĘ

- ☐ W przypadku zgody tylko ustnej pozostawić pole podpisu puste
☐ W przypadku zgody pisemnej podpisać powyżej

Kim jest osoba podejmująca decyzję:

- ☐ Pacjent ☐ Przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej ☐ Zastępca osoby dorosłej na mocy FHCDA
☐ Zastępca osoby nieletniej na mocy FHCDA ☐ Zastępca osoby dorosłej lub nieletniej z I/DD na mocy §1750-b

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY PODEJMUJĄCEJ DECYZJĘ (DRUKOWANYMI LITERAMI)

DATA/GODZINA WYRAŻENIA ZGODY

IMIĘ I NAZWISKO PIERWSZEGO ŚWIADKA (DRUKOWANYMI LITERAMI)*

IMIĘ I NAZWISKO DRUGIEGO ŚWIADKA (DRUKOWANYMI LITERAMI)

SEKCJA E

Podpis lekarza, pielęgniarza, asystenta lekarza do Sekcji B i C

Jeżeli zgoda w Sekcji D została wyrażona przez zastępcę na podstawie §1750-b w odniesieniu do osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub rozwojową (I/DD), niniejszą sekcję może podpisać wyłącznie lekarz i to dopiero po wypełnieniu i dołączeniu Listy kontrolnej wymogów prawnych dotyczących osób z I/DD (Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD) OPWDD MOLST.

PODPIS

IMIĘ I NAZWISKO DRUKOWANYMI LITERAMI

NUMER LICENCJI

DATA/GODZINA

*** Jeśli dana decyzja dotyczy pacjenta dorosłego bądź nieletniego z niepełnosprawnością intelektualną lub rozwojową (I/DD), należy zapoznać się z instrukcjami podanymi na stronie 4.**

Imię i nazwisko pacjenta

INNE ZALECENIA MEDYCZNE DOTYCZĄCE LECZENIA PODTRZYMUJĄCEGO ŻYCIE

SEKCJA F

Dodatkowe zalecenia medyczne dotyczące leczenia podtrzymującego życie

WYTYCZNE DOTYCZĄCE LECZENIA

Zaznaczyć **jedną z opcji**:

- ☐ Brak ograniczeń w zakresie interwencji medycznych
☐ Interwencje medyczne z ograniczeniami, wyłącznie w sposób opisany poniżej
☐ Tylko środki zwiększające komfort. Zapewnienie opieki medycznej i leczenia, którego głównym celem jest łagodzenie bólu i innych objawów

PRZYSZŁA HOSPITALIZACJA/TRANSPORT (ZAZNACZYĆ JEDNĄ Z OPCJI)

- ☐ W razie konieczności medycznej zabrać do szpitala
☐ Nie zabierać do szpitala, chyba że bólu lub poważnych objawów nie da się opanować w inny sposób

SZTUCZNIE PODAWANE ODŻYWIANIE I NAWADNIANIE

SONDA DO KARMIENTA

- Zaznaczyć **jedną z opcji**: ☐ Długotrwałe karmienie przez sondę
☐ Określić zastosowanie lub ograniczenie w razie potrzeby*
☐ Nie stosować sondy do karmienia

PŁYNY DOŻYLNNE

- Zaznaczyć **jedną z opcji**: ☐ Płyny dożylne
☐ Określić zastosowanie lub ograniczenie w razie potrzeby*
☐ Nie stosować płynów dożylnych

ANTYBIOTYKI

- Zaznaczyć **jedną z opcji**: ☐ Stosować antybiotyki w leczeniu infekcji
☐ Określić stosowanie lub ograniczenie antybiotyków w przypadku wystąpienia zakażenia*
☐ Nie stosować antybiotyków

DIALIZA

- Zaznaczyć **jedną z opcji**: ☐ Stosować dializę w leczeniu niewydolności nerek
☐ Określić zastosowanie lub ograniczenia w przypadku wystąpienia niewydolności nerek*
☐ Nie stosować dializy

INNE MEDYCZNE ZALECENIA I INSTRUKCJE (Wyłącznie po uzgodnieniu z lekarzem, pielęgniarem lub asystentem lekarza. Mogą obejmować instrukcje i cele dotyczące prób*. Jeśli nic więcej nie zostało uzgodnione, wpisać BRAK).

