Fill out the form in your language

본인의 언어로 양식을 작성해 주세요.

Maryland Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST)

메릴랜드 연명치료를 위한 의료 지시서(MOLST)

Patient's Last Name, First, Middle Initial *환자의 성, 이름, 중간 이름 이니셜*	Date of Birth *생년월일*	☐ Male ☐ Female ☐ *남성* ☐ *여성*

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.

이 양식에는 특정 환자의 심폐소생술 및 기타 연명치료 선택 사항에 관하여 응급의료서비스(EMS) 및 기타 의료진이 따라야 할 의료 지시 사항이 포함되어 있습니다. 메릴랜드주 전역의 모든 의료기관 및 의료 프로그램에서 유효합니다. 이 의료 지시 양식은 환자의 의료 기록에 있는 다른 유효한 의료 지시서과 함께 보관해야 합니다. 의사, 전문간호사(NP) 또는 의사보조원(PA)은 이 양식을 정확하고 알아보기 쉽게 작성한 후 서명하고 날짜를 기재해야 합니다. 의사, 전문간호사(NP) 또는 의사보조원(PA)은 제1항에서 하나의 선택지만 선택해야 하며, 환자에게 해당되는 다른 항목에서도 각각 하나의 선택지만 선택해야 합니다. 제2항부터 제9항 중 환자에게 해당되지 않는 항목은 공란으로 두십시오. 작성 완료된 모든 MOLST 양식의 원본 또는 사본은 양식 작성 후 48시간 이내에 환자 또는 권한을 부여받은 의사결정권자에게 전달해야 하며, 환자가 퇴원하거나 전원하는 경우에는 그보다 빨리 전달해야 합니다.

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.

본 의료 지시의 근거에 대한 인증: *해당하는 모든 항목에 표시하십시오.*

본인은 다음 사람들과의협의 및 충분한 정보에 입각한 동의를 거쳐 본 의료 지시가 내려졌음을 증명합니다.

_____ *환자; 또는*
_____ *환자의 사전의료의향서에 지정된 의료 의사결정 대리인; 또는*
_____ *법원 명령에 따라 권한을 부여받은 환자의 신상 후견인; 또는*
_____ *의료 의사결정법에 따라 권한을 부여받은 환자의 대리인; 또는*
_____ *환자가 미성년자인 경우, 환자의 법정 후견인 또는 법적으로 권한을 부여받은 성인.*

또는 본인은 다음 사항을 근거로 본 의료 지시가 작성되었음을 인증합니다.

_____ *환자의 사전의료의향서에 명시된 지침; 또는*
_____ *의료 의사결정법의 모든 규정에 따른 기타 법적 권한. 모든 관련 증빙 서류는 환자의 의료 기록에 포함되어 있어야 합니다.*
_____ *환자 또는 권한을 부여받은 의사결정권자가 이러한 치료에 대한 논의를 거부하거나 결정을 내릴 수 없는 경우 이 항목을 표시하십시오.* ***환자 또는 권한을 부여받은 의사결정권자의 MOLST 양식 작성 참여는 항상 자발적으로 이루어집니다.*** *환자 또는 권한을 부여받은 의사결정권자가 치료 범위를 제한하지 않은 경우, 법률에 달리 규정된 경우를 제외하고 심폐소생술을 시도하고 기타 치료를 제공할 것입니다.*

Completion must be signed over Most Recent MOLST
완료된 양식은 가장 최근에 작성된 MOLST 양식에 덮어씌워야 합니다.

Fill out the form in your language

본인의 언어로 양식을 작성해 주세요.

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.]

심폐소생술(CPR) 상태: *응급의료서비스(EMS) 제공자는 메릴랜드주 응급의료서비스 제공자를 위한 의료 지침을 따라야 합니다.*

_____ ***심폐소생술을 시도하십시오:*** *심정지 및/또는 호흡정지가 발생한 경우 심폐소생술(CPR)을 시행하십시오. 이는 심정지 및/또는 호흡 정지 발생 시 필요한 모든 의료적 처치를 포함하며, 여기에는 인공호흡 및 심폐 기능을 회복 및/또는 안정화하기 위한 처치가 포함됩니다.*

[환자 또는 권한을 부여받은 의사결정권자가 심폐소생술(CPR) 상태에 대해 선택하지 않거나 선택할 수 없는 경우 이 항목을 표시하십시오. 예외 사항: 유효한 사전의료의향서에서 심폐소생술(CPR)을 거부하거나, CPR이 의학적으로 효과가 없거나, CPR을 시행하지 않아야 할 기타 법적 근거가 있는 경우 아래의 "CPR 미시행(No CPR)" 항목 중 하나를 표시하십시오.]

