

Это форма медицинских распоряжений, касающихся лечения, поддерживающего жизнедеятельность. Медицинский работник должен заполнить форму MOLST на основе текущего состояния здоровья, ценностей и пожеланий пациента. Если пациент не в состоянии принимать медицинские решения, распоряжения должны отражать пожелания пациента в том виде, в каком их лучше всего понимает его доверенное лицо по медицинским вопросам или законный представитель. Медицинский специалист, выписывающий данные медицинские распоряжения, должен подписать форму MOLST. Все медицинские работники должны выполнять эти медицинские распоряжения при перемещении пациента из одного учреждения в другое, если только медицинский специалист не осмотрит пациента, не пересмотрит распоряжения и не аннулирует данную форму. Общие инструкции по заполнению MOLST находятся на странице 4 данного документа.

Форма MOLST обычно предназначена для пациентов с тяжелыми заболеваниями. Пациенту или иному лицу, принимающему решения, следует сотрудничать с врачом, практикующей медсестрой или помощником врача, которые будут выписывать распоряжения, и рассмотреть возможность попросить их заполнить форму MOLST, если пациент:

- Желает отказаться от любого или всех видов жизнеобеспечивающего лечения, либо получать их.
- Проживает в учреждении длительного ухода или нуждается в услугах длительного ухода.
- Может умереть в течение следующего года.

Если у пациента имеются нарушения интеллекта или развития (intellectual or developmental disability, I/DD), и он недееспособен в плане принятия решений, распоряжения должен выписать врач (а не практикующая медсестра или помощник врача). Прежде чем подписать форму MOLST, врач должен соблюсти особые процедуры и приложить заполненный контрольный список юридических требований Управления по делам людей с нарушениями развития (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD). Звездочка (*) в данной форме означает:

*Если это решение относится к совершеннолетнему или несовершеннолетнему пациенту с нарушениями интеллекта или развития (I/DD), обратитесь к инструкциям на странице 4, прежде чем продолжить.

МЕДИЦИНСКИЕ РАСПОРЯЖЕНИЯ «НЕ РЕАНИМИРОВАТЬ» (DO-NOT-RESUSCITATE, DNR) И «НЕ ИНТУБИРОВАТЬ» (DO-NOT-INTUBATE, DNI)

РАЗДЕЛ А

Информация о пациенте

ФАМИЛИЯ/ИМЯ/ВТОРОЕ ИМЯ (ИНИЦИАЛ) ПАЦИЕНТА

АДРЕС/ГОРОД/ШТАТ/ZIP

ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА

ДАТА РОЖДЕНИЯ (ДД/ММ/ГГГГ)

НОМЕР eMOLST, если применимо (ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ eMOLST)

Отметьте все предварительные распоряжения, о которых известно, что они были оформлены

- ☐ Доверенность на принятие медицинских решений ☐ Прижизненное волеизъявление ☐ Донорство органов
☐ Документальное подтверждение устного предварительного распоряжения

РАЗДЕЛ В

Распоряжения о реанимации, когда у пациента нет пульса и/или он не дышит

Выберите **одно**:

- ☐ Распоряжение о CPR. Предпринять попытку сердечно-легочной реанимации (Cardio-Pulmonary Resuscitation, CPR)
☐ Распоряжение о DNR. Не предпринимать попыток реанимации (Допустить естественную смерть)

РАЗДЕЛ С

Распоряжения об интубации для жизнеобеспечивающего лечения, когда у пациента есть пульс и он дышит

Респираторная поддержка: Неинвазивная вентиляция легких и/или интубация и искусственная вентиляция легких (ИВЛ)

- Выберите **одно**: ☐ Интубация и длительная искусственная вентиляция легких (может включать трахеостомию)
☐ Пробный период интубации и/или искусственной вентиляции легких*
☐ Не интубировать (DNI): Использовать только неинвазивную вентиляцию легких
☐ Не интубировать (DNI) и не использовать неинвазивную или искусственную вентиляцию легких

РАЗДЕЛ D

Согласие для разделов В и С

ПОДПИСЬ ЛИЦА, ПРИНИМАЮЩЕГО РЕШЕНИЯ

- ☐ Только для устного согласия – оставьте строку для подписи пустой
☐ При письменном согласии – распишитесь выше

Кем является лицо, принимающее решения:

- ☐ Пациент ☐ Доверенное лицо по медицинским вопросам ☐ Законный представитель совершеннолетнего согласно FHCDA
☐ Законный представитель несовершеннолетнего согласно FHCDA ☐ Законный представитель согласно §1750-b для совершеннолетнего/несовершеннолетнего с I/DD

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕРВОГО СВИДЕТЕЛЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)*

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЛИЦА, ПРИНИМАЮЩЕГО РЕШЕНИЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

ДАТА/ВРЕМЯ СОГЛАСИЯ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВТОРОГО СВИДЕТЕЛЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

РАЗДЕЛ Е

Подпись врача, практикующей медсестры, помощника врача для разделов В и С

Если согласие в Разделе D было предоставлено законным представителем согласно §1750-b для лица с нарушениями интеллекта или развития (I/DD), данный раздел может подписать только врач и только после того, как контрольный список юридических требований OPWDD к форме MOLST для лиц с I/DD (Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD) будет заполнен и приложен.

ПОДПИСЬ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

НОМЕР ЛИЦЕНЗИИ

ДАТА/ВРЕМЯ

*Если это решение относится к совершеннолетнему или несовершеннолетнему пациенту с нарушениями интеллекта или развития (I/DD), обратитесь к инструкциям на странице 4.

Имя и фамилия пациента

ДРУГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ РАСПОРЯЖЕНИЯ О ЖИЗНЕОБЕСПЕЧИВАЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ

РАЗДЕЛ F

Дополнительные распоряжения о жизнеобеспечивающем лечении

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ

Выберите **одно**:

- ☐ Без ограничений на медицинские вмешательства
- ☐ Ограниченные медицинские вмешательства, только как описано ниже
- ☐ Только меры по обеспечению комфорта (паллиативный уход). Предоставлять медицинский уход и лечение, основной целью которых является облегчение боли и других симптомов

БУДУЩАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ/ПЕРЕВОД (ВЫБЕРИТЕ ОДНО)

- ☐ Отправить в больницу в случае медицинской необходимости
- ☐ Не отправлять в больницу, за исключением случаев, когда боль или тяжелые симптомы невозможно устранить иным способом

ИСКУССТВЕННОЕ ПИТАНИЕ И ГИДРАТАЦИЯ

ЗОНД ДЛЯ ПИТАНИЯ

Выберите **одно**:

☐ Длительное использование зонда для питания

☐ Определить необходимость применения или ограничения при возникновении потребности*

☐ Без зонда для питания

ВНУТРИВЕННЫЕ ЖИДКОСТИ

Выберите **одно**:

☐ Внутривенные жидкости

☐ Определить необходимость применения или ограничения при возникновении потребности*

☐ Без внутривенных жидкостей

АНТИБИОТИКИ

Выберите **одно**:

☐ Использовать антибиотики для лечения инфекций

☐ Определить необходимость применения или ограничения антибиотиков при возникновении инфекции*

☐ Не использовать антибиотики

ДИАЛИЗ

Выберите **одно**:

☐ Использовать диализ для лечения почечной недостаточности

☐ Определить необходимость применения или ограничения при возникновении почечной недостаточности*

☐ Не использовать диализ

ДРУГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ РАСПОРЯЖЕНИЯ И ИНСТРУКЦИИ (только в соответствии с тем, что обсуждалось с врачом, практикующей медсестрой или помощником врача. Могут включать инструкции и цели для пробных периодов лечения*. Если ничего больше не обсуждалось, напишите «НЕТ»)

РАЗДЕЛ G

Согласие для Раздела F

ПОДПИСЬ ЛИЦА, ПРИНИМАЮЩЕГО РЕШЕНИЕ

- ☐ Только для устного согласия – оставьте строку для подписи пустой
- ☐ При письменном согласии – распишитесь выше

Кем является лицо, принимающее решение:

- ☐ Пациент ☐ Доверенное лицо по медицинским вопросам ☐ Законный представитель совершеннолетнего согласно FHCDA
- ☐ Законный представитель несовершеннолетнего согласно FHCDA ☐ Законный представитель согласно §1750-b для совершеннолетнего/несовершеннолетнего с I/DD

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЛИЦА, ПРИНИМАЮЩЕГО РЕШЕНИЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

ДАТА/ВРЕМЯ СОГЛАСИЯ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕРВОГО СВИДЕТЕЛЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)*

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВТОРОГО СВИДЕТЕЛЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

РАЗДЕЛ H

Подпись врача, практикующей медсестры, помощника врача для Раздела F

Если согласие в Разделе G было предоставлено законным представителем согласно §1750-b для лица с нарушениями интеллекта или развития (I/DD), данный раздел может подписать только врач и только после того, как контрольный список юридических требований OPWDD к форме MOLST для лиц с I/DD будет заполнен и приложен.

ПОДПИСЬ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

НОМЕР ЛИЦЕНЗИИ

ДАТА/ВРЕМЯ

*Если это решение относится к совершеннолетнему или несовершеннолетнему пациенту с нарушениями интеллекта или развития (I/DD), обратитесь к инструкциям на странице 4.

Имя и фамилия пациента

РАЗДЕЛ I Пересмотр и продление

Врач, практикующая медсестра или помощник врача* должны пересматривать данную форму MOLST на предмет целесообразности, исходя из состояния здоровья пациента, не реже одного раза в 90 дней. Форма MOLST также должна быть пересмотрена, если пациент переводится из одного учреждения в другое для получения ухода, если в состоянии здоровья пациента происходят серьезные изменения (в лучшую или худшую сторону) либо если пациент или иное лицо, принимающее решения, указанное в Разделе D, меняет свое решение. При каждом пересмотре врач, практикующая медсестра или помощник врача* должны указать, остались ли распоряжения без изменений, а также была ли форма аннулирована. Лечащий специалист должен аннулировать форму, если пациент или иное лицо, принимающее решения, указанное в Разделе D, отзывает свое согласие на решение, зафиксированное в MOLST, или если пациент возражает против этого решения.

Даже если форма MOLST не была пересмотрена и продлена в течение 90 дней, последняя заполненная форма MOLST остается действительной и обязательна к исполнению.

Если пациент был дееспособен на момент дачи согласия на отказ от жизнеобеспечивающего лечения или его прекращение, доверенное лицо по медицинским вопросам или законный представитель не могут изменить решение, которое уже принял пациент. Если согласие на данную форму MOLST дало доверенное лицо по медицинским вопросам или законный представитель, они могут продолжать принимать решения об отказе от жизнеобеспечивающего лечения или его прекращении на основании текущего состояния здоровья пациента.

Дата/время	Имя и фамилия печатными буквами и подпись проверяющего	Место проведения пересмотра	Результат пересмотра
			☐ Без изменений ☐ Форма аннулирована, заполнена новая форма ☐ Форма аннулирована, новая форма не заполнена
			☐ Без изменений ☐ Форма аннулирована, заполнена новая форма ☐ Форма аннулирована, новая форма не заполнена
			☐ Без изменений ☐ Форма аннулирована, заполнена новая форма ☐ Форма аннулирована, новая форма не заполнена
			☐ Без изменений ☐ Форма аннулирована, заполнена новая форма ☐ Форма аннулирована, новая форма не заполнена
			☐ Без изменений ☐ Форма аннулирована, заполнена новая форма ☐ Форма аннулирована, новая форма не заполнена
			☐ Без изменений ☐ Форма аннулирована, заполнена новая форма ☐ Форма аннулирована, новая форма не заполнена
			☐ Без изменений ☐ Форма аннулирована, заполнена новая форма ☐ Форма аннулирована, новая форма не заполнена
			☐ Без изменений ☐ Форма аннулирована, заполнена новая форма ☐ Форма аннулирована, новая форма не заполнена
			☐ Без изменений ☐ Форма аннулирована, заполнена новая форма ☐ Форма аннулирована, новая форма не заполнена
			☐ Без изменений ☐ Форма аннулирована, заполнена новая форма ☐ Форма аннулирована, новая форма не заполнена

*Если это решение относится к совершеннолетнему или несовершеннолетнему пациенту с нарушениями интеллекта или развития (I/DD), обратитесь к инструкциям на странице 4, прежде чем продолжить.

ОБЩИЕ ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ MOLST

В дополнение к форме MOLST Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health) и OPWDD разработали контрольные списки юридических требований и инструкции для помощи в правильном заполнении формы MOLST. Данные контрольные списки предназначены для того, чтобы помочь медицинским работникам соблюсти этические и юридические требования, связанные с принятием решений о жизнеобеспечивающем лечении в отношении всех пациентов.

Законами, регулирующими процесс принятия решений в отношении совершеннолетних и несовершеннолетних пациентов, которые признаны недееспособными для принятия решений по форме MOLST, являются: Закон о доверенности на принятие медицинских решений (Health Care Proxy Law), Закон об общественном здравоохранении (Public Health Law, PHL) 29-C; Закон о решениях по медицинскому обслуживанию семей (Family Health Care Decisions Act, FHCD), Статьи 29-CC и CCC PHL; а также Раздел 1750-b Закона о процедурах суда по делам о наследстве и опеке (Surrogate's Court Procedure Act, SCPA). Использование контрольных списков Департамента здравоохранения штата рекомендуется (но не является обязательным) для содействия надлежащему соблюдению юридических требований в соответствии с законодательством штата Нью-Йорк в отношении пациентов любого возраста. Заполнение контрольного списка OPWDD является обязательным перед заполнением MOLST для любого совершеннолетнего или несовершеннолетнего с нарушениями интеллекта или развития (I/DD), который недееспособен в плане принятия медицинских решений и не имеет доверенности на принятие медицинских решений. Все свидетели должны лично наблюдать за процессом дачи согласия, независимо от того, предоставляется ли оно устно или письменно.

Инструкции и контрольные списки юридических требований Департамента здравоохранения штата в отношении совершеннолетних пациентов можно найти по адресу:

www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/.

Совершеннолетние пациенты

Для совершеннолетних пациентов существует пять различных контрольных списков Департамента здравоохранения штата. Подходящий контрольный список следует выбирать исходя из способности пациента принимать решения и условий, в которых он находится.

- **Контрольный список №1.** Совершеннолетние пациенты, дееспособные в плане принятия медицинских решений – в любых условиях
- **Контрольный список №2.** Совершеннолетние пациенты, недееспособные в плане принятия медицинских решений, имеющие доверенность на принятие медицинских решений – в любых условиях
- **Контрольный список №3.** Совершеннолетние пациенты больницы, хосписов или домов престарелых, недееспособные в плане принятия медицинских решений, не имеющие доверенности на принятие медицинских решений; лицом, принимающим решения, является законный представитель согласно FHCD
- **Контрольный список №4.** Совершеннолетние пациенты больницы, хосписов или домов престарелых, недееспособные в плане принятия медицинских решений, не имеющие доверенности на принятие медицинских решений и у которых нет доступного законного представителя согласно FHCD из списка
- **Контрольный список №5.** Совершеннолетние амбулаторные пациенты, недееспособные в плане принятия медицинских решений, не имеющие доверенности на принятие медицинских решений

