

选择填写 失效日期和其他 患者护理联系人	除非明确说明，本表不会失效。本表的失效日期（如有）：_____
	用大写字母填写健康护理代理人的姓名_____ 电话号码_____
	用大写字母填写主治医生的姓名_____ 电话号码_____

始终让患者随身携带本表
《健康保险转移性和责任法案》（HIPAA）许可在治疗需要时向健康护理服务提供者披露 MOLST。

患者姓名：_____ 患者出生日期：_____ 医疗记录号码（如适用）：_____

F	患者对其他医疗上需要的治疗的选择声明		
选择一个圆圈 →	插管和外呼吸		
	<input type="radio"/> 请参阅第 1 页第 B 节	<input type="radio"/> 按照第 B 节的选择，使用插管和外呼吸，但仅限短期使用	<input type="radio"/> 未决定 <input type="radio"/> 尚未讨论
选择一个圆圈 →	无创外呼吸（例如，持续气道正压通气 — CPAP）		
		<input type="radio"/> 按照第 B 节的选择，使用无创外呼吸，但仅限短期使用	<input type="radio"/> 未决定 <input type="radio"/> 尚未讨论
选择一个圆圈 →	透析		
	<input type="radio"/> 无透析	<input type="radio"/> 使用透析 <input type="radio"/> 使用透析，但仅限短期使用	<input type="radio"/> 未决定 <input type="radio"/> 尚未讨论
选择一个圆圈 →	人工营养		
	<input type="radio"/> 无人工营养	<input type="radio"/> 使用人工营养 <input type="radio"/> 使用人工营养，但仅限短期使用	<input type="radio"/> 未决定 <input type="radio"/> 尚未讨论
选择一个圆圈 →	人工补水		
	<input type="radio"/> 无人工补水	<input type="radio"/> 使用人工补水 <input type="radio"/> 使用人工补水，但仅限短期使用	<input type="radio"/> 未决定 <input type="radio"/> 尚未讨论
	其他与患者的医疗病症和护理相关的治疗选择		

患者 或患者代表签名	选择以下一个圆圈，说明第 D 节中的签名人：		
G 必须填写 选择圆圈，必须填写每一行，才能成为有效的指令	<input type="radio"/> 患者 <input type="radio"/> 健康护理代理人 <input type="radio"/> 监护人* <input type="radio"/> 未成年人的父母/监护人*		
	患者的签名确认，本表是出于患者自己的意愿签署，并反映患者向第 H 节签名人表达的愿望和护理目标。（以上选择的）患者代表签名确认，本表反映患者代表对患者的愿望和护理目标的评估，如果不知道患者的愿望，则反映患者代表对患者最佳利益的评估。 *监护人可在马萨诸塞州法律许可的范围内签名。有关监护人授权的问题，请向法律顾问洽询。		
	XX	XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	患者（或患者代表）签名		签名日期
	XX	XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	用大写字母清楚地填写签名人姓名		签名人电话号码