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 미시행(No CPR), 옵션 A, 심정지 예방을 위한 종합적 처치: *심정지 발생 전에 환자의 상태를 안정시키는 데 필요한 모든 약물을 투여하십시오. 심정지 및/또는 호흡정지가 발생한 경우 소생술을 시도하지 마십시오(심폐소생술 금지). 자연스럽게 임종을 맞도록 하십시오.*

_____ ***옵션 A-1, 기관 삽관:*** *종합적 처치에는 기관 삽관 및 인공호흡이 포함될 수 있습니다.*

_____ ***옵션 A-2, 기관 삽관 금지(DNI):*** *종합적 처치에는 CPAP 또는 BiPAP를 통한 제한적 호흡 보조가 포함될 수 있으나, 기관 삽관은 시행하지 마십시오.*

_____ **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 미시행(No CPR), 옵션 B, 완화 및 지지적 치료:*** *심정지 발생 전에 환자의 편안함을 위해 수동적 산소를 공급하고 외부 출혈을 조절하십시오. 심정지 발생 전에 필요에 따라 통증 완화제를 제공하되, 다른 약물은 제공하지 마십시오. 기관삽관이나 CPAP 또는 BiPAP를 사용하지 마십시오. 심정지 및/또는 호흡정지가 발생한 경우 소생술을 시도하지 마십시오(심폐소생술 금지). 자연스럽게 임종을 맞도록 하십시오.*

Copy of form must be accepted over Post-Discharge English form
사본 포스트 양식을 영어 양식에 복사해야 합니다.

SIGNATURE OF PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, OR PHYSICIAN ASSISTANT (Signature and date are required to validate order)
의사, 전문간호사 또는 의사보조원의 서명 (의료 지시의 유효성을 위해 서명 및 날짜 기재가 필요함)

Practitioner's Signature *의료인의 서명*	Print Practitioner's Name *의료인의 이름을 정자로 기재하십시오*	
Maryland License # *메릴랜드 면허 번호#*	Phone Number *전화 번호*	Date *날짜*

Fill out the form in your language

본인의 언어로 양식을 작성해 주세요.

Patient's Last Name, First, Middle Initial *환자의 성, 이름, 중간 이름 이니셜*	Date of Birth *생일*	 ☐ Male ☐ Female ☐ *남성* ☐ *여성*

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.

아래 제2항부터 제9항의 의료 지시는 응급의료서비스(EMS) 제공자에게는 적용되지 않으며, 심폐정지 이외의 상황에 적용됩니다.

제2항부터 제8항 중 해당되는 항목만 작성하고, 해당되는 각 항목에서 하나의 선택지만 선택하십시오.

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).

인공호흡

2a. _____ 의학적으로 필요한 경우 기관삽관 및 인공호흡을 무기한으로 사용할 수 있습니다.

2b. _____ 기관삽관 및 인공호흡을 제한적인 치료 시도로 사용할 수 있습니다.
시간 제한_____

2c. _____ 의학적으로 필요한 경우 인공호흡을 위해 CPAP 또는 BiPAP만 사용할 수 있습니다.
시간 제한_____

2d. _____ 어떠한 인공호흡도 사용하지 않습니다(기관삽관, CPAP 또는 BiPAP를 사용하지 않음).

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

혈액 수혈

3a. _____ 의학적으로 필요한 경우 모든 혈액 제제(전혈, 농축 적혈구, 혈장 또는 혈소판)를 투여할 수 있습니다.

3b. _____ 혈액 제제를 투여하지 않습니다.

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.

병원 이송

4a. _____ 병원 수준의 치료가 필요한 모든 상황에서 병원으로 이송합니다.

