Fill out the form in your language
Remplissez le formulaire dans votre langue

Maryland Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST)
Directives médicales du Maryland relatives aux traitements de maintien en vie (MOLST)

Patient's Last Name, First, Middle Initial *Nom de famille du patient, prénom, initiale du deuxième prénom*	Date of Birth *Date de naissance*	☐ Male ☐ Female ☐ *Homme* ☐ *Femme*

This form includes medical orders for Emergency Medical Services (EMS) and other medical personnel regarding cardiopulmonary resuscitation and other life-sustaining treatment options for a specific patient. It is valid in all health care facilities and programs throughout Maryland. This order form shall be kept with other active medical orders in the patient's medical record. The physician, nurse practitioner (NP), or physician assistant (PA) must accurately and legibly complete the form and then sign and date it. The physician, NP, or PA shall select only 1 choice in Section 1 and only 1 choice in any of the other Sections that apply to this patient. If any of Sections 2-9 do not apply, leave them blank. A copy or the original of every completed MOLST form must be given to the patient or authorized decision maker within 48 hours of completion of the form or sooner if the patient is discharged or transferred.

Ce formulaire contient des prescriptions médicales à l'intention des services médicaux d'urgence (EMS) et des autres professionnels de santé concernant la réanimation cardiopulmonaire et d'autres options de maintien des fonctions vitales pour un patient donné. Il est valide dans tous les établissements et programmes de soins de santé du Maryland. Ce formulaire de prescriptions doit être conservé avec les autres prescriptions médicales en vigueur dans le dossier médical du patient. Le médecin, l'infirmier praticien (IP) ou l'assistant médical (AM) doit remplir le formulaire avec exactitude et lisibilité, puis le signer et le dater. Le médecin, l'infirmier praticien ou l'assistant médical ne doit sélectionner qu'un seul choix dans la section 1 et qu'un seul choix dans chacune des autres sections qui s'appliquent à ce patient. Si l'une des sections 2 à 9 ne s'applique pas, laissez-la vide. Une copie ou l'original de chaque formulaire MOLST rempli doit être remis au patient ou au décideur autorisé dans les 48 heures suivant le remplissage du formulaire ou plus tôt si le patient est libéré ou transféré.

CERTIFICATION FOR THE BASIS OF THESE ORDERS: Mark any and all that apply.

I hereby certify that these orders are entered as a result of a discussion with and the informed consent of:
_____ the patient; or
_____ the patient's health care agent as named in the patient's advance directive; or
_____ the patient's guardian of the person as per the authority granted by a court order; or
_____ the patient's surrogate as per the authority granted by the Heath Care Decisions Act; or
_____ if the patient is a minor, the patient's legal guardian or another legally authorized adult.

Or, I hereby certify that these orders are based on:
_____ instructions in the patient's advance directive; or
_____ other legal authority in accordance with all provisions of the Health Care Decisions Act. All supporting documentation must be contained in the patient's medical records.
_____ Mark this line if the patient or authorized decision maker declines to discuss or is unable to make a decision about these treatments. **The patient's or authorized decision maker's participation in the preparation of the MOLST form is always voluntary.** If the patient or authorized decision maker has not limited care, except as otherwise provided by law, CPR will be attempted and other treatments will be given.

ATTESTATION JUSTIFIANT LE FONDEMENT DE CES ORDONNANCES : *Cochez toutes les cases qui s'appliquent.*
Je certifie par la présente que ces ordonnances ont été rendues à la suite d'un entretien avec la personne suivante et avec son consentement éclairé :
_____ *le patient ; ou*
_____ *le mandataire de santé du patient, tel que désigné dans ses directives anticipées ; ou*
_____ *le tuteur à la personne du patient, en vertu des pouvoirs qui lui ont été conférés par une décision de justice ; ou*
_____ *le représentant légal du patient, conformément aux pouvoirs qui lui sont conférés par la loi sur les décisions en matière de soins de santé ; ou*
_____ *si le patient est mineur, son tuteur légal ou un autre adulte légalement habilité.*