SEKCJA G

Zgoda na postanowienia Sekcji F

PODPIS OSOBY PODEJMUJĄCEJ DECYZJE

- ☐ W przypadku zgody tylko ustnej pozostawić pole podpisu puste
☐ W przypadku zgody pisemnej podpisać powyżej

Kim jest osoba podejmująca decyzję:

- ☐ Pacjent ☐ Przedstawiciel ds. opieki zdrowotnej ☐ Zastępca osoby dorosłej na mocy FHCD
☐ Zastępca osoby nieletniej na mocy FHCD ☐ Zastępca osoby dorosłej lub nieletniej z I/DD na mocy §1750-b

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY PODEJMUJĄCEJ DECYZJE (DRUKOWANYMI LITERAMI)

DATA/GODZINA WYRAŻENIA ZGODY

IMIĘ I NAZWISKO PIERWSZEGO ŚWIADKA (DRUKOWANYMI LITERAMI)*

IMIĘ I NAZWISKO DRUGIEGO ŚWIADKA (DRUKOWANYMI LITERAMI)

SEKCJA H

Podpis lekarza, pielęgniarka, asystenta lekarza do Sekcji F

Jeżeli zgoda w Sekcji G została wyrażona przez zastępcę na podstawie §1750-b w odniesieniu do osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub rozwojową (I/DD), niniejszą sekcję może podpisać wyłącznie lekarz i to dopiero po wypełnieniu i dołączeniu Listy kontrolnej wymogów prawnych OPWDD MOLST dla osób z I/DD.

PODPIS

IMIĘ I NAZWISKO DRUKOWANYMI LITERAMI

NUMER LICENCJI

DATA/GODZINA

* Jeśli dana decyzja dotyczy pacjenta dorosłego bądź nieletniego z niepełnosprawnością intelektualną lub rozwojową (I/DD), należy zapoznać się z instrukcjami podanymi na stronie 4.

Imię i nazwisko pacjenta

SEKCJA I

Sprawdzenie i przedłużenie

Lekarz, pielęgniarz lub asystent lekarza* musi sprawdzić niniejszy formularz MOLST pod kątem jego zasadności w kontekście stanu zdrowia pacjenta co najmniej raz na 90 dni. Formularz MOLST należy również sprawdzić, jeśli pacjent zmienia miejsce pobytu w celu otrzymania opieki lub jeśli nastąpi istotna zmiana stanu zdrowia pacjenta (na lepsze lub gorsze) albo jeśli pacjent bądź wymieniona w Sekcji D inna osoba podejmująca decyzje zmieni zdanie. Po każdym sprawdzeniu lekarz, pielęgniarz lub asystent lekarza* powinien wskazać, czy nie nastąpiła żadna zmiana, czy też formularz został unieważniony. Prowadzący przedstawiciel personelu medycznego musi unieważnić formularz, jeśli pacjent lub inna osoba podejmująca decyzje wymieniona w Sekcji D wycofa swoją zgodę na decyzję podjętą w ramach MOLST lub jeśli pacjent wyrazi sprzeciw wobec decyzji.

Nawet jeśli formularz MOLST nie zostanie sprawdzony i przedłużony w ciągu 90 dni, ostatni wypełniony formularz MOLST pozostaje ważny i należy go przestrzegać.

Jeżeli w momencie wyrażenia zgody na decyzję o wstrzymaniu lub przerwaniu leczenia podtrzymującego życie pacjent miał zdolność prawną, pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej lub zastępca nie może zmienić podjętej przez pacjenta decyzji. Jeżeli pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej lub zastępca wyraził zgodę na postanowienia niniejszego formularza MOLST, może on nadal podejmować decyzje o wstrzymaniu lub zaprzestaniu leczenia podtrzymującego życie na podstawie aktualnego stanu zdrowia pacjenta.

Data/godzina	Imię i nazwisko oraz podpis osoby sprawdzającej (drukowanymi literami)	Miejsce sprawdzenia	Wynik sprawdzenia
			☐ Bez zmian ☐ Formularz unieważniony, wypełniono nowy formularz ☐ Formularz unieważniony, brak nowego formularza
			☐ Bez zmian ☐ Formularz unieważniony, wypełniono nowy formularz ☐ Formularz unieważniony, brak nowego formularza
			☐ Bez zmian ☐ Formularz unieważniony, wypełniono nowy formularz ☐ Formularz unieważniony, brak nowego formularza
			☐ Bez zmian ☐ Formularz unieważniony, wypełniono nowy formularz ☐ Formularz unieważniony, brak nowego formularza
			☐ Bez zmian ☐ Formularz unieważniony, wypełniono nowy formularz ☐ Formularz unieważniony, brak nowego formularza
			☐ Bez zmian ☐ Formularz unieważniony, wypełniono nowy formularz ☐ Formularz unieważniony, brak nowego formularza
			☐ Bez zmian ☐ Formularz unieważniony, wypełniono nowy formularz ☐ Formularz unieważniony, brak nowego formularza
			☐ Bez zmian ☐ Formularz unieważniony, wypełniono nowy formularz ☐ Formularz unieważniony, brak nowego formularza
			☐ Bez zmian ☐ Formularz unieważniony, wypełniono nowy formularz ☐ Formularz unieważniony, brak nowego formularza
			☐ Bez zmian ☐ Formularz unieważniony, wypełniono nowy formularz ☐ Formularz unieważniony, brak nowego formularza