Несовершеннолетние пациенты, пользующиеся услугами законного представителя согласно FHCD

- **Контрольный список №6** для несовершеннолетних пациентов – Несовершеннолетние пациенты, решения за которых принимаются в соответствии с FHCD

*ИНСТРУКЦИИ НА СЛУЧАЙ, ЕСЛИ МЕДИЦИНСКИЕ РАСПОРЯЖЕНИЯ ВЫПИСЫВАЮТСЯ ДЛЯ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ИЛИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА ИЛИ РАЗВИТИЯ (I/DD)

Контрольный список юридических требований OPWDD к форме MOLST ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ для пациентов любого возраста с I/DD, недееспособных и не имеющих доверенности на принятие медицинских решений, независимо от условий их проживания. У пациентов с I/DD заполненный контрольный список юридических требований OPWDD к форме MOLST должен оставаться прикрепленным к бумажной/распечатанной форме MOLST, чтобы она считалась действительной.

Законодательство, регулирующее процесс принятия решений, различается для совершеннолетних и несовершеннолетних с I/DD. При принятии решения за совершеннолетнего или несовершеннолетнего с I/DD, который признан недееспособным и не имеет доверенности на принятие медицинских решений, необходимо соблюдать Раздел 1750-b Закона о процедурах суда по делам о наследстве и опеке (SCPA).

- Разделы E и H данной формы могут быть подписаны только врачом, а не практикующей медсестрой или помощником врача.
- В Разделах D и G данной формы одним из свидетелей должен выступать лечащий врач пациента.
- Пересмотр(-ы) в Разделе I данной формы может проводить только врач, а не практикующая медсестра или помощник врача.
- Заполнение контрольного списка юридических требований OPWDD к форме MOLST для лиц с I/DD, включая уведомление определенных сторон и разрешение любых возражений, обязательно до заполнения формы MOLST.
- И контрольный список юридических требований OPWDD к форме MOLST для лиц с I/DD, и процедура SCPA 1750-b применяются как к совершеннолетним, так и к несовершеннолетним пациентам с I/DD, независимо от их возраста и условий проживания.
- Решения об отказе от жизнеобеспечивающего лечения (life sustaining treatment, LST) или его прекращении для совершеннолетних и несовершеннолетних пациентов с I/DD должны быть конкретно перечислены и описаны в шаге 2 контрольного списка юридических требований OPWDD к форме MOLST для лиц с I/DD, причем только после того как законный представитель обсудит с лечащим врачом пациента состояние его здоровья, возможные варианты лечения и цели ухода. SCPA 1750-b также требует, чтобы два врача подтвердили, что состояние пациента соответствует определенным медицинским критериям на момент подачи запроса об отказе от лечения или его прекращении, в том числе тот факт, что предоставление жизнеобеспечивающего лечения возложило бы на пациента чрезмерное бремя. Эти требования включены в шаг 4 контрольного списка юридических требований OPWDD к форме MOLST для лиц с I/DD. При рассмотрении запроса об отказе от LST или его прекращении состояние здоровья пациента ни в коем случае не должно оцениваться сквозь призму его нарушений интеллекта или развития.
- Пробные периоды лечения для совершеннолетних или несовершеннолетних пациентов с I/DD: Необходимость в новом контрольном списке после неудачного пробного периода LST зависит от параметров пробного периода, как указано на шаге 2 контрольного списка юридических требований OPWDD к форме MOLST для лиц с I/DD. Если пробный период не ограничен по времени, и уполномоченный законный представитель впоследствии решит запросить прекращение LST, потребуются новый контрольный список.
- Если пациент проживает в учреждении OPWDD или был переведен из него, то действуют дополнительные требования к присутствию свидетелей при оформлении доверенности на принятие медицинских решений.

Полные инструкции и контрольные списки юридических требований для совершеннолетних и несовершеннолетних пациентов с нарушениями интеллекта или развития можно найти по адресу: www.opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions.