Fill out the form in your language
Заполните форму на вашем языке.

Maryland Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST)
Медицинские распоряжения, действующие в штате Мэриленд, относительно жизнеподдерживающей терапии (MOLST)

Patient's Last Name, First, Middle Initial *Фамилия, Имя, Отчество пациента*	Date of Birth *Дата рождения*	☐ Male ☐ Female ☐ *Мужчина* ☐ *Женщина*

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.

Данная форма содержит медицинские распоряжения для сотрудников экстренной медицинской помощи (Emergency Medical Services, EMS) и другого медицинского персонала относительно проведения сердечно-легочной реанимации и других вариантов поддержания жизни для конкретного пациента. Данная форма действительна во всех медицинских учреждениях и программах на всей территории штата Мэриленд. Данная форма распоряжений должна храниться вместе с другими действующими медицинскими распоряжениями в медицинской карте пациента. Врач, практикующая медсестра (NP) или ассистент врача (PA) должны точно и разборчиво заполнить форму, а затем подписать ее и поставить дату. Врач, практикующая медсестра (NP) или ассистент врача (PA) должны выбрать только один вариант в Разделе 1 и только один вариант в любом другом Разделе, применимом к данному пациенту. Если какие-либо из Разделов 2-9 не применимы, оставьте их незаполненными. Копия или оригинал каждой заполненной формы MOLST должны быть переданы пациенту или уполномоченному лицу, принимающему решения, в течение 48 часов после заполнения формы или раньше, если пациент выписывается из медицинского учреждения или переводится в другое учреждение.

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.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ДАННЫХ РАСПОРЯЖЕНИЙ: *Отметьте все подходящие варианты.*

Настоящим удостоверяю, что данные распоряжения внесены по итогам беседы и при наличии осознанного согласия:

_____ *пациента; или*
_____ *представителя пациента по вопросам здравоохранения, указанного в предварительном распоряжении пациента; или*
_____ *опекуна пациента в соответствии с полномочиями, предоставленными постановлением суда; или*
_____ *доверенного лица пациента в соответствии с полномочиями, предоставленными Законом о принятии решений в сфере здравоохранения; или*
_____ *в случае несовершеннолетнего пациента - законного опекуна пациента или другого совершеннолетнего лица, имеющего на это законное право.*

Или же настоящим удостоверяю, что данные распоряжения основаны на:

_____ *указаниях, содержащихся в предварительном распоряжении пациента; или*
_____ *иных правовых основаниях в соответствии со всеми положениями Закона о решениях в сфере здравоохранения. Вся сопроводительная документация должна быть включена в медицинскую карту*

Copies of this form must be accepted as legally valid. Please make sure to sign and date the MOLST form.
Заполненную форму MOLST необходимо скопировать на цветную копию. Must.

пациента.

_____ *Отметьте эту строку, если пациент или уполномоченное лицо, принимающее решение, отказываются обсуждать данные виды терапии или не в состоянии принять по ним решение.* ***Участие пациента или уполномоченного лица, принимающего решения, в заполнении формы MOLST всегда носит добровольный характер.*** *Если пациент или уполномоченное лицо, принимающее решения, не ограничили оказание медицинской помощи пациенту, за исключением случаев, предусмотренных законом, будет предпринята попытка проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР) и будут оказаны другие виды медицинской помощи.*

Complete form must be copied on MOLST English form
Заполненную форму необходимо скопировать на английскую форму MOLST

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.]

СТАТУС СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ (СЛР): *Сотрудники служб экстренной медицинской помощи (EMS) обязаны соблюдать выполнение «Медицинских протоколов штата Мэриленд для сотрудников служб экстренной медицинской помощи».*

_____ ***Попытаться осуществить сердечно-легочную реанимацию (СЛР):*** *В случае остановки сердца и/или дыхания предпринять попытку проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР).*
Сюда будут входить все без исключения медицинские меры, показанные во время остановки сердца, включая искусственную вентиляцию легких и меры по восстановлению и/или стабилизации сердечно-легочной функции.

[Если пациент или уполномоченное лицо, принимающее решение, не выбрали или не могут сделать выбор относительно статуса проведения сердечно-легочной реанимации, отметьте этот вариант.] Исключения: Если в действующем предварительном распоряжении содержится отказ от проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР), СЛР признана неэффективной по медицинским показаниям или существуют другие законные основания для отказа от проведения СЛР, отметьте один из вариантов «Не проводить СЛР» ниже.]

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.

Не проводить СЛР, вариант А, комплексные меры по предотвращению остановки сердца: *До наступления остановки сердца ввести все необходимые лекарственные препараты для стабилизации состояния пациента. В случае остановки сердца и/или дыхания не предпринимать попыток реанимации (не проводить сердечно-легочную реанимацию (СЛР). Позволить естественную смерть.*

_____ ***Вариант А-1, Проводить интубацию:*** *Комплексные меры могут*

Fill out the form in your language
Заполните форму на вашем языке.

включать проведение интубации и искусственной вентиляции легких.

_____ ***Вариант А- 2, «Не проводить интубацию» (DNI):*** *Комплексные меры могут включать ограниченную вентиляционную поддержку с помощью CPAP или BiPAP, но интубацию не проводить.*

_____ **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.

_____ ***Не проводить СЛР, вариант В, паллиативная и поддерживающая терапия:*** *До наступления остановки сердца обеспечить пациенту пассивное поступление кислорода для облегчения состояния и контролировать любое внешнее кровотечение. До наступления остановки сердца по мере необходимости дать пациенту обезболивающие препараты, но никаких других лекарств. Не проводить интубацию и не использовать аппараты CPAP или BiPAP. В случае остановки сердца и/или дыхания не предпринимать попыток реанимации (не проводить СЛР). Позволить естественную смерть.*

SIGNATURE OF PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, OR PHYSICIAN ASSISTANT (Signature and date are required to validate order)
ПОДПИСЬ ВРАЧА, ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ИЛИ ПОМОЩНИКА ВРАЧА (Для подтверждения данных распоряжений необходимы подпись и дата)

Practitioner's Signature *Подпись практикующего врача*	Print Practitioner's Name *Имя и фамилия практикующего врача*	
Maryland License # *№ лицензии штата Мэриленд*	Phone Number *Номер телефона*	Date *Дата*

Complete form must be copied over Molst English form
Заполненную форму необходимо скопировать на английскую форму Molst.

Fill out the form in your language
Заполните форму на вашем языке.

Patient's Last Name, First, Middle Initial *Фамилия, Имя, Отчество пациента*	Date of Birth *Дата рождения*	**Page 2 of 2** ***Страница 2 из 2*** ☐ Male ☐ Female ☐ *Мужчина* ☐ *Женщина*

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.
Распоряжения, изложенные в Разделах 2-9 ниже, не распространяются на сотрудников службы экстренной медицинской помощи (EMS) и предназначены для ситуаций, отличных от остановки сердечно-легочной деятельности.
Заполните только соответствующие пункты в разделах со 2 по 8 и выберите только один вариант ответа для каждого соответствующего раздела.

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).

ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ

2a. _____Можно неограниченно применять интубацию и искусственную вентиляцию легких при наличии медицинских показаний.
2b. _____Можно применять интубацию и искусственную вентиляцию легких в качестве ограниченной терапевтической пробы.
Ограничение по времени_____
2c. _____При наличии медицинских показаний можно использовать только CPAP или BiPAP для искусственной вентиляции легких.
Ограничение по времени_____
2d. _____Не применять никаких методов искусственной вентиляции легких (ни интубации, ни CPAP, ни 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

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ

3a. _____Можно вводить любые препараты крови (цельную кровь, концентрированные эритроциты, плазму или тромбоциты) согласно медицинским показаниям.

3b. _____Не переливать никаких препаратов крови

Заполненную форму must be copied over Molst English form
Complete form must be copied over Molst English form
Заполненную форму необходимо скопировать на английскую форму Molst

Fill out the form in your language
Заполните форму на вашем языке.

4	**HOSPITAL TRANSFER** 4a. _____ Transfer to hospital for any situation requiring hospital-level care. ***ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ*** *4a. _____ Госпитализировать в любой ситуации, требующей стационарного ухода.*	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. *4b. _____ Госпитализировать при сильной боли или выраженных симптомах, которые невозможно купировать иным способом.* *4c. _____ Не осуществлять госпитализацию пациента, а оказывать помощь с использованием методов, доступных вне больницы.*
5	**MEDICAL WORKUP** 5a. _____ May perform any medical tests indicated to diagnose and/or treat a medical condition. ***МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ*** *5a. _____ Можно проводить любые медицинские обследования, необходимые для диагностики и/или лечения того или иного заболевания.*	5b. _____ Only perform limited medical tests necessary for symptomatic treatment or comfort. 5c. _____ Do not perform any medical tests for diagnosis or treatment. *5b. _____ Проводить только те медицинские обследования, которые необходимы для лечения симптомов или облегчения состояния пациента.* *5c. _____ Не проводить никаких медицинских обследований для диагностики или лечения.*
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. ***АНТИБИОТИКИ*** *6a. _____ Можно применять антибиотики (пероральные, внутривенно или внутримышечно) по медицинским показаниям.* *6b. _____ При наличии медицинских показаний можно назначать пероральные антибиотики, но не вводить антибиотики внутривенно или внутримышечно.*	6c. _____ May use oral antibiotics only when indicated for symptom relief or comfort. 6d. _____ Do not treat with antibiotics. *6c. _____ Можно применять пероральные антибиотики только по показаниям для облегчения симптомов или улучшения состояния пациента.* *6d. _____ Не применять антибиотики.*

Completed form must be copied over Moist English form
Заполненную форму необходимо скопировать на английскую форму Moist

Fill out the form in your language

Заполните форму на вашем языке.

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.

ИСКУССТВЕННО ВВОДИМЫЕ ЖИДКОСТИ И ПИТАТЕЛЬНЫЕ ВЕЩЕСТВА

7a. _____ Можно назначать искусственное введение жидкостей и питательных веществ, в том числе на неопределенный срок, если это соответствует медицинским показаниям.

7b. _____ Можно назначать искусственное введение жидкостей и питательных веществ в порядке эксперимента, если это соответствует медицинским показаниям.
Ограничение по времени_____

7c. _____ В качестве терапевтической пробы можно вводить жидкости для восстановления водного баланса, но не прибегать к искусственному питанию.
Ограничение по времени_____

7d. _____ Не вводить искусственно жидкости или питательные вещества.

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.

ДИАЛИЗ

8a. _____ *При наличии медицинских показаний может быть применен хронический диализ при терминальной стадии почечной недостаточности.*

8b. _____ Можно проводить диализ в течение ограниченного периода времени.
Ограничение по времени

8c. _____ Не проводить острый или хронический диализ.

Completed form must be copied over Molst English form
Заполненную форму необходимо скопировать на английскую форму Molst

Fill out the form in your language
Заполните форму на вашем языке.

9	**OTHER ORDERS** _____ _____ _____ _____ ***ДРУГИЕ РАСПОРЯЖЕНИЯ*** _____ _____ _____ _____

SIGNATURE OF PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, OR PHYSICIAN ASSISTANT (Signature and date are required to validate order)
ПОДПИСЬ ВРАЧА, ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ИЛИ АССИСТЕНТА ВРАЧА
(Для подтверждения данных распоряжений необходимы подпись и дата)

Practitioner's Signature *Подпись практикующего врача*	Print Practitioner's Name *Имя и фамилия практикующего врача*	
Maryland License # *№ лицензии штата Мэриленд*	Phone Number *Номер телефона*	Date *Дата*

Complete form must be copied over Molst English form
Заполненную форму необходимо скопировать на английскую форму Molst.

Fill out the form in your language
Заполните форму на вашем языке.

INSTRUCTIONS

ИНСТРУКЦИИ

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.

Заполнение формы: *Врач, практикующая медсестра (NP) или ассистент врача (PA) должны выбрать только один вариант в Разделе 1 и только один вариант в любом другом Разделе, применимом к данному пациенту. Если какие-либо из Разделов 2-9 не применимы, оставьте их незаполненными. Используйте Раздел 9 для документирования любых других распоряжений, касающихся мер по поддержанию жизни. Форма распоряжений не считается действительной до тех пор, пока врач, практикующая медсестра (NP) или ассистент врача (PA) не подпишут эту форму и не поставят дату. Каждая страница, содержащая распоряжения, должна быть подписана и датирована. Копия или оригинал каждой заполненной формы MOLST должны быть переданы пациенту или уполномоченному лицу, принимающему решения, в течение 48 часов после заполнения формы или раньше, если пациент выписывается из медицинского учреждения или переводится в другое учреждение.*

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.

Выбор статуса сердечно-легочной реанимации (СЛР): *Вариант А-1 службы экстренной медицинской помощи (EMS) – «Проводить интубацию», вариант А-2 – «Не проводить интубацию» и вариант В включают в себя комплекс медицинских мероприятий. Вы не можете изменить комплекс мероприятий, связанных с любым из этих вариантов, и не можете отменить или изменить распоряжения, предписанные в Разделе 9.*

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.

Вариант А «Не проводить СЛР»: Комплексные меры по предотвращению остановки сердца и/или дыхания / Отказ от реанимации (DNR) в случае остановки сердца – не проводить СЛР. Этот выбор может быть сделан как с применением интубации, так и без нее в качестве варианта терапии. *До наступления остановки сердца разрешены все меры, предусмотренные «Медицинскими протоколами штата Мэриленд для сотрудников служб экстренной медицинской помощи». В зависимости от принятого решения интубация может применяться или не применяться для предотвращения остановки сердца. В противном случае единственными устройствами, используемыми для вспомогательной вентиляции легких, будут аппараты CPAP или BiPAP. Во всех случаях будут также приняты меры по обеспечению комфорта пациента. В случае остановки сердца сердечно-легочная реанимация (СЛР) не проводится.*

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.

Вариант В без проведения СЛР: Поддерживающая терапия до наступления остановки сердца и/или дыхания. «Не реанимировать» (DNR) в случае остановки сердца - не проводить СЛР. *До наступления остановки сердца могут быть предприняты следующие меры: обеспечение проходимости дыхательных путей неинвазивными методами, пассивная подача кислорода, остановка наружного кровотечения, изменение положения тела и другие меры по обеспечению комфорта пациента, наложение шины, введение обезболивающих препаратов по назначению врача (например, по телефону или в электронном виде), а также транспортировка при необходимости. Не проводить СЛР в случае остановки сердца.*

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

Заполненную форму необходимо скопировать на английскую форму Molst
Completed form must be copied over Molst English form

Fill out the form in your language
Заполните форму на вашем языке.

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.

Варианты DNR A-1, DNR A-2 (DNI) и DNR B будут утверждены на основании данного оригинала формы распоряжений, ее копии или факса, либо браслета или кулона с эмблемой DNR. Сотрудники служб экстренной медицинской помощи (EMS) или медицинский персонал, получившие эти распоряжения, обязаны оказывать помощь в соответствии с этими распоряжениями и применимыми «Медицинскими протоколами штата Мэриленд для сотрудников служб экстренной медицинской помощи». Если иное распоряжение, касающееся реанимации, не было издано, или если медицинский работник обоснованно полагает, что распоряжение об отказе от реанимации было отменено, каждый медицинский работник, учреждение и программа обязаны предоставлять, не предоставлять или прекращать лечение в соответствии с этими распоряжениями в случае надвигающейся остановки сердца или дыхания у пациента.

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.

Местонахождение формы: *Оригинал или копия данной формы должны сопровождать пациентов при переводе или выписке из медицинского учреждения или программы. Медицинские учреждения и программы обязаны хранить эту форму распоряжений (или ее копию) вместе с другими действующими медицинскими распоряжениями или в разделе, предназначенном для MOLST и связанных с ним документов в активной медицинской карте пациента. В домашних условиях эту форму следует хранить в безопасном и легкодоступном месте и иметь ее наготове для сотрудников службы экстренной медицинской помощи и медицинских работников до их прибытия. Оригинал, копия и отправленная по факсу форма MOLST - все они являются действительными распоряжениями. В штате Мэриленд срок действия распоряжений MOLST или EMS DNR не имеет ограничения.*

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.**

Пересмотр формы: *Данные медицинские распоряжения основаны на текущем состоянии здоровья данного лица и его пожеланиях. Пациенты, их полномочные лица, принимающие решения, а также лечащие врачи, практикующие медицинские сестры (NP) или ассистенты врача (PA) обязаны* ***ежегодно пересматривать и, при необходимости, обновлять распоряжения MOLST, а также всякий раз, когда пациент переводится из одного медицинского учреждения или программы в другое, выписывается из больницы, когда у него происходит существенное изменение состояния здоровья, когда пациент теряет дееспособность принимать решения в отношении своего здоровья или меняет свои пожелания.***

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.

Обновление формы: *При изменении любого из распоряжений форма MOLST аннулируется, и составляется новая форма MOLST. В случае внесения изменений врач, практикующая медсестра (NP) или ассистент врача (PA) должны аннулировать старую форму и заполнить, подписать и датировать новую форму 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.

Аннулирование формы: *Чтобы аннулировать данную форму медицинских распоряжений, врач, практикующая медсестра (NP) или ассистент врача (PA) должны провести диагональную линию через лист, написать крупными буквами «VOID» («АННУЛИРОВАНО») поперек страницы, а также поставить подпись и дату под этой линией. Медсестра может получить устное предписание от врача, практикующей медсестры (NP) или ассистента врача (PA) об аннулировании формы медицинских распоряжений MOLST. Храните аннулированную форму медицинских распоряжений в действующей или архивной медицинской карте пациента.*

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.

Заполненную форму MOLST English form
Скопируйте форму MOLST и переведите ее на английский
Copy and translate MOLST form

Fill out the form in your language
Заполните форму на вашем языке.

Отзыв распоряжения об отказе от реанимации (DNR), содержащегося в форме: *В чрезвычайной ситуации с участием сотрудников службы экстренной медицинской помощи (EMS) распоряжение об отказе от реанимации, указанное в Разделе 1, может быть отозвано в любое время путем запроса дееспособного пациента о проведении реанимационных мероприятий, адресованного непосредственно прибывшим сотрудникам службы экстренной медицинской помощи (EMS).*

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.

Браслеты и кулоны: *При желании заполните бумажную форму внизу этой страницы, вырежьте приведенную ниже часть для браслета, расположенную ниже, и поместите ее в защитный чехол, чтобы носить на запястье или шее либо прикрепить булавкой к одежде. Если вам нужен металлический браслет или кулон, свяжитесь с системой Medic Alert по телефону 1-800-432-5378. Для обработки запроса системе Medic Alert требуется копия данного распоряжения, а также заполненная заявка.*

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

Как получить эту форму: *Позвоните по номеру 410-706-4367 или посетите сайт marylandmolst.org*

Complete form must be copied over Most English form
Заполненную форму необходимо скопировать на английскую форму

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.
Использование браслета EMS DNR является НЕОБЯЗАТЕЛЬНЫМ и осуществляется по усмотрению пациента или уполномоченного лица. Напишите заявку разборчиво, попросите врача, практикующую медсестру или ассистента врача подписать; отрежьте полоску, сложите и вставьте в браслет или кулон.

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

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

☐ *DNR A-1 Проводить интубацию*
☐ *DNR A-2 Не проводить интубацию*
☐ *DNR B*

Имя и фамилия пациента _____ *Дата рождения* _____
Имя и фамилия практикующего врача _____ *Дата* _____
Подпись практикующего врача _____ *Телефон* _____