

MASSACHUSETTS MEDICAL ORDERS
for LIFE-SUSTAINING TREATMENT
(MOLST) www.molst-ma.org

(Ordens médicas relacionadas com o tratamento de sustentação da vida em Massachusetts)



Nome do doente _____

Data de nascimento _____

Número do prontuário médico, se aplicável: _____

INSTRUÇÕES: *Todos os doentes devem receber a máxima atenção ao conforto.*

- Este formulário deve ser assinado com base nas discussões sobre os objetivos dos cuidados de saúde entre o doente (ou o representante do doente que assinar abaixo) e o clínico ou médico do doente.
- As secções de A a C só são ordens válidas se as secções D e E estiverem completamente preenchidas. A secção F só é válida se as secções G e H estiverem completamente preenchidas.
- Se uma secção não estiver completamente preenchida, não existem limitações ao tratamento indicado nessa secção.
- Este formulário entra em vigor imediatamente após ter sido assinado. As fotocópias, as cópias por fax ou eletrónicas de formulários de MOLST devidamente assinados são consideradas válidas.

A <small>Marcar um dos círculos →</small>	REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: para um doente com paragem cardíaca ou respiratória <input type="radio"/> Não reanimar <input type="radio"/> Tentar a reanimação
B <small>Marcar um dos círculos →</small>	ENTUBAÇÃO E VENTILAÇÃO: para um doente que tenha dificuldade em respirar <input type="radio"/> Não entubar nem administrar ventilação <input type="radio"/> Entubar e/ou administrar ventilação
<small>Marcar um dos círculos →</small>	<input type="radio"/> Não usar ventilação não invasiva (p. ex., CPAP) <input type="radio"/> Usar ventilação não invasiva (p. ex., CPAP)
C <small>Marcar um dos círculos →</small>	TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL <input type="radio"/> Não transferir para um hospital <i>(a menos que seja necessário por questões de conforto)</i> <input type="radio"/> Transferir para um hospital
ASSINATURA do doente ou do representante do paciente D Exigido <small>Marcar um dos círculos e preencher todas as linhas para pedidos válidos</small>	Marcar um dos círculos abaixo para indicar quem está assinando a secção D: <input type="radio"/> Doente <input type="radio"/> Agente de cuidados de saúde <input type="radio"/> Tutor* <input type="radio"/> Pai/Mãe/Tutor* de menor A assinatura do doente confirma que este formulário foi assinado de livre vontade pelo doente e reflete as suas preferências e objetivos de cuidados de saúde, tal como expressos perante o signatário da secção E. A assinatura pelo representante do doente (indicado acima) confirma que este formulário reflete a avaliação das preferências e objetivos de cuidados de saúde do doente, feita pelo signatário, ou se essas preferências se desconhecem, indica a avaliação dos melhores interesses do doente, feita pelo signatário. *Um tutor pode assinar na medida em que seja permitido pela lei do estado de Massachusetts. Consultar um conselheiro jurídico sobre a autoridade de um tutor. XX XXX Assinatura do doente (ou pessoa representante do paciente) Data da assinatura XX XXX Nome do signatário em letra de forma bem legível Número de telefone do signatário
ASSINATURA do clínico E Exigido <small>Preencher todas as linhas para pedidos válidos</small>	A assinatura do médico, do profissional de enfermagem (Nurse Practitioner) ou do assistente médico (Physician Assistant) confirma que este formulário reflete de forma fidedigna as discussões tidas com o signatário da secção D. XX XXX Assinatura do médico, profissional de enfermagem ou assistente médico Data da assinatura XX XXX Nome do signatário em letra de forma bem legível Número de telefone do signatário

<p>ASSINATURA do clínico</p> <p>H</p> <p>Exigido Preencher todas as linhas para pedidos válidos</p>	<p>A assinatura do médico, do profissional de enfermagem (Nurse Practitioner) ou do assistente médico (Physician Assistant) confirma que este formulário reflete de forma fidedigna as discussões tidas com o signatário da secção G.</p> <p>XX</p> <p>Assinatura do médico, profissional de enfermagem ou assistente médico</p> <p>XX</p> <p>Nome do signatário em letra de forma bem legível</p> <p>XX</p> <p>Data da assinatura</p> <p>XX</p> <p>Número de telefone do signatário</p> <p>XX</p>
--	--

Instruções adicionais para profissionais de cuidados de saúde

- Seguir as ordens indicadas em A, B e C e respeitar as preferências enumeradas em F até que um clínico tenha oportunidade para reavaliar, tal como se descreve a seguir.
- Qualquer modificação a este formulário requer que o mesmo seja anulado e que um novo formulário seja preenchido e assinado. Para anular o formulário, escrever a palavra "VOID" (ANULADO) em letras bem grandes que cruzem os dois lados do formulário. *Se não for preenchido um novo formulário, não existirá documentação sobre as limitações ao tratamento e é possível que seja administrado um tratamento completo.*
- As preferências de tratamento e os objetivos dos cuidados de saúde do doente devem voltar a ser discutidos, tal como seja clinicamente apropriado conforme a progressão da doença, se o doente for transferido para um novo ambiente ou nível de cuidados de saúde, ou se as preferências mudarem. Rever o formulário sempre que seja necessário, a fim de refletir de forma fidedigna as preferências de tratamento.
- O doente ou o agente de cuidados de saúde (se o doente não tiver capacidade), ou o tutor * ou o pai, a mãe ou o tutor* de um doente de menor idade pode anular o formulário de MOST em qualquer altura e/ou solicitar e receber um tratamento indicado sob o ponto de vista médico, que tenha sido recusado anteriormente.