Je certifie par la présente que ces ordonnances se fondent sur :
_____ *les instructions figurant dans les directives anticipées du patient ; ou*
_____ *toute autre autorité légale, conformément à l'ensemble des dispositions de la loi sur les décisions en matière de soins de santé. Tous les documents justificatifs doivent figurer dans le dossier médical du patient.*
_____ *Cochez cette case si le patient ou la personne habilitée à prendre des décisions en son nom refuse d'aborder la question ou n'est pas en mesure de prendre une décision concernant ces traitements.* ***La participation du patient ou de son mandataire autorisé à l'élaboration du formulaire MOLST est toujours volontaire.*** *Si le patient ou le décideur autorisé n'a pas limité les soins, sauf disposition contraire de la loi, une réanimation cardio-respiratoire sera tentée et d'autres traitements seront administrés.*

Comment to print, make copies of Maryland Molst Form, or complete and sign this form online, please visit the recognized Maryland Molst Form

Fill out the form in your language
Remplissez le formulaire dans votre langue

1

CPR (RESUSCITATION) STATUS: EMS providers must follow the *Maryland Medical Protocols for EMS Providers*.

_____ **Attempt CPR:** If cardiac and/or pulmonary arrest occurs, attempt cardiopulmonary resuscitation (CPR). This will include any and all medical efforts that are indicated during arrest, including artificial ventilation and efforts to restore and/or stabilize cardiopulmonary function.

[If the patient or authorized decision maker does not or cannot make any selection regarding CPR status, mark this option. Exceptions: If a valid advance directive declines CPR, CPR is medically ineffective, or there is some other legal basis for not attempting CPR, mark one of the "No CPR" options below.]

ÉTAT DE LA RÉANIMATION (RCP) : *Les intervenants des services médicaux d'urgence doivent respecter les protocoles médicaux du Maryland destinés aux intervenants des services médicaux d'urgence.*

_____ ***Procéder à la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) :*** *En cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire, procédez à une réanimation cardio-pulmonaire (RCP).*
Cela inclura tous les efforts médicaux indiqués pendant l'arrêt cardiaque, y compris la ventilation artificielle et les efforts visant à rétablir et/ou stabiliser la fonction cardiopulmonaire.
Ceci impliquera tous les médicaments appropriés en cas de décès, comme assistance respiratoire et manipulations pour récupérer ou stabiliser les fonctions du cœur et des poumons.

[si le patient ou le décideur autorisé ne fait pas ou ne peut pas faire de choix concernant le statut de la RCP, cochez cette option. Exceptions : Si une directive anticipée valide prévoit le refus de la réanimation cardio-pulmonaire (RCP), si la RCP est médicalement inefficace ou s'il existe un autre fondement juridique justifiant de ne pas tenter de RCP, cochez l'une des options « Pas de RCP » ci-dessous.]

No CPR, **Option A, Comprehensive Efforts to Prevent Arrest:** Prior to arrest, administer all medications needed to stabilize the patient. If cardiac and/or pulmonary arrest occurs, do not attempt resuscitation (No CPR). Allow death to occur naturally.

_____ **Option A-1, Intubate:** Comprehensive efforts may include intubation and artificial ventilation.

_____ **Option A-2, Do Not Intubate (DNI):** Comprehensive efforts may include limited ventilatory support by CPAP or BiPAP, but do not intubate.

Pas de RCP, Option A, Mesures globales visant à prévenir les arrêts cardiaques : *Avant l'arrestation, administrer tous les médicaments nécessaires pour stabiliser l'état du patient. En cas d'arrêt cardiaque et/ou pulmonaire, ne tentez pas de réanimation (pas de RCP). Laisser la mort suivre son cours naturel.*

_____ ***Option A-1, Intubation :*** *Les mesures de prise en charge complète peuvent inclure l'intubation et la ventilation artificielle.*

_____ ***Option A-2, Ne pas intuber (DNI) :*** *Les mesures globales peuvent inclure une assistance respiratoire limitée par CPAP ou BiPAP, mais sans intubation.*

_____ **No CPR, Option B, Palliative and Supportive Care:** Prior to arrest, provide passive oxygen for comfort and control any external bleeding. Prior to arrest, provide medications for pain relief as needed, but no other medications. Do not intubate or use CPAP or BiPAP. If cardiac and/or pulmonary arrest occurs, do not attempt resuscitation (No CPR). Allow death to occur naturally.

_____ ***Pas de réanimation cardio-pulmonaire, option B, soins palliatifs et de soutien :*** *Avant l'arrêt cardiaque, administrez de l'oxygène par voie passive pour assurer le confort du patient et maîtrisez tout saignement externe. Avant l'arrestation, administrer les médicaments contre la douleur nécessaires, mais aucun autre médicament. Ne pas intuber ni utiliser de CPAP ou de BiPAP. En cas d'arrêt cardiaque et/ou pulmonaire, ne tentez pas de réanimation (pas de RCP). Laisser la mort suivre son cours naturel.*

Ce formulaire est une copie officielle du MOST. Il peut être copié. Toute modification apportée à ce formulaire annule sa validité.
Copy of official MOST form. May be copied. Any changes to this form invalidate it.

SIGNATURE OF PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, OR PHYSICIAN ASSISTANT (Signature and date are required to validate order)
SIGNATURE DU MÉDECIN, DE L'INFIRMIER PRATICIEN OU DE L'ASSISTANT MÉDICAL (La signature et la date sont obligatoires pour valider la prescription)

Practitioner's Signature *Signature du praticien*	Print Practitioner's Name *Nom du praticien en lettres majuscules*	
Maryland License # *Numéro de permis du Maryland*	Phone Number *Numéro de téléphone*	Date *Date*

Fill out the form in your language
Remplissez le formulaire dans votre langue

Patient's Last Name, First, Middle Initial *Nom de famille du patient, prénom, initiale du deuxième prénom*	Date of Birth *Date de naissance*	**Page 2 of 2** ***Page 2 sur 2*** ☐ Male ☐ Female ☐ *Homme* ☐ *Femme*

Orders in Sections 2-9 below do not apply to EMS providers and are for situations other than cardiopulmonary arrest.
Only complete applicable items in Sections 2 through 8, and only select one choice per applicable Section.
Les instructions des sections 2 à 9 ci-dessous ne s'appliquent pas aux fournisseurs de services médicaux d'urgence et concernent des situations autres que l'arrêt cardiorespiratoire.
Ne remplissez que les éléments applicables des sections 2 à 8 et ne sélectionnez qu'un seul choix par section applicable.

2

ARTIFICIAL VENTILATION

2a. _____ May use intubation and artificial ventilation indefinitely, if medically indicated.
2b. _____ May use intubation and artificial ventilation as a limited therapeutic trial.
Time limit_____
2c. _____ May use only CPAP or BiPAP for artificial ventilation, as medically indicated.
Time limit_____
2d. _____ Do not use any artificial ventilation (no intubation, CPAP or BiPAP).

VENTILATION ARTIFICIELLE

2a. _____ Peut recourir à l'intubation et à la ventilation artificielle pour une durée indéterminée, si cela est médicalement indiqué.
2b. _____ *Peut recourir à l'intubation et à la ventilation artificielle pour une durée indéterminée, si cela est médicalement indiqué.*
*limite de temps*_____
2c. _____ Seuls les appareils CPAP ou BiPAP peuvent être utilisés pour la ventilation artificielle, selon les indications médicales.
*limite de temps*_____
2d. _____ N'utilisez aucune forme de ventilation artificielle (ni intubation, ni CPAP, ni BiPAP).

3

BLOOD TRANSFUSION

3a. _____ May give any blood product (whole blood, packed red blood cells, plasma or platelets) that is medically indicated.
3b. _____ Do not give any blood products

TRANSFUSION SANGUINE

3a. _____ Peut administrer tout produit sanguin (sang total, concentré de globules rouges, plasma ou plaquettes) lorsque cela est médicalement indiqué.
3b. _____ Ne pas administrer de produits sanguins

4

HOSPITAL TRANSFER

4a. _____ Transfer to hospital for any situation requiring hospital-level care.
4b. _____ Transfer to hospital for severe pain or severe symptoms that cannot be controlled otherwise.
4c. _____ Do not transfer to hospital, but treat with options available outside the hospital.

TRANSFERT À L'HÔPITAL

4a. _____ Transfert à l'hôpital pour toute situation nécessitant des soins hospitaliers.
4b. _____ Transfert à l'hôpital en cas de douleurs intenses ou de symptômes graves ne pouvant être maîtrisés par d'autres moyens.
4c. _____ Ne pas transférer à l'hôpital, mais traiter en recourant aux options disponibles en dehors de l'hôpital.