4b. _____ 극심한 통증이나 다른 방법으로 조절할 수 없는 심각한 증상이 나타나면 병원으로 이송하십시오.

4c. _____ 병원으로 이송하지 말고, 병원 밖에서 가능한 치료 방법을 이용하십시오.

Original form must be copied on Mint English form
다정 글꼴로 양식을 Mint 영어 양식에 복사해야 합니다

Fill out the form in your language

본인의 언어로 양식을 작성해 주세요.

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.

의료 검사

5a. _____ 질병을 진단 및/또는 치료하는 데 필요한 모든 의학적 검사를 수행할 수 있습니다.

5b. _____ 증상 치료 또는 편안함을 위해 필요한 제한적인 의학적 검사만 시행합니다.

5c. _____ 진단 또는 치료를 위한 어떠한 의학적 검사도 시행하지 않습니다.

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.

항생제

6a. _____ 의학적으로 필요한 경우 항생제(경구, 정맥 또는 근육 주사)를 사용할 수 있습니다.

6b. _____ 의학적으로 필요한 경우 경구 항생제를 사용할 수 있으나, 정맥 또는 근육 주사 항생제는 투여하지 않습니다.

6c. _____ 증상 완화 또는 편안함을 위해 필요한 경우에만 경구 항생제를 사용할 수 있습니다.

6d. _____ 항생제로 치료하지 마십시오.

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.

인공적으로 투여되는 수액 및 영양

7a. _____ 의학적으로 필요한 경우 인공적으로 투여하는 수액 및 영양을 무기한으로 제공할 수 있습니다.

7b. _____ 의학적으로 필요한 경우 인공적으로 투여하는 수액 및 영양을 치료 시도로 제공할 수 있습니다.
시간 제한_____

7c. _____ 치료 목적으로 인공 수분 공급을 위해 수액을 투여할 수 있으나, 인공적으로 영양을 공급해서는 안 됩니다.
시간 제한_____

7d. _____ 인공적으로 투여하는 수액이나 영양을 제공하지 않습니다.

Common form must be copied over Molst English form
작성한 양식을 Molst 영어 양식 위에 복사해야 합니다.

Fill out the form in your language

본인의 언어로 양식을 작성해 주세요.

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. ***투석*** 8a. _____ 의학적으로 필요한 경우 말기 신장 질환에 대해 만성 투석을 시행할 수 있습니다. *8b. _____ 제한된 기간 동안 투석을 시행할 수 있습니다.* *시간 제한*_____ *8c. _____ 급성 또는 만성 투석을 시행하지 않습니다.*
9	**OTHER ORDERS** _____ _____ _____ _____ ***기타 의료 지시*** _____ _____ _____ _____

SIGNATURE OF PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, OR PHYSICIAN ASSISTANT (Signature and date are required to validate order)
의사, 전문간호사 또는 의사보조원의 서명 (의료 지시의 유효성을 위해 서명 및 날짜 기재가 필요함)

Practitioner's Signature *의료인의 서명*	Print Practitioner's Name *의료인의 이름을 정자로 기재하십시오*	
Maryland License # *메릴랜드 면허 번호#*	Phone Number *전화 번호*	Date *날짜*

Complete form must be copied over Molst English form.
완료된 양식을 MOLST 영어 양식 위에 복사해야 합니다.

INSTRUCTIONS

지침

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.

양식 작성 완료: *의사, 전문간호사(NP) 또는 의사보조원(PA)은 제1항에서 하나의 선택지만 선택해야 하며, 환자에게 해당되는 다른 항목에서도 각각 하나의 선택지만 선택해야 합니다. 제2항부터 제9항 중 환자에게 해당되지 않는 항목은 공란으로 두십시오. 제9항을 이용하여 생명 유지 치료와 관련된 기타 지시 사항을 기록하십시오. 의사, 전문간호사(NP) 또는 의사보조원(PA)이 서명하고 날짜를 기재하기 전까지는 이 의료 지시서가 유효하지 않습니다. 의료 지시가 포함된 각 페이지에는 서명하고 날짜를 기재해야 합니다. 작성 완료된 모든 MOLST 양식의 원본 또는 사본은 양식 작성 후 48시간 이내에 의사결정 능력이 있는 환자 또는 권한을 부여받은 의사결정권자에게 전달해야 하며, 환자가 퇴원하거나 전원하는 경우에는 그보다 빨리 전달해야 합니다.*

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.