* Jeśli dana decyzja dotyczy pacjenta dorosłego bądź nieletniego z niepełnosprawnością intelektualną lub rozwojową (I/DD), przed podjęciem dalszych działań należy zapoznać się z instrukcjami podanymi na stronie 4.

OGÓLNE INSTRUKCJE DOTYCZĄCE WYPEŁNIANIA FORMULARZA MOLST

Wydział Zdrowia Stanu Nowy Jork (New York State Department of Health) i OPWDD opracował oprócz formularza MOLST listy kontrolne wymogów prawnych i instrukcje, które mają pomóc w prawidłowym wypełnieniu formularza MOLST. Listy kontrolne mają pomóc świadczeniodawcom w spełnieniu wymogów etycznych i prawnych związanych z decyzjami dotyczącymi leczenia podtrzymującego życie u wszystkich pacjentów.

Przepisy regulujące proces podejmowania decyzji w przypadku pacjentów dorosłych i nieletnich, u których stwierdzono brak zdolności do podejmowania decyzji dotyczących MOLST, to: Ustawa o pełnomocnictwach w opiece zdrowotnej (Health Care Proxy Law), Ustawa o zdrowiu publicznym (Public Health Law, PHL) 29-C; Ustawa o decyzjach dotyczących opieki zdrowotnej w rodzinie (Family Health Care Decisions Act, FHCDA), artykuły PHL 29-CC i CCC; oraz Ustawa o postępowaniu przed sądami do spraw spadkowych (Surrogate's Court Procedure Act, SCPA), sekcja 1750-b. Zaleca się (choć nie jest to wymagane) stosowanie list kontrolnych stanowego Wydziału Zdrowia w celu ułatwienia właściwego przestrzegania wymogów prawnych określonych w prawie stanu Nowy Jork w odniesieniu do pacjentów w każdym wieku. Wypełnienie listy kontrolnej OPWDD jest wymagane przed wypełnieniem formularza MOLST w przypadku osób dorosłych i nieletnich z niepełnosprawnością intelektualną lub rozwojową (I/DD), które nie są w stanie podejmować decyzji medycznych i nie mają pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej. Wszyscy świadkowie muszą osobiście obserwować wyrażenie zgody, niezależnie od tego, czy jest ona wyrażana ustnie czy pisemnie.

Opracowane przez stanowy Wydział Zdrowia instrukcje i listy kontrolne dotyczące wymogów prawnych w odniesieniu do pacjentów dorosłych można znaleźć pod adresem: www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/.

Pacjenci dorośli

W odniesieniu do pacjentów dorosłych stanowy Wydział Zdrowia opracował pięć list kontrolnych. Właściwą listę kontrolną należy wybrać na podstawie zdolności pacjenta do podejmowania decyzji oraz okoliczności.

- **Lista kontrolna nr 1** Dorośli pacjenci mający zdolność do podejmowania decyzji medycznych – w dowolnych okolicznościach
- **Lista kontrolna nr 2** Dorośli pacjenci bez zdolności do podejmowania decyzji medycznych, którzy mają pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej – w dowolnych okolicznościach
- **Lista kontrolna nr 3** Dorośli pacjenci szpitali, hospicjów lub domów opieki bez zdolności do podejmowania decyzji medycznych, którzy nie mają pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej, a osobą podejmującą decyzje jest zastępca na mocy FHCDA
- **Lista kontrolna nr 4** Dorośli pacjenci szpitali, hospicjów lub domów opieki bez zdolności do podejmowania decyzji medycznych, którzy nie mają pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej i dla których nie jest dostępny zastępca na mocy FHCDA z listy
- **Lista kontrolna nr 5** Dorośli pacjenci w społeczności, którzy nie mają zdolności do podejmowania decyzji medycznych i nie mają pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej

Pacjenci nieletni mający zastępcę z tytułu FHCDA

- **Lista kontrolna nr 6** dla pacjentów nieletnich – pacjenci nieletni, w przypadku których podejmuje się decyzje na mocy FHCDA

* INSTRUKCJE, JEŻELI ZALECENIA MEDYCZNE SĄ DLA PACJENTÓW DOROSŁYCH BĄDŹ NIELETNICH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ LUB ROZWOJOWĄ (I/DD)

Lista kontrolna wymogów prawnych OPWDD MOLST jest OBOWIĄZKOWA w przypadku pacjentów w dowolnym wieku z I/DD, którzy nie mają zdolności do podejmowania decyzji ani pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej, niezależnie od miejsca pobytu. **W przypadku pacjenta z I/DD wypełniona lista kontrolna wymogów prawnych OPWDD MOLST musi pozostać dołączona do papierowego/drukowanego formularza MOLST, aby był on ważny.**

Przepisy regulujące proces podejmowania decyzji różnią się w przypadku dorosłych i nieletnich z I/DD. Podejmując decyzję za osobę dorosłą lub niepełnoletnią z I/DD, u której stwierdzono brak zdolności do czynności prawnych i która nie ma pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej, należy przestrzegać sekcji 1750-b Ustawy o postępowaniu przed sądami do spraw spadkowych (SCPA).

- **Sekcje E i H niniejszego formularza może podpisać wyłącznie lekarz**, a nie pielęgniarz czy asystent lekarza.
- W Sekcjach D i G niniejszego formularza **jednym ze świadków musi być lekarz prowadzący daną osobę.**
- **Sprawdzenia określonego w Sekcji I niniejszego formularza może dokonać wyłącznie lekarz**, a nie pielęgniarz czy asystent lekarza.
- Wypełnienie listy kontrolnej wymogów prawnych OPWDD MOLST w odniesieniu do osób z I/DD, w tym powiadomienie określonych stron i rozstrzygnięcie wszelkich sprzeczności, **jest obowiązkowe przed wypełnieniem formularza MOLST.**
- Zarówno lista kontrolna wymogów prawnych OPWDD MOLST w odniesieniu do osób z I/DD, jak i proces SCPA 1750-b dotyczą dorosłych i nieletnich pacjentów z I/DD, **niezależnie od ich wieku lub miejsca pobytu.**
- **Decyzje o wstrzymaniu lub zaprzestaniu leczenia podtrzymującego życie (life sustaining treatment, LST) u dorosłych i nieletnich pacjentów z I/DD** należy szczegółowo wymienić i opisać w kroku 2 Listy kontrolnej wymogów prawnych OPWDD MOLST w odniesieniu do osób z I/DD i dopiero po rozmowie z lekarzem prowadzącym na temat stanu zdrowia pacjenta, możliwych opcji leczenia i celów opieki. Zgodnie z sekcją 1750-b ustawy SCPA dwóch lekarzy musi ustalić, że stan pacjenta spełnia określone kryteria medyczne w momencie składania wniosku o wstrzymanie lub zaprzestanie leczenia, w tym, że zapewnienie leczenia podtrzymującego życie stanowiłoby dla danej osoby nadzwyczajne obciążenie. Wymagania te są zawarte w kroku 4 Listy kontrolnej wymogów prawnych OPWDD MOLST w odniesieniu do osób z I/DD. W stanie zdrowia pacjenta do celów wniosku o wstrzymanie lub odstąpienie od LST **nie wolno uwzględniać jego niepełnosprawności intelektualnej lub rozwojowej.**
- **Próby dotyczące dorosłego lub nieletniego pacjenta z I/DD:** Decyzja o tym, czy po nieudanej próbie LST będzie konieczne sporządzenie nowej listy kontrolnej, zależy od parametrów próby określonych w kroku 2 Listy kontrolnej wymogów prawnych OPWDD MOLST w odniesieniu do osób z I/DD. **Jeżeli okres próbny ma charakter otwarty i upoważniony zastępca zdecyduje się następnie na złożenie wniosku o cofnięcie LST, wymagana jest nowa lista kontrolna.**
- Jeżeli pacjent przebywa w placówce OPWDD lub został z niej przeniesiony, obowiązują dodatkowe wymagania dotyczące świadków na potrzeby pełnomocnictwa do spraw opieki zdrowotnej.

Pełne instrukcje i listy kontrolne dotyczące wymogów prawnych w odniesieniu do **dorosłych i nieletnich pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną lub rozwojową** można znaleźć pod adresem: www.opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions.