Fill out the form in your language
फ़ॉर्म को अपनी भाषा में भरें

Maryland Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST)
Maryland जीवन-रक्षक उपचार के लिए चिकित्सीय आदेश (MOLST)

Patient's Last Name, First, Middle Initial *रोगी का अंतिम नाम, पहला नाम, मध्य नाम का पहला अक्षर*	Date of Birth *जन्म तिथि*	☐ Male ☐ Female ☐ *पुरुष* ☐ *महिला*

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.

इस फ़ॉर्म में किसी विशिष्ट रोगी के लिए कार्डियोपल्मोनरी रिससिटेशन और जीवन-रक्षक उपचार के अन्य विकल्पों के संबंध में आपातकालीन चिकित्सा सेवाओं (EMS) और अन्य चिकित्सा कर्मियों के लिए चिकित्सा आदेश शामिल हैं। यह Maryland में सभी स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं और कार्यक्रमों में मान्य है। यह आदेश फ़ॉर्म रोगी की चिकित्सा रिकॉर्ड में अन्य सक्रिय चिकित्सा आदेशों के साथ रखा जाना चाहिए। चिकित्सक, नर्स प्रैक्टिशनर (NP) या फिज़िशियन असिस्टेंट (PA) को फ़ॉर्म को सही और स्पष्ट रूप से भरना होगा और फिर उस पर हस्ताक्षर करके तारीख डालनी होगी। चिकित्सक, NP या PA को अनुभाग 1 में केवल 1 विकल्प और रोगी पर लागू होने वाले अन्य प्रत्येक अनुभाग में केवल 1 विकल्प चुनना होगा। यदि अनुभाग 2-9 में से कोई भी लागू नहीं होता है, तो उसे खाली छोड़ दें। हर पूरे किए गए MOLST फ़ॉर्म की एक कॉपी या मूल फ़ॉर्म भरने के 48 घंटे के अंदर रोगी या अधिकृत निर्णय लेने वाले व्यक्ति को उपलब्ध कराई जानी चाहिए; यदि रोगी को अस्पताल से छुट्टी दी जाती है या स्थानांतरित किया जाता है, तो यह उससे पहले उपलब्ध कराई जानी चाहिए।

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.

इन आदेशों के आधार के लिए प्रमाणपत्र: *जो भी लागू हों, उन सभी पर निशान लगाएँ।*

मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि यह आदेश निम्नलिखित व्यक्ति के साथ हुई चर्चा और उसकी सूचित सहमति के आधार पर दर्ज किए गए हैं:

_____ *रोगी; या*
_____ *रोगी के अग्रिम निर्देश के अनुसार नामित रोगी का स्वास्थ्य देखभाल प्रतिनिधि; या*
_____ *न्यायालय के आदेश के तहत दिए गए अधिकार के अनुसार रोगी का व्यक्ति-सम्बंधी अभिभावक; या*
_____ *Health Care Decisions नीति के अनुसार दिए गए अधिकार के तहत रोगी का वैकल्पिक प्रतिनिधि; या*
_____ *यदि रोगी नाबालिग है, तो उसके कानूनी अभिभावक या किसी अन्य विधि द्वारा अधिकृत वयस्क।*

या, मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि यह आदेश निम्नलिखित के आधार पर दिए गए हैं:

_____ *रोगी के अग्रिम निर्देश के अनुसार दिए गए निर्देश; या*
_____ *Health Care Decisions Act के सभी प्रावधानों के अनुरूप अन्य कानूनी अधिकार। सभी सहायक*

Copies of this form must be copied over Maroon Ink Only
फ़ॉर्म की प्रतियाँ केवल मैरून स्याही में ही बनाई जानी चाहिए

Fill out the form in your language
फ़ॉर्म को अपनी भाषा में भरें

दस्तावेज़ रोगी के चिकित्सा रिकॉर्ड में शामिल होने चाहिए।

_____ *यदि रोगी या अधिकृत निर्णयकर्ता इन उपचारों पर चर्चा करने से इनकार करता/करती है या इनके बारे में निर्णय लेने में असमर्थ है, तो इस पंक्ति पर निशान लगाएँ।* ***MOLST फ़ॉर्म तैयार करने में रोगी अथवा अधिकृत निर्णयकर्ता की भागीदारी हमेशा स्वैच्छिक होती है।*** *यदि रोगी या अधिकृत निर्णयकर्ता ने चिकित्सा देखभाल को सीमित करने का निर्देश नहीं दिया है, तो कानून द्वारा अन्यथा प्रावधान न होने पर CPR का प्रयास किया जाएगा और अन्य उपचार दिए जाएँगे।*

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.]

CPR (पुनर्जीवन) स्थिति: *EMS प्रदाताओं को Maryland चिकित्सा प्रोटोकॉल जो EMS प्रदाता के लिए निर्धारित किए गए हैं उनका पालन करना होगा।*

_____ **CPR का प्रयास करें:** यदि हृदय गति और/या साँस रुक जाती है, तो कार्डियोपल्मोनरी रिससिटेशन (CPR) करने का प्रयास करें।
इसमें हृदय और/या साँस रुकने के दौरान आवश्यक सभी चिकित्सा प्रयास शामिल होंगे, जिसमें कृत्रिम वेंटिलेशन और हृदय-फुफ्फुसीय कार्य को शुरू करना और/या स्थिर करने के प्रयास शामिल हैं।

[यदि रोगी या अधिकृत निर्णयकर्ता CPR स्थिति के बारे में कोई विकल्प चुनने में असमर्थ है या कोई विकल्प नहीं चुनता है, तो इस विकल्प पर निशान लगाएँ।] अपवाद: यदि वैध अग्रिम निर्देश CPR से इनकार करता है, CPR चिकित्सकीय रूप से प्रभावहीन है, या CPR का प्रयास न करने के लिए कोई अन्य कानूनी आधार है, तो नीचे दिए गए "CPR नहीं" विकल्पों में से एक पर निशान लगाएँ।]

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.

CPR न करें, विकल्प A: हृदय और/या साँस रुकने की रोकथाम के लिए व्यापक प्रयास: *हृदय और/या साँस रुकने से पहले, रोगी की स्थिति को स्थिर करने के लिए आवश्यक सभी दवाएँ दें।* यदि हृदय और/या साँस रुक जाती है, तो पुनर्जीवन का प्रयास न करें (CPR न करें)। *प्राकृतिक मृत्यु होने दें।*

_____ ***विकल्प A-1, इंट्यूबेशन करना (श्वासनली में ट्यूब डालना):*** *व्यापक चिकित्सीय प्रयासों में इंट्यूबेशन और कृत्रिम वेंटिलेशन शामिल हो सकते हैं।*

_____ ***विकल्प A-2, श्वासनली में ट्यूब नहीं डालना (DNI):*** *व्यापक प्रयासों में CPAP या BiPAP द्वारा सीमित वेंटिलेशन सहायता दी जा सकती है, लेकिन इंट्यूबेशन नहीं किया जाना चाहिए।*

Complete form must be copied over MOLST English form
पूरा फॉर्म MOLST के अंग्रेजी फॉर्म पर कॉपी किया जाना चाहिए

Fill out the form in your language
फ़ॉर्म को अपनी भाषा में भरें

_____ **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.

_____ ***CPR नहीं, विकल्प B: उपशामक और सहायक देखभाल:*** *हृदय और/या साँस रुकने से पहले, आराम के लिए निष्क्रिय ऑक्सीजन दें और किसी भी बाहरी रक्त के बहाव को नियंत्रित करें। हृदय या साँस रुकने से पहले, रोगी को दर्द से राहत देने के लिए आवश्यकतानुसार दवाएँ दें, लेकिन कोई अन्य दवा न दें।* श्वासनली में ट्यूब न डालें और CPAP या BiPAP का उपयोग न करें। यदि हृदय और/या साँस रुक जाती है, तो पुनर्जीवन का प्रयास न करें (CPR न करें)। *प्राकृतिक मृत्यु होने दें।*

SIGNATURE OF PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, OR PHYSICIAN ASSISTANT (Signature and date are required to validate order)
चिकित्सक, नर्स प्रैक्टिशनर या फिज़िशियन असिस्टेंट के हस्ताक्षर (आदेश को मान्य करने के लिए हस्ताक्षर और तारीख आवश्यक हैं)

Practitioner's Signature प्रैक्टिशनर के हस्ताक्षर	Print Practitioner's Name प्रैक्टिशनर का नाम स्पष्ट अक्षरों में लिखें	
Maryland License # *Maryland लाइसेंस#*	Phone Number *फोन नंबर*	Date *तारीख*

Complete form must be copied over MOLST form
पूरा फ़ॉर्म MOLST के अंग्रेज़ी फ़ॉर्म पर कॉपी किया जाना चाहिए

Fill out the form in your language
फ़ॉर्म को अपनी भाषा में भरें

Patient's Last Name, First, Middle Initial *रोगी का अंतिम नाम, पहला नाम, मध्य नाम का पहला अक्षर*	Date of Birth *जन्म तिथि*	 ☐ Male ☐ Female ☐ *पुरुष* ☐ *महिला*

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.
नीचे दिए गए अनुभाग 2-9 में दिए गए आदेश EMS प्रदाताओं पर लागू नहीं होते हैं और यह कार्डियोपल्मोनरी अरेस्ट के अलावा अन्य स्थितियों के लिए हैं।
अनुभाग 2 से 8 में केवल लागू होने वाली आइटम को पूरा करें और प्रत्येक लागू अनुभाग में केवल एक विकल्प चुनें।

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).

कृत्रिम वेंटिलेशन

2a. _____ यदि चिकित्सकीय रूप से आवश्यक होने पर, अनिश्चित काल तक इंट्यूबेशन और कृत्रिम वेंटिलेशन का उपयोग किया जा सकता है।
2b. _____ इंट्यूबेशन और कृत्रिम वेंटिलेशन का सीमित चिकित्सीय परीक्षण के रूप में इस्तेमाल किया जा सकता है।
समय सीमा_____
2c. _____ चिकित्सकीय रूप से आवश्यक होने पर, कृत्रिम वेंटिलेशन के लिए केवल CPAP या BiPAP का इस्तेमाल किया जा सकता है।
समय सीमा_____
2d. _____ किसी भी प्रकार के कृत्रिम वेंटिलेशन का इस्तेमाल न करें (इंट्यूबेशन, CPAP या BiPAP भी नहीं)।

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

रक्त आधान

3a. _____ चिकित्सकीय रूप से आवश्यक होने पर, कोई भी रक्त उत्पाद (संपूर्ण रक्त, पैक्ड रेड ब्लड सेल्स, प्लाज़्मा या प्लेटलेट्स) दिया जा सकता है।

3b. _____ कोई भी रक्त उत्पाद न दें।

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

Complete form must be accepted over Molst in English form
इस फ़ॉर्म को MOLST के अंग्रेज़ी रूप में पूर्ण रूप से स्वीकार किया जाना चाहिए

Fill out the form in your language
फ़ॉर्म को अपनी भाषा में भरें

		options available outside the hospital.
	अस्पताल स्थानांतरण 4a._____ *अस्पताल स्तर की देखभाल की आवश्यकता वाली किसी भी स्थिति में अस्पताल ले जाएँ।*	4b._____ *अत्यधिक दर्द या ऐसे गंभीर लक्षणों के लिए, जिन्हें अन्यथा नियंत्रित नहीं किया जा सकता है तो अस्पताल ले जाएँ।* 4c._____ *अस्पताल न ले जाएँ, बल्कि अस्पताल के बाहर उपलब्ध विकल्पों से उपचार करें।*
5	**MEDICAL WORKUP** 5a._____ May perform any medical tests indicated to diagnose and/or treat a medical condition. ***चिकित्सीय जाँच*** 5a._____ *चिकित्सीय स्थिति का निदान और/या उपचार करने के लिए आवश्यक कोई भी चिकित्सीय जाँच की जा सकती है।*	5b._____ Only perform limited medical tests necessary for symptomatic treatment or comfort. 5c._____ Do not perform any medical tests for diagnosis or treatment. 5b._____ *केवल लक्षणों के उपचार या आराम के लिए आवश्यक सीमित चिकित्सीय जाँचें ही करें की जाएँगी।* 5c._____ *निदान या उपचार के लिए कोई भी चिकित्सीय जाँच न करें।*
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. **एंटीबायोटिक्स** 6a._____ *चिकित्सकीय रूप से आवश्यक होने पर एंटीबायोटिक्स (मौखिक, अंतःशिरा या इंट्रामस्क्युलर) का इस्तेमाल किया जा सकता है।* 6b._____ *चिकित्सकीय रूप से आवश्यक होने पर मौखिक एंटीबायोटिक्स दी जा सकती है, लेकिन अंतःशिरा या इंट्रामस्क्युलर एंटीबायोटिक्स न दें।*	6c._____ May use oral antibiotics only when indicated for symptom relief or comfort. 6d._____ Do not treat with antibiotics. 6c._____ *मौखिक एंटीबायोटिक्स का इस्तेमाल केवल लक्षणों से राहत या आराम के लिए आवश्यक होने पर ही किया जाना चाहिए।* 6d._____ *एंटीबायोटिक्स से उपचार न करें।*
	ARTIFICIALLY ADMINISTERED FLUIDS AND NUTRITION	

Complete form must be copied over Molst English form
पूरा फ़ॉर्म MOLST अंग्रेज़ी फ़ॉर्म से कॉपी किया जाना चाहिए

Fill out the form in your language
फ़ॉर्म को अपनी भाषा में भरें

7

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.

कृत्रिम रूप से दिए जाने वाले तरल पदार्थ और पोषण

7a. _____ चिकित्सकीय रूप से आवश्यक होने पर, कृत्रिम रूप से दिए जाने वाले तरल पदार्थ और पोषण को अनिश्चित काल तक भी दिया जा सकता है।

7b. _____ चिकित्सकीय रूप से आवश्यक होने पर, परीक्षण के रूप में कृत्रिम रूप से दिए जाने वाले तरल पदार्थ और पोषण दिए जा सकते हैं
समय सीमा_____

7c. कृत्रिम जलयोजन के लिए तरल पदार्थ चिकित्सीय परीक्षण के रूप में दिए जा सकते हैं, लेकिन कृत्रिम रूप से दिया जाने वाला पोषण नहीं दिया जा सकता है।
समय सीमा_____

7d. _____ कृत्रिम रूप से दिए जाने वाले तरल पदार्थ या पोषण न दें।

8 **DIALYSIS**

8a. _____ May give chronic dialysis for end-stage kidney disease if medically indicated.

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

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

डायलिसिस

8a. _____ चिकित्सकीय रूप से आवश्यक होने पर, तो अंतिम चरण के गुर्दे के रोग के लिए दीर्घकालिक डायलिसिस दिया जा सकता है।

8b. _____ सीमित अवधि के लिए डायलिसिस दिया जा सकता है।
समय सीमा_____

8c. _____ तीव्र या दीर्घकालिक डायलिसिस न करें।

9 **OTHER ORDERS**

_____
_____
_____
_____

दूसरे आदेश

_____
_____

SIGNATURE OF PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, OR PHYSICIAN ASSISTANT (Signature and date are required to validate order)
चिकित्सक, नर्स प्रैक्टिशनर या फिज़िशियन असिस्टेंट के हस्ताक्षर (आदेश को मान्य करने के लिए हस्ताक्षर और तारीख आवश्यक हैं)

Practitioner's Signature प्रैक्टिशनर के हस्ताक्षर	Print Practitioner's Name प्रैक्टिशनर का नाम स्पष्ट अक्षरों में लिखें

Complete form must be copy over Molst English form
MOLST फ़ॉर्म के अंग्रेज़ी फ़ॉर्म से कॉपी किया जाना चाहिए

Fill out the form in your language
फ़ॉर्म को अपनी भाषा में भरें

Maryland License # *Maryland लाइसेंस#*	Phone Number *फ़ोन नंबर*	Date *तारीख*

Completed form must be signed by MOLST English form
MOLST फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर होने चाहिए

INSTRUCTIONS

निर्देश

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.

फ़ॉर्म पूरा करना: *चिकित्सक, NP या PA को अनुभाग 1 में केवल 1 विकल्प और रोगी पर लागू होने वाले अन्य प्रत्येक अनुभाग में केवल 1 विकल्प चुनना होगा। यदि अनुभाग 2-9 में से कोई भी लागू नहीं होता है, तो उसे खाली छोड़ दें। जीवन-रक्षक उपचारों से संबंधित किसी भी अन्य आदेश को दर्ज करने के लिए अनुभाग 9 का उपयोग करें। चिकित्सक, NP या PA द्वारा हस्ताक्षर और तारीख अंकित किए जाने तक आदेश फ़ॉर्म मान्य नहीं है। हर पेज जिस पर आदेश हैं उस पर हस्ताक्षर और तारीख अंकित होनी चाहिए। हर पूरे किए गए MOLST फ़ॉर्म की एक कॉपी या मूल फ़ॉर्म भरने के 48 घंटे के अंदर सक्षम रोगी या अधिकृत निर्णय लेने वाले व्यक्ति को उपलब्ध कराई जानी चाहिए; यदि रोगी को अस्पताल से छुट्टी दी जाती है या स्थानांतरित किया जाता है, तो यह उससे पहले उपलब्ध कराई जानी चाहिए।*

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.

CPR (पुनर्जीवन) स्थिति का चयन करना: *EMS विकल्प A-1 – इंट्यूबेशन करें, विकल्प A-2 – इंट्यूबेशन न करें, और विकल्प B में चिकित्सीय हस्तक्षेपों का एक सेट शामिल है। आप इनमें से किसी भी विकल्प से जुड़े चिकित्सीय हस्तक्षेपों के सेट में बदलाव नहीं कर सकते हैं और न ही अनुभाग 9 में दिए गए आदेशों के माध्यम से इन हस्तक्षेपों को निरस्त या बदल सकते हैं।*

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.

विकल्प A में CPR न दें: हृदय और/या साँस रुकने से बचाने के लिए व्यापक प्रयास/रुकने की स्थिति में DNR – CPR न दें। इसका चयन उपचार विकल्प के रूप में या तो इंट्यूबेशन के साथ या उसके बिना किया जा सकता है। *हृदय रुकने की स्थिति से पहले, EMS प्रदाताओं के लिए Maryland मेडिकल प्रोटोकॉल के अंतर्गत अनुमत सभी हस्तक्षेप। चयन किए गए विकल्प के आधार पर, हृदय रुकने की स्थिति को रोकने के प्रयास के लिए इंट्यूबेशन का इस्तेमाल किया जा सकता है या नहीं भी किया जा सकता है। अन्यथा, वेंटिलेटरी सहायता के लिए केवल CPAP या BiPAP उपकरणों का इस्तेमाल किया जाएगा। सभी मामलों में, आराम देखभाल के उपाय भी बताए जाएँगे। हृदय रुकने की स्थिति में CPR न करें।*

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.

विकल्प B में CPR न दें: हृदय और/या साँस रुकने से पहले सहायक देखभाल। हृदय रुकने की स्थिति में DNR – CPR न करें। हृदय रुकने से पहले, हस्तक्षेपों में गैर-आक्रामक तरीकों से वायुमार्ग खोलना, निष्क्रिय ऑक्सीजन देना, बाहरी रक्त के बहाव को नियंत्रित करना, उचित स्थिति में रखना और अन्य आरामदायक उपाय, स्प्लिंट लगाना, चिकित्सक से प्राप्त आदेशों के अनुसार दर्द की दवाएँ देना (जैसे, फोन या इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से), और उपयुक्त होने पर परिवहन शामिल हो सकते हैं। हृदय रुकने की स्थिति में CPR न करें।

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,

Fill out the form in your language
फ़ॉर्म को अपनी भाषा में भरें

and program shall provide, withhold, or withdraw treatment according to these orders in case of a patient's impending cardiac or respiratory arrest.

DNR A-1, DNR A-2 (DNI) और DNR B विकल्पों को इस मूल आदेश फ़ॉर्म, इस फ़ॉर्म की एक कॉपी या फैक्स द्वारा भेजी गई कॉपी, अथवा DNR प्रतीक वाले ब्रेसलेट या नेकलेस द्वारा अधिकृत किया जाएगा। इन आदेशों को देखने वाले EMS प्रदाताओं या चिकित्सा कर्मियों को इन आदेशों और EMS प्रदाताओं के लिए लागू Maryland मेडिकल प्रोटोकॉल के अनुसार देखभाल प्रदान करनी चाहिए। जब तक पुनर्जीवन से संबंधित कोई बाद का आदेश जारी न किया गया हो या स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को उचित रूप से यह विश्वास न हो कि DNR आदेश रद्द कर दिया गया है, तब तक प्रत्येक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता, सुविधा केंद्र और कार्यक्रम को रोगी के दिल या साँस रुकने की आशंका होने पर इन आदेशों के अनुसार इलाज देना होगा, इलाज नहीं देना होगा या इलाज रोकना होगा।

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.

फ़ॉर्म का स्थान: *इस फ़ॉर्म की मूल कॉपी या एक कॉपी को किसी सुविधा केंद्र या कार्यक्रम से रोगी के स्थानांतरण या छुट्टी के समय रोगी के साथ भेजा जाना चाहिए। स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं और कार्यक्रमों को इस आदेश फ़ॉर्म (या इसकी एक कॉपी) को रोगी के सक्रिय चिकित्सा रिकॉर्ड में अन्य सक्रिय चिकित्सा आदेशों के साथ या MOLST और संबंधित दस्तावेज़ों के लिए निर्दिष्ट अनुभाग में रखना चाहिए। रोगी के घर पर, इस प्रपत्र को सुरक्षित और आसानी से मिलने वाली जगह पर रखा जाना चाहिए और EMS और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के आने से पहले, प्रतिक्रिया देने वाले EMS और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के लिए इसे निकालकर तैयार रखना चाहिए। मूल MOLST फ़ॉर्म, उसकी कॉपी और फैक्स द्वारा भेजा गया MOLST फ़ॉर्म यह सभी वैध आदेश हैं। Maryland में MOLST या EMS DNR आदेशों की कोई समाप्ति तारीख नहीं होती है।*

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.**

फ़ॉर्म कि समीक्षा: *यह चिकित्सीय आदेश इस व्यक्ति की वर्तमान चिकित्सीय स्थिति और इच्छाओं पर आधारित हैं। रोगी, उनके अधिकृत निर्णयकर्ता और उपचार करने वाले चिकित्सक, NP या PA को प्रत्येक वर्ष और जब भी रोगी को स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं या कार्यक्रमों के बीच स्थानांतरित किया जाता है, रोगी को छुट्टी दी जाती है, उसके स्वास्थ्य की स्थिति में महत्वपूर्ण बदलाव होता है, वह स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने की क्षमता खो देता है, या उसकी इच्छाओं में परिवर्तन होता है, तब MOLST आदेशों की समीक्षा की जानी चाहिए और, यदि उचित हो, तो उन्हें अपडेट भी किया जाना चाहिए।*

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.

फ़ॉर्म को अपडेट करना: *किसी भी आदेश में परिवर्तन होने पर MOLST फ़ॉर्म को निरस्त कर दिया जाना चाहिए और एक नया MOLST फ़ॉर्म तैयार किया जाना चाहिए। यदि संशोधन किया जाता है, तो चिकित्सक, NP या PA पुराने फ़ॉर्म को निरस्त करेंगे और नया MOLST फ़ॉर्म पूरा करके उस पर हस्ताक्षर और तारीख अंकित करेंगे।*

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.

फ़ॉर्म को निरस्त करना: *इस चिकित्सीय आदेश फ़ॉर्म को निरस्त करने के लिए, चिकित्सक, NP या PA को प्रपत्र के पृष्ठ पर एक तिरछी रेखा खींचनी होगी, पूरे पृष्ठ पर बड़े अक्षरों में "निरस्त" लिखना होगा और रेखा के नीचे हस्ताक्षर और तारीख अंकित करना होगा। नर्स MOLST आदेश फ़ॉर्म को निरस्त करने के लिए चिकित्सक, NP या PA से मौखिक आदेश प्राप्त कर सकती है।* निरस्त किए गए आदेश फ़ॉर्म को रोगी के सक्रिय या अभिलेखित चिकित्सीय रिकॉर्ड में रखें।

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.

फ़ॉर्म के DNR आदेश को रद्द करना: *EMS प्रदाताओं से जुड़ी आपातकालीन स्थिति में, अनुभाग 1 में दिए गए DNR आदेश को किसी भी समय सक्षम रोगी द्वारा पुनर्जीवन का अनुरोध करने पर रद्द किया जा सकता है, बशर्ते रोगी यह अनुरोध सीधे घटनास्थल पर पहुँचे EMS*

Fill out the form in your language
फ़ॉर्म को अपनी भाषा में भरें

प्रदाताओं से करे।

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.

ब्रेसलेट और नेकलेस: *यदि इच्छा हो, तो इस पेज के नीचे दिया गया कागज़ी फ़ॉर्म भरें, नीचे दिए गए ब्रेसलेट वाले हिस्से को काटकर अलग करें और उसे एक सुरक्षात्मक कवर में रखकर कलाई या गले में पहनें या कपड़ों पर पिन से लगाएँ। यदि धातु का ब्रेसलेट या नेकलेस चाहिए, तो Medic Alert से 1-800-432-5378 पर संपर्क करें। अनुरोध पर कार्रवाई करने के लिए Medic Alert को इस आदेश की एक कॉपी के साथ आवेदन भी आवश्यक है।*

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

यह फ़ॉर्म कैसे प्राप्त करें: *410-706-4367 पर कॉल करें या marylandmolst.org पर जाएँ*

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.
EMS DNR ब्रेसलेट का उपयोग वैकल्पिक है और यह रोगी या अधिकृत निर्णयकर्ता के विवेक पर निर्भर करता है। स्पष्ट रूप से लिखें, चिकित्सक, NP या PA से हस्ताक्षर करवाएँ, पट्टी को काटकर अलग करें, मोड़ें और ब्रेसलेट या नेकलेस में डालें।

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

Pt Name _____ DOB. _____
Practitioner Name _____ Date _____
Practitioner Signature _____ Phone _____

☐ *DNR A-1 – इंट्यूबेशन करें* ☐ *DNR A-2 – इंट्यूबेशन न करें* ☐ *DNR B*

रोगी का नाम _____ *जन्म तिथि* _____
प्रैक्टिशनर का नाम _____ *तारीख* _____
प्रैक्टिशनर के हस्ताक्षर _____ *फोन* _____