Le formulaire doit être copié avec Mols English form
Completed form must be copied on Mols French form

Fill out the form in your language
Remplissez le formulaire dans votre langue

5

MEDICAL WORKUP

5a. _____ May perform any medical tests indicated to diagnose and/or treat a medical condition.

5b. _____ Only perform limited medical tests necessary for symptomatic treatment or comfort.

5c. _____ Do not perform any medical tests for diagnosis or treatment.

BILAN MÉDICAL

5a. _____ Peut réaliser tout examen médical nécessaire au diagnostic et/ou au traitement d'une affection médicale.

5b. _____ Ne réaliser que les examens médicaux strictement nécessaires au traitement des symptômes ou au soulagement de la douleur.

5c. _____ Ne procédez à aucun examen médical à des fins de diagnostic ou de traitement.

6

ANTIBIOTICS

6a. _____ May use antibiotics (oral, intravenous or intramuscular) as medically indicated.

6b. _____ May use oral antibiotics when medically indicated, but do not give intravenous or intramuscular antibiotics.

6c. _____ May use oral antibiotics only when indicated for symptom relief or comfort.

6d. _____ Do not treat with antibiotics.

ANTIBIOTIQUES

6a. _____ Peut recourir à des antibiotiques (par voie orale, intraveineuse ou intramusculaire) lorsque cela est médicalement indiqué.

6b. _____ Vous pouvez utiliser des antibiotiques par voie orale lorsque cela est médicalement indiqué, mais n'administrez pas d'antibiotiques par voie intraveineuse ou intramusculaire.

6c. _____ Les antibiotiques par voie orale ne doivent être utilisés que lorsqu'ils sont indiqués pour soulager les symptômes ou améliorer le confort du patient.

6d. _____ Ne pas traiter par antibiotiques.

7

ARTIFICIALLY ADMINISTERED FLUIDS AND NUTRITION

7a. _____ May give artificially administered fluids and nutrition, even indefinitely, if medically indicated.

7b. _____ May give artificially administered fluids and nutrition, if medically indicated, as a trial
Time limit_____

7c. _____ May give fluids for artificial hydration as a therapeutic trial, but do not give artificially administered nutrition.
Time limit_____

7d. _____ Do not provide artificially administered fluids or nutrition.

LIQUIDES ET NUTRITION ADMINISTRÉS ARTIFICIELLEMENT

7a. _____ Peut administrer des liquides et une alimentation par voie artificielle, même indéfiniment, si cela est médicalement indiqué.

7b. _____ Peut administrer des liquides et une alimentation par voie artificielle, si cela est médicalement indiqué, à titre d'essai
Délai _____

7c. _____ Peut administrer des liquides pour une hydratation artificielle à titre d'essai thérapeutique, mais ne pas administrer de nutrition artificielle.
Délai _____

7d. _____ Ne pas administrer de liquides ni d'aliments par voie artificielle.

Le formulaire complété doit être recopié sur le formulaire anglais Molst.
Completed form must be copied over Molst English form

Fill out the form in your language
Remplissez le formulaire dans votre langue

8 **DIALYSIS**

8a. _____ Peut prescrire une dialyse chronique en cas d'insuffisance rénale terminale si cela est médicalement indiqué.

8b. _____ May give dialysis for a limited period. Time limit_____

8c. _____ Do not provide acute or chronic dialysis.

DIALYSE

8a. _____ Peut prescrire une dialyse chronique en cas d'insuffisance rénale terminale si cela est médicalement indiqué.

8b. _____ Peut prescrire une dialyse pour une durée limitée. Délai_____

8c. _____ Ne pas pratiquer de dialyse aiguë ou chronique.

9 **OTHER ORDERS**

_____
_____
_____
_____

AUTRES COMMANDES

_____
_____
_____
_____

SIGNATURE OF PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, OR PHYSICIAN ASSISTANT (Signature and date are required to validate order)
SIGNATURE DU MÉDECIN, DE L'INFIRMIER PRATICIEN OU DE L'ASSISTANT MÉDICAL (La signature et la date sont obligatoires pour valider la prescription)

Practitioner's Signature *Signature du praticien*	Print Practitioner's Name *Nom du praticien en lettres majuscules*	
Maryland License # *Numéro de permis du Maryland*	Phone Number *Numéro de téléphone*	Date *Date*

Complete form must be copied over Molst English form
Le formulaire complet doit être recopié sur le formulaire anglais Molst.

INSTRUCTIONS

INSTRUCTIONS

Completing the Form: The physician, NP, or PA shall select only 1 choice in Section 1 and only 1 choice in any of the other Sections that apply to this patient. If any of Sections 2-9 do not apply, leave them blank. Use Section 9 to document any other orders related to life-sustaining treatments. The order form is not valid until a physician, NP, or PA signs and dates it. Each page that contains orders must be signed and dated. A copy or the original of every completed MOLST form must be given to a competent patient or authorized decision maker within 48 hours of completion of the form or sooner if the patient is discharged or transferred.

Remplir le formulaire : *Le médecin, l'infirmier praticien ou l'assistant médical ne doit sélectionner qu'un seul choix dans la section 1 et qu'un seul choix dans chacune des autres sections qui s'appliquent à ce patient. Si l'une des sections 2 à 9 ne s'applique pas, laissez-la vide. Utilisez la section 9 pour documenter toute autre ordonnance relative aux traitements de maintien en vie. Le formulaire de commande n'est valable que lorsqu'il est signé et daté par un médecin, un infirmier praticien ou un assistant médical. Chaque page contenant des commandes doit être signée et datée. Une copie ou l'original de chaque formulaire MOLST dûment rempli doit être remis à un patient capable de donner son consentement ou à un décideur autorisé dans les 48 heures suivant son remplissage, ou plus tôt si le patient sort de l'établissement ou est transféré.*

Selecting CPR (Resuscitation) Status: EMS Option A-1 – Intubate, Option A-2 – Do Not Intubate, and Option B include a set of medical interventions. You cannot alter the set of interventions associated with any of these options and cannot override or alter the interventions with orders in Section 9.

Sélection du statut « RCP (réanimation) » : *L'option A-1 des services médicaux d'urgence (SMU) – « Intuber », l'option A-2 – « Ne pas intuber » et l'option B comprennent un ensemble d'interventions médicales. Vous ne pouvez pas modifier l'ensemble des interventions associées à l'une de ces options et vous ne pouvez pas remplacer ou modifier les interventions avec des ordres dans la section 9.*

Fill out the form in your language
Remplissez le formulaire dans votre langue

No-CPR Option A: Comprehensive Efforts to Prevent Cardiac and/or Respiratory Arrest / DNR if Arrest – No CPR. This choice may be made either with or without intubation as a treatment option. Prior to arrest, all interventions allowed under *The Maryland Medical Protocols for EMS Providers.* Depending on the choice, intubation may or may not be utilized to try to prevent arrest. Otherwise, CPAP or BiPAP will be the only devices used for ventilatory assistance. In all cases, comfort measures will also be provided. No CPR if arrest occurs.

Option A sans RCP : Mesures globales pour prévenir l'arrêt cardiaque et/ou respiratoire / Directive de non-réanimation en cas d'arrêt – Pas de réanimation cardio-respiratoire. Ce choix peut être fait avec ou sans intubation comme option de traitement. *Avant l'arrestation, toutes les interventions autorisées par les protocoles médicaux du Maryland destinés aux secouristes. Selon le choix effectué, on peut recourir ou non à l'intubation pour tenter de prévenir un arrêt cardiaque. Autrement, la PPC ou la BiPAP seront les seuls dispositifs utilisés pour l'assistance ventilatoire. Dans tous les cas, des mesures de confort seront également mises en place. Pas de réanimation cardio-respiratoire en cas d'arrêt cardiaque.*

No-CPR Option B: Supportive Care Prior to Cardiac and/or Respiratory Arrest. DNR if Arrest Occurs – No CPR. Prior to arrest, interventions may include opening the airway by non-invasive means, providing passive oxygen, controlling external bleeding, positioning and other comfort measures, splinting, pain medications by orders obtained from a physician (e.g., by phone or electronically), and transport as appropriate. No CPR if arrest occurs.

Option B « sans RCP » : Soins de soutien avant un arrêt cardiaque et/ou respiratoire. Ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque – Pas de RCP. Avant l'arrestation, les interventions peuvent inclure la libération des voies respiratoires par des moyens non invasifs, l'administration d'oxygène passif, le contrôle des hémorragies externes, le positionnement et d'autres mesures visant à assurer le confort du patient, la pose d'attelles, l'administration d'analgésiques sur prescription d'un médecin (par exemple, par téléphone ou par voie électronique) et le transport, le cas échéant. Ne pas pratiquer la réanimation cardio-pulmonaire en cas d'arrêt cardiaque.

The DNR A-1, DNR A-2 (DNI) and DNR B options will be authorized by this original order form, a copy or a fax of this form, or a bracelet or necklace with the DNR emblem. EMS providers or medical personnel who see these orders are to provide care in accordance with these orders and the applicable *Maryland Medical Protocols for EMS Providers*. Unless a subsequent order relating to resuscitation has been issued or unless the health care provider reasonably believes a DNR order has been revoked, every health care provider, facility, and program shall provide, withhold, or withdraw treatment according to these orders in case of a patient's impending cardiac or respiratory arrest.

Les options DNR A-1, DNR A-2 (DNI) et DNR B seront validées par le présent formulaire de commande original, par une copie ou une télécopie de ce formulaire, ou par un bracelet ou un collier portant l'emblème DNR. Les prestataires de services médicaux d'urgence ou le personnel médical qui prennent connaissance de ces ordres doivent prodiguer des soins conformément à ces ordres et aux protocoles médicaux applicables du Maryland pour les prestataires de services médicaux d'urgence. À moins qu'une ordonnance ultérieure relative à la réanimation n'ait été émise ou que le professionnel de santé n'ait des raisons valables de croire qu'une ordonnance de non-réanimation a été révoquée, tout professionnel de santé, établissement et programme doit administrer, refuser ou interrompre un traitement conformément à ces ordonnances en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire imminent d'un patient.

Location of Form: The original or a copy of this form shall accompany patients when transferred or discharged from a facility or program. Health care facilities and programs shall maintain this order form (or a copy of it) with other active medical orders or in a section designated for MOLST and related documents in the patient's active medical record. At the patient's home, this form should be kept in a safe and readily available place and retrieved for responding EMS and health care providers before their arrival. The original, a copy, and a faxed MOLST form are all valid orders. There is no expiration date for the MOLST or EMS DNR orders in Maryland.

Emplacement du formulaire : *L'original ou une copie de ce formulaire doit accompagner les patients lors de leur transfert ou de leur sortie d'un établissement ou d'un programme. Les établissements et programmes de soins de santé doivent conserver ce formulaire d'ordonnance (ou une copie de celui-ci) avec les autres ordonnances médicales en vigueur ou dans une section réservée aux documents MOLST et aux documents connexes du dossier médical en cours du patient. Au domicile du patient, ce formulaire doit être conservé dans un endroit sûr et facilement accessible, et remis aux services d'urgence et aux professionnels de santé avant leur arrivée. L'original, une copie et un formulaire MOLST faxé constituent tous des ordres valides. Les ordonnances MOLST ou EMS DNR n'ont pas de date d'expiration dans le Maryland.*

Reviewing the Form: These medical orders are based on this individual's current medical condition and wishes. Patients, their authorized decision makers and attending physicians, NPs, or PAs shall review and update, if appropriate, the MOLST orders **annually and whenever the patient is transferred between health care facilities or programs, is discharged, has a substantial change in health status, loses capacity to make health care decisions, or changes his or her wishes.**

Vérification du formulaire : *Ces prescriptions médicales sont établies en fonction de l'état de santé actuel et des souhaits de cette*

Do not use if the copied over Note English form must be complete. Utiliser le formulaire anglais si le formulaire n'est pas complet

Fill out the form in your language

Remplissez le formulaire dans votre langue

personne. Les patients, leurs mandataires autorisés ainsi que leurs médecins traitants, infirmiers praticiens ou assistants médicaux doivent examiner et mettre à jour, le cas échéant, les directives MOLST ***chaque année et chaque fois que le patient est transféré d'un établissement ou d'un programme de soins à un autre, qu'il quitte l'établissement, que son état de santé subit un changement significatif, qu'il perd sa capacité à prendre des décisions en matière de soins de santé ou qu'il modifie ses souhaits.***

Updating the Form: The MOLST form shall be voided and a new MOLST form prepared when there is a change to any of the orders. If modified, the physician, NP, or PA shall void the old form and complete, sign, and date a new MOLST form.

Mise à jour du formulaire : *Le formulaire MOLST doit être annulé et un nouveau formulaire MOLST doit être établi dès qu'une modification est apportée à l'une des prescriptions. En cas de modification, le médecin, l'infirmier praticien ou l'assistant médical doit annuler l'ancien formulaire, puis remplir, signer et dater un nouveau formulaire MOLST.*

Voiding the Form: To void this medical order form, the physician, NP, or PA shall draw a diagonal line through the sheet, write "VOID" in large letters across the page, and sign and date below the line. A nurse may take a verbal order from a physician, NP, or PA to void the MOLST order form. Keep the voided order form in the patient's active or archived medical record.

Annulation du formulaire : *Pour annuler ce formulaire de prescription médicale, le médecin, l'infirmière praticienne ou l'assistant médical doit tracer une ligne diagonale sur le formulaire, inscrire « ANNULÉ » en grosses lettres sur toute la page, puis signer et dater sous la ligne. Une infirmière peut recevoir une consigne verbale d'un médecin, d'une infirmière praticienne ou d'un assistant médical afin d'annuler le formulaire de demande MOLST. Conservez le bon de commande annulé dans le dossier médical actif ou archivé du patient.*

Revoking the Form's DNR Order: In an emergency situation involving EMS providers, the DNR order in Section 1 may be revoked at any time by a competent patient's request for resuscitation made directly to responding EMS providers.

Révocation de l'ordre de non-réanimation (DNR) figurant sur le formulaire : *Dans une situation d'urgence impliquant des secouristes, l'ordre de non-réanimation (DNR) visé à la section 1 peut être révoqué à tout moment si un patient capable d'exprimer sa volonté demande à être réanimé directement aux secouristes intervenant sur place.*

Bracelets and Necklaces: If desired, complete the paper form at the bottom of this page, cut out the bracelet portion below, and place it in a protective cover to wear around the wrist or neck or pinned to clothing. If a metal bracelet or necklace is desired, contact Medic Alert at 1-800-432-5378. Medic Alert requires a copy of this order along with an application to process the request.

Bracelets et colliers : *Si vous le souhaitez, remplissez le formulaire papier au bas de cette page, découpez la partie bracelet ci-dessous et placez-la dans une pochette de protection pour la porter autour du poignet ou du cou ou l'épingler à un vêtement. Si vous souhaitez un bracelet ou un collier en métal, contactez Medic Alert au 1-800-432-5378. Medic Alert a besoin d'une copie de cette ordonnance ainsi que d'une demande pour traiter la requête.*

How to Obtain This Form: Call 410-706-4367 or go to marylandmolst.org

Comment obtenir ce formulaire : *Appelez le 410-706-4367 ou consultez le site marylandmolst.org*

Complete form must be copied. Only Maryland English MOLST forms are accepted.
Le formulaire complet doit être recopié sur le formulaire anglais MOLST

Use of an EMS DNR bracelet is OPTIONAL and at the discretion of the patient or authorized decision maker. Print legibly, have physician, NP, or PA sign, cut off strip, fold, and insert in bracelet or necklace.

Le port d'un bracelet EMS « DNR » est FACULTATIF et laissé à la discrétion du patient ou de la personne habilitée à prendre des décisions à sa place. Écrivez lisiblement, faites signer le document par un médecin, une infirmière praticienne ou un assistant médical, découpez la bande, pliez-la et insérez-la dans le bracelet ou le collier.

☐ DNR A-1 Intubate ☐ DNR A-2 Do Not Intubate ☐ DNR B

Pt Name _____ DOB. _____

Practitioner Name _____ Date _____

Practitioner Signature _____ Phone _____

☐ *DNR A-1 Intubation* ☐ *DNR A-2 Pas d'intubation* ☐ *DNR B*

Nom du patient _____ *Date de naissance* _____

Nom du praticien _____ *Date* _____

Signature du praticien _____ *Téléphone* _____