Fill out the form in your language

본인의 언어로 양식을 작성해 주세요.

심폐소생술(CPR) 상태 선택: *EMS 옵션 A-1(기관 삽관), 옵션 A-2(기관 삽관 금지) 및 옵션 B에는 일련의 의료적 중재가 포함됩니다. 이러한 옵션에 포함된 의료적 중재는 변경할 수 없으며, 제9항의 의료 지시를 통해 해당 중재를 무효화하거나 변경할 수 없습니다.*

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.

심폐소생술 금지 옵션 A: 심정지 및/또는 호흡정지 예방을 위한 종합적 처치 / 심정지 발생 시 DNR(소생술 금지) - 심폐소생술 금지. 이러한 선택은 기관삽관을 치료 옵션으로 포함하거나 포함하지 않고 이루어질 수 있습니다. *심정지 발생 전에는 「메릴랜드주 응급의료서비스 제공자를 위한 의료 프로토콜」에 따라 허용되는 모든 처치를 시행할 수 있습니다. 선택 사항에 따라 심정지 예방을 위해 기관 삽관을 시행할 수도 있고 시행하지 않을 수도 있습니다. 그 외의 경우에는 CPAP 또는 BiPAP만 호흡 보조를 위해 사용합니다. 모든 경우에 편의를 위한 조치도 제공될 것입니다. 심정지 발생 시 심폐소생술은 시행하지 않습니다.*

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.

심폐소생술 금지 옵션 B: 심정지 및/또는 호흡정지 발생 전 지지적 치료. 심정지 발생 시 DNR(소생술 금지) - 심폐소생술 금지. 심정지 발생 전에는 비침습적인 방법으로 기도를 확보하고, 수동적 산소를 공급하며, 외부 출혈을 조절하고, 체위를 조정하는 등의 조치를 취할 수 있으며, 부목 고정, 의사로부터 받은 지시에 따른 진통제 투여(예: 전화 또는 전자적 방법으로 받은 지시) 및 필요한 경우 이송을 시행할 수 있습니다. 심정지 발생 시 심폐소생술을 시행하지 않습니다.

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.

DNR A-1, DNR A-2(DNI) 및 DNR B 옵션은 이 의료 지시서 원본, 이 양식의 사본 또는 팩스본, 또는 DNR 표지가 있는 팔찌나 목걸이를 통해 유효한 의료 지시로 인정됩니다. 이러한 의료 지시를 확인한 응급의료서비스(EMS) 제공자 또는 의료진은 해당 지시 및 「메릴랜드주 응급의료서비스 제공자를 위한 의료 프로토콜」에 따라 의료 처치를 제공해야 합니다. 소생술과 관련된 후속 의료 지시가 내려졌거나 의료 서비스 제공자가 DNR 지시가 철회되었다고 합리적으로 판단하는 경우를 제외하고, 모든 의료 서비스 제공자, 의료기관 및 의료 프로그램은 환자에게 심정지 또는 호흡정지가 임박한 경우 이러한 의료 지시에 따라 치료를 제공하거나, 치료를 보류하거나, 치료를 중단해야 합니다.

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.

양식 보관 장소: *이 양식의 원본 또는 사본은 환자가 의료기관 또는 의료 프로그램에서 전원되거나 퇴원할 때 환자와 함께 전달되어야 합니다. 의료기관 및 의료 프로그램은 이 의료 지시서(또는 사본)를 다른 유효한 의료 지시서와 함께 보관하거나 환자의 현재 의료 기록에서 MOLST 및 관련 문서를 위해 지정된 항목에 보관해야 합니다. 환자의*

Copies of this form must be completed in English
의료진은 양식을 반드시 영어로 작성해야 합니다.

Fill out the form in your language

본인의 언어로 양식을 작성해 주세요.

자택에서는 이 양식을 안전하면서도 쉽게 찾을 수 있는 곳에 보관하고, 응급의료서비스(EMS) 제공자 및 의료진이 도착하기 전에 꺼내어 준비해 두어야 합니다. 원본, 사본 및 팩스로 전송된 MOLST 양식은 모두 유효한 의료 지시서입니다. 메릴랜드주에서는 MOLST 또는 EMS DNR 의료 지시서에 유효기간이 없습니다.

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.**

양식 검토: *이 의료 지시는 해당 환자의 현재 의학적 상태와 의사에 따른 희망사항을 바탕으로 합니다. 환자, 환자의 권한을 부여받은 의사결정권자 및 담당 의사, 전문간호사(NP) 또는 의사보조원(PA)은 MOLST 의료 지시를* ***매년, 그리고 환자가 의료기관 또는 의료 프로그램 간에 전원되거나 퇴원하는 경우, 건강 상태에 중대한 변화가 있는 경우, 의료 관련 의사결정을 내릴 능력을 상실한 경우 또는 환자의 의사가 변경된 경우에 검토하고, 필요한 경우 업데이트해야 합니다.***

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.

양식 업데이트: *MOLST 양식의 의료 지시 중 어느 하나라도 변경된 경우 기존 MOLST 양식은 무효로 처리하고 새로운 MOLST 양식을 작성해야 합니다. 변경 사항이 있는 경우 의사, 전문간호사(NP) 또는 의사보조원(PA)은 기존 양식을 무효로 처리하고 새로운 MOLST 양식을 작성한 후 서명하고 날짜를 기재해야 합니다.*

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.

양식 무효화: *이 의료 지시서를 무효로 처리하려면 의사, 전문간호사(NP) 또는 의사보조원(PA)은 양식에 대각선을 긋고, 페이지 전체에 큰 글씨로 "VOID"라고 기재한 후 그 선 아래에 서명하고 날짜를 기재해야 합니다. 간호사는 의사, 전문 간호사 또는 진료 보조사로부터 MOLST 처방 양식을 무효화하라는 구두 지시를 받을 수 있습니다. 무효 처리된 처방전은 환자의 현재 또는 보관된 의료 기록에 보관하십시오.*

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.

양식의 DNR 의료 지시 철회: *응급 상황에서 응급 의료 서비스 제공자가 개입하는 경우, 1항의 DNR(소생술 거부) 명령은 판단 능력이 있는 환자가 출동한 응급 의료 서비스 제공자에게 직접 소생술을 요청함으로써 언제든지 철회될 수 있습니다.*

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.

팔찌 및 목걸이: *원하는 경우 이 페이지 하단의 양식을 작성한 후, 아래의 팔찌 부분을 잘라 보호용 케이스에 넣어 손목이나 목에 착용하거나 옷에 핀으로 고정하십시오. 금속 팔찌나 목걸이를 원하는 경우 Medic Alert(메딕 얼럿) 1-800-432-5378로 문의하십시오. Medic Alert에서는 요청을 처리하기 위해 이 의료 지시서의 사본과 신청서를 함께 제출해야 합니다.*

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

이 양식의 발급 방법: *410-706-4367로 전화하거나 marylandmolst.org를 방문하십시오.*

Sample form method over Most English form
작성 완료된 양식은 Most 양식 위에 놓입니다

Fill out the form in your language

본인의 언어로 양식을 작성해 주세요.

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 팔찌의 사용은 선택 사항이며, 환자 또는 권한을 부여받은 의사결정권자의 재량에 따릅니다. 읽기 쉽게 정자로 기재한 후, 의사, 전문간호사(NP) 또는 의사보조원(PA)의 서명을 받고, 띠 부분을 잘라 접어 팔찌 또는 목걸이에 넣으십시오.*	☐ DNR A-1 Intubate ☐ DNR A-2 Do Not Intubate ☐ DNR B Pt Name _____ DOB. _____ Practitioner Name _____ Date _____ Practitioner Signature _____ Phone _____ ☐ *DNR A-1 기관 삽관* ☐ *DNR A-2 기관 삽관 금지* ☐ *DNR B* *환자 이름* _____ *생년월일* _____ *의료인 이름* _____ *날짜* _____ *의료인 서명* _____ *전화번호* _____

Complete form must be copied over Molst English form
작성 완료된 양식을 Molst 영어 양식 위에 복사해야 합니다.