

维持生命治疗医疗指令 (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST)

本文件是维持生命治疗的医疗指令表。医疗保健专业人员必须根据患者当前健康状况、价值观念和意愿填写 MOLST 表。若患者无法自主做出医疗决定，指令内容应体现医疗保健代理人或替代决策人所尽最大可能理解的患者意愿。开具医疗指令的医疗保健从业者必须签署本 MOLST 表。在患者跨照护地点转移时，所有医疗保健专业人员必须遵从本医疗指令，除非有医疗保健从业者对患者进行检查、复核指令并废止本表格。MOLST 填写通用说明见本文档第 4 页。

MOLST 通常适用于病情严重的患者。若患者符合以下情况，患者或其他决策人应与负责开具指令的医师、执业护士或医师助理沟通协作，并考虑请他们填写 MOLST 表：

- 希望接受或避免任何或全部维持生命治疗。
- 居住在长期护理机构，或需要长期护理服务。
- 可能在未来一年内离世。

若患者存在智力或发育障碍 (intellectual or developmental disability, I/DD) 且无自主决策能力，则必须由医师开具指令（不能由执业护士或医师助理开具）。医师必须完成特殊流程，并在签署 MOLST 前附上已填妥的发育障碍人士办公室 (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD) 法定要求核查清单。本表中的星号 (*) 含义如下：

*若该决定涉及患有智力或发育障碍 (I/DD) 的成年或未成年患者，请在继续操作前参阅第 4 页的说明。

不实施心肺复苏 (DO-NOT-RESUSCITATE, DNR) 和不插管 (DO-NOT-INTUBATE, DNI) 医疗指令

第 A 部分 患者信息

患者姓氏/名字/中间名首字母

地址/城市/州/ZIP

首选电话号码

出生日期 (年/月/日)

eMOLST 编号 (如适用) (本表并非 eMOLST 表格)

勾选所有已知已完成的预立医疗指示文件

☐ 医疗保健委托书 ☐ 生前遗嘱 ☐ 器官捐献 ☐ 口头预立医疗指示记录

第 B 部分 患者无脉搏且/或无呼吸时的心肺复苏指令

勾选一项：

☐ CPR 指令：实施心肺复苏 (Cardio-Pulmonary Resuscitation, CPR)

☐ DNR 指令：不实施心肺复苏 (允许自然死亡)

第 C 部分 患者有脉搏且有呼吸时的维持生命治疗插管指令

呼吸支持：无创通气和/或插管及机械通气

勾选一项：☐ 插管和长期机械通气，可包括气管切开术

☐ 试用一段时间的插管和/或机械通气*

☐ 不插管 (DNI)：仅使用无创通气

☐ 不插管 (DNI)，且不使用无创通气或机械通气

第 D 部分 对第 B、C 部分的同意

决策人签名

☐ 仅口头同意：签名栏留空

☐ 书面同意：在上方签名

决策人身份：

☐ 患者 ☐ 医疗保健代理人 ☐ FHCDA 成人替代决策人 ☐ FHCDA 未成年人替代决策人 ☐ § 1750-b 法定 I/DD 成人或未成年人患者替代决策人

决策人正楷姓名

同意的日期/时间

第一见证人正楷姓名*

第二见证人正楷姓名

第 E 部分 医师、执业护士、医师助理对第 B、C 部分的签名

若第 D 部分的同意由 § 1750-b 法定智力或发育障碍 (I/DD) 人士替代决策人作出，则仅可由医师签署本部分；且必须在填妥并附上 OPWDD MOLST I/DD 人士法定要求核查清单 (Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD) 之后，方可签署。

签名

正楷姓名

执照编号

日期/时间

*若该决定涉及患有智力或发育障碍 (I/DD) 的成年或未成年患者，请参阅第 4 页的说明。

患者姓名

维持生命治疗的其他医疗指令

第 F 部分

维持生命治疗的附加指令

治疗准则

勾选一项：

- ☐ 不限制医疗干预
- ☐ 有限的医疗干预，仅按下文所述执行
- ☐ 仅采取舒适护理措施。提供以缓解疼痛和其他症状为主要目标的医疗护理与治疗

未来住院/送医（勾选一项）

- ☐ 医学上确有必要时，送往医院
- ☐ 除非疼痛或严重症状无法通过其他方式控制，否则不送往医院

人工给予营养与补液

饲管

- 勾选一项：☐ 长期留置饲管
- ☐ 如有需要，再决定是否使用或限制*
- ☐ 不放置饲管

静脉补液

- 勾选一项：☐ 静脉补液
- ☐ 视需要决定是否使用或限制*
- ☐ 不进行静脉补液

抗生素

- 勾选一项：☐ 使用抗生素治疗感染
- ☐ 发生感染时，再决定是否使用或限制使用抗生素*
- ☐ 不使用抗生素

透析

- 勾选一项：☐ 使用透析治疗肾衰竭
- ☐ 发生肾衰竭时，再决定是否使用或限制使用透析*
- ☐ 不使用透析

其他医疗指令和说明（仅可填写与医师、执业护士或医师助理论证过的内容。可包括试用治疗的指示和目标*。如果未讨论其他内容，请填写“无”。）

第 G 部分

对第 F 部分同意

决策人签名

- ☐ 仅口头同意：签名栏留空
- ☐ 书面同意：在上方签名

决策人身份：

- ☐ 患者 ☐ 医疗保健代理人 ☐ FHCD 成人替代决策人
- ☐ FHCD 未成年人替代决策人 ☐ § 1750-b 法定 I/DD 成人或未成年人患者替代决策人

决策人正楷姓名

同意的日期/时间

第一见证人正楷姓名*

第二见证人正楷姓名

第 H 部分

医师、执业护士、医师助理对第 F 部分的签名

若第 G 部分的同意由 § 1750-b 法定智力或发育障碍 (I/DD) 人士替代决策人作出，则仅可由医师签署本部分；且必须在填妥并附上 OPWDD MOLST I/DD 人士法定要求核查清单之后，方可签署。

签名

正楷姓名

执照编号

日期/时间

*若该决定涉及患有智力或发育障碍 (I/DD) 的成年或未成年患者，请参阅第 4 页的说明。

患者姓名

第 I 部分 复核与更新

医师、执业护士或医师助理*必须至少每 90 天根据患者的健康状况，复核本 MOLST 是否仍然适用。若患者转移至另一地点接受护理、健康状况发生重大变化（好转或恶化），或患者本人/第 D 部分指定的其他决策人改变主意，也必须对 MOLST 进行复核。每次复核时，医师、执业护士或医师助理*应注明是无变更还是表格作废。若患者或第 D 部分指定的其他决策人撤回对 MOLST 中某项决定的同意，或患者本人反对该决定，主治医师人员必须将本表作废。

即使未在 90 天内复核和更新 MOLST，最后一份已填妥的 MOLST 仍然有效，且必须予以执行。

若患者在具备自主决策能力时，同意作出拒绝或撤除维持生命治疗的决定，则医疗保健代理人或替代决策人不得更改患者已作出的该项决定。若本 MOLST 是由医疗保健代理人或替代决策人签署同意，则该医疗保健代理人或替代决策人可根据患者当前的健康状况，继续作出拒绝或撤除维持生命治疗的决定。

日期/时间	复核人正楷姓名及签名	复核地点	复核结果
			☐ 无变更 ☐ 本表作废，已填写新表 ☐ 本表作废，未填写新表
			☐ 无变更 ☐ 本表作废，已填写新表 ☐ 本表作废，未填写新表
			☐ 无变更 ☐ 本表作废，已填写新表 ☐ 本表作废，未填写新表
			☐ 无变更 ☐ 本表作废，已填写新表 ☐ 本表作废，未填写新表
			☐ 无变更 ☐ 本表作废，已填写新表 ☐ 本表作废，未填写新表
			☐ 无变更 ☐ 本表作废，已填写新表 ☐ 本表作废，未填写新表
			☐ 无变更 ☐ 本表作废，已填写新表 ☐ 本表作废，未填写新表
			☐ 无变更 ☐ 本表作废，已填写新表 ☐ 本表作废，未填写新表
			☐ 无变更 ☐ 本表作废，已填写新表 ☐ 本表作废，未填写新表
			☐ 无变更 ☐ 本表作废，已填写新表 ☐ 本表作废，未填写新表

*若该决定涉及患有智力或发育障碍 (I/DD) 的成年或未成年患者，请在继续操作前参阅第 4 页的说明。

MOLST 填写通用说明

除 MOLST 表格本身外，纽约州卫生厅 (New York State Department of Health) 与 OPWDD 另行制定了法定要求核查清单及说明，用于协助正确填写 MOLST。核查清单旨在帮助医疗保健提供者满足与所有患者维持生命治疗决定相关的伦理和法律要求。

针对经评估丧失 MOLST 决策能力的成年及未成年患者，规范其决策流程的法律包括：《医疗保健委托法》(Health Care Proxy Law)、《公共卫生法》(Public Health Law, PHL) 第 29-C 条；《家庭医疗保健决策法》(Family Health Care Decisions Act, FHCDA)，PHL 第 29-CC 条和第 29-CCC 条；以及《遗嘱检验法院程序法案》(Surrogate's Court Procedure Act, SCPA) 第 1750-b 条。推荐（非强制）使用州卫生厅的核查清单，以便更好地遵守纽约州法律中针对各年龄段患者的法定要求。对于存在智力或发育障碍 (I/DD)、无医疗决策能力，且没有医疗保健委托书的成人或未成年人，必须先完成 OPWDD 核查清单，方可填写 MOLST。无论同意为口头形式还是书面形式，所有见证人都必须亲眼见证同意的作出过程。

针对成年患者的州卫生厅说明和法定要求核查清单可在以下网址找到：www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/。

成年患者

针对成年患者，州卫生厅设有 5 套不同的核查清单，应依据患者的决策能力及护理场景选用适当清单。

- **清单 1：**具备医疗决策能力的成年患者（适用于任何场景）
- **清单 2：**无医疗决策能力、有医疗保健委托书的成年患者（适用于任何场景）
- **清单 3：**无医疗决策能力、没有医疗保健委托书，由 FHCDA 替代决策人行使决定权的成人住院、临终关怀或疗养院患者
- **清单 4：**无医疗决策能力、没有医疗保健委托书，且 FHCDA 顺位名单中无可替代决策人的成人住院、临终关怀或疗养院患者
- **清单 5：**居住于社区、无医疗决策能力，且没有医疗保健委托书的成年患者

采用 FHCDA 替代决策人的未成年患者

- **清单 6**（未成年患者）— 根据 FHCDA 做出决定的未成年人患者

*针对医疗指令对象为患有智力或发育障碍 (I/DD) 的成年或未成年患者的说明

针对任何年龄段、存在 I/DD、无决策能力，且没有医疗保健委托书的患者，无论其居住场景如何，均必须完成 **OPWDD MOLST 法定要求核查清单**。

针对 I/DD 患者，填写的 **OPWDD MOLST 法定要求核查清单** 必须随附在纸质/打印的 **MOLST** 表上，方可有效。

I/DD 成人与未成年人的决策过程适用不同的法律。若 I/DD 成人或未成年人经评估无决策能力，且没有医疗保健委托书，则为其作出决定时必须遵守《遗嘱检验法院程序法案》(SCPA) 第 1750-b 条。

- **本表第 E、H 部分** 仅可由医师签署，执业护士或医师助理不得签署。
- 在本表第 D、G 部分，**其中一名见证人必须为患者** 的主治医师。
- **本表第 I 部分的复核工作** 仅可由医师执行，执业护士或医师助理不得开展复核。
- **填写 MOLST 前**，必须完成针对 I/DD 患者的 **OPWDD MOLST 法定要求核查清单**，包括通知相关方、处理所有异议。
- 针对 I/DD 患者的 **OPWDD MOLST 法定要求核查清单** 与 SCPA 1750-b 程序均适用于 I/DD 成年及未成年患者，**无论其年龄或居住场景如何**。
- **针对 I/DD 成人及未成年人作出的拒绝或撤除维持生命治疗 (Life Sustaining Treatment, LST) 决定**，必须在针对 I/DD 患者的 **OPWDD MOLST 法定要求核查清单** 第 2 步中逐项列明并详细描述；且必须由替代决策人与患者主治医师沟通健康状况、可选治疗方案及护理目标之后，方可作出该决定。SCPA 1750-b 同时要求：**在申请拒绝或撤除维持生命治疗时**，由两名医师共同判定患者病情满足特定医学标准，其中包括提供该治疗将给患者带来过重负担。上述要求包含在针对 I/DD 患者的 **OPWDD MOLST 法定要求核查清单** 的第 4 步中。申请拒绝或撤除 LST 时，评估患者健康状况，**不得将其智力或发育障碍纳入考量范围**。
- **I/DD 成年或未成年患者治疗试用：**若 LST 试用失败，是否需要重新填写核查清单，取决于针对 I/DD 患者的 **OPWDD MOLST 法定要求核查清单** 第 2 步中规定的治疗试用方案参数。**若治疗试用周期为无固定期限，后续授权替代决策人决定申请撤除 LST 时，需要重新填写核查清单。**
- 若患者居住于 OPWDD 设施或从该设施转出，则在签署医疗保健委托书时，需满足额外的见证要求。

针对**智力或发育障碍成年及未成年患者**的完整说明与法定核查清单，可在以下网址找到：www.opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions。