**STATE OF NORTH CAROLINA**

**ADVANCE DIRECTIVE FOR A
NATURAL DEATH (“LIVING WILL’)**

COUNTY OF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTE: YOU SHOULD USE THIS DOCUMENT TO GIVE YOUR HEALTH CARE PROVIDERS
INSTRUCTIONS TO WITHHOLD OR WITHDRAW LIFE-PROLONGING MEASURES IN CERTAIN

SITUATIONS. THERE IS NO LEGAL REQUIREMENT THAT ANYONE EXECUTE A LIVING WILL.

***GENERAL INSTRUCTIONS:****You can use this Advance Directive ("Living Will") form to give instructions for the*
*future if you want your health care providers to withhold or withdraw life-prolonging measures in certain situations.*

*You should talk to your doctor about what these terms mean. The Living Will states what choices you would have*
*made for yourself if you were able to communicate. Talk to your family members, friends, and others you trust about*

*your choices. Also, it is a good idea to talk with professionals such as your doctors, clergypersons, and lawyers*
*before you complete and sign this Living Will.*

*You do not have to use this form to give those instructions, but if you create your own Advance Directive you need to*
*be very careful to ensure that it is consistent with North Carolina law.*

*This Living Will form is intended to be valid in any jurisdiction in which it is presented, but places outside North*
*Carolina may impose requirements that this form does not meet.*

*If you want to use this form, you must complete it, sign it, and have your signature witnessed by two qualified*
*witnesses and proved by a notary public. Follow the instructions about which choices you can initial very carefully.*
*Do not sign this form until two witnesses and a notary public are present to watch you sign it. You then should*

*consider giving a copy to your primary physician and/or a trusted relative, and should consider filing it with the*
*Advanced Health Care Directive Registry maintained by the North Carolina Secretary of State:*

<http://www.nclifelinks.org/ahcdr/>

**My Desire for a Natural Death**

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, being of sound mind, desire that, as specified below, my life not be prolonged by
life-prolonging measures:

**1.         When My Directives Apply**

My directions about prolonging my life shall apply *IF* my attending physician determines that I lack capacity to
make or communicate health care decisions and:

**NOTE: YOU MAY INITIAL ANY OR ALL OF THESE CHOICES.**

\_\_\_\_\_\_\_\_

(Initial)

I have an incurable or irreversible condition that will result in my death within a
relatively short period of time.

\_\_\_\_\_\_\_\_

(Initial)

I become unconscious and my health care providers determine that, to a high degree of
medical certainty, I will never regain my consciousness.

\_\_\_\_\_\_\_\_
(Initial)

I suffer from advanced dementia or any other condition which results in the substantial
loss of my cognitive ability and my health care providers determine that, to a high

degree of medical certainty, this loss is not reversible.

**2.       These are My Directives about Prolonging My Life:**

In those situations I have initialed in Section 1, I direct that my health care providers:

**NOTE: INITIAL ONLY IN ONE PLACE.**

\_\_\_\_\_\_\_\_

(Initial)

may withhold or withdraw life-prolonging measures.

\_\_\_\_\_\_\_\_

(Initial)

shall withhold or withdraw life-prolonging measures.

**3.         Exceptions – "Artificial Nutrition or Hydration"**

**NOTE: INITIAL ONLY IF YOU WANT TO MAKE EXCEPTIONS TO YOUR INSTRUCTIONS IN**
**PARAGRAPH 2.**

EVEN THOUGH I do not want my life prolonged in those situations I have initialed in Section 1:

\_\_\_\_\_\_\_\_

(Initial)

I *DO* want to receive BOTH artificial hydration AND artificial nutrition (for example,
through tubes) in those situations.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTE: DO NOT INITIAL THIS BLOCK IF ONE OF THE BLOCKS BELOW IS INITIALED.**

\_\_\_\_\_\_\_\_

(Initial)

I *DO* want to receive ONLY artificial hydration (for example, through tubes) in those
situations.
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTE: DO NOT INITIAL THE BLOCK ABOVE OR BELOW IF THIS BLOCK IS INITIALED.**

\_\_\_\_\_\_\_\_

(Initial)

I *DO* want to receive ONLY artificial nutrition (for example, through tubes) in those
situations.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTE: DO NOT INITIAL EITHER OF THE TWO BLOCKS ABOVE IF THIS BLOCK IS**
**INITIALED.**

**4.         I Wish to be Made as Comfortable as Possible**

I direct that my health care providers take reasonable steps to keep me as clean, comfortable, and free of pain as
possible so that my dignity is maintained, even though this care may hasten my death.

**5.         I Understand my Advance Directive**

I am aware and understand that this document directs certain life-prolonging measures to be withheld or
discontinued in accordance with my advance instructions.

**6.         If I have an Available Health Care Agent**

If I have appointed a health care agent by executing a health care power of attorney or similar instrument, and that
health care agent is acting and available and gives instructions that differ from this Advance Directive, then I direct
that:

\_\_\_\_\_\_\_\_

(Initial)

Follow Advance Directive:  This Advance Directive willoverride instructions my

health care agent gives about prolonging my life.

\_\_\_\_\_\_\_\_

(Initial)

Follow Health Care Agent:  My health care agent has authority to **override** this

Advance Directive.

***NOTE:* DO NOT INITIAL BOTH BLOCKS. *IF YOU DO NOT INITIAL EITHER BOX, THEN YOUR***
***HEALTH CARE PROVIDERS WILL FOLLOW THIS ADVANCE DIRECTIVE AND IGNORE THE***

***INSTRUCTIONS OF YOUR HEALTH CARE AGENT ABOUT PROLONGING YOUR LIFE.***

**7.         My Health Care Providers May Rely on this Directive**

My health care providers shall not be liable to me or to my family, my estate, my heirs, or my personal
representative for following the instructions I give in this instrument. Following my directions shall not be
considered suicide, or the cause of my death, or malpractice or unprofessional conduct. If I have revoked this
instrument but my health care providers do not know that I have done so, and they follow the instructions in this

instrument in good faith, they shall be entitled to the same protections to which they would have been entitled if the
instrument had not been revoked.

**8.         I Want this Directive to be Effective Anywhere**

I intend that this Advance Directive be followed by any health care provider in any place.

**9.         I have the Right to Revoke this Advance Directive**

I understand that at any time I may revoke this Advance Directive in a writing I sign or by communicating in any
clear and consistent manner my intent to revoke it to my attending physician. I understand that if I revoke this
instrument I should try to destroy all copies of it.

This the \_\_\_\_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

                                                                                                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of Declarant

                                 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Type/Print Name

I hereby state that the declarant, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, being of sound mind, signed (or directed another to
sign on declarant's behalf) the foregoing Advance Directive for a Natural Death in my presence, and that I am not
related to the declarant by blood or marriage, and I would not be entitled to any portion of the estate of the declarant
under any existing will or codicil of the declarant or as an heir under the Intestate Succession Act, if the declarant

died on this date without a will. I also state that I am not the declarant's attending physician, nor a licensed health

care provider who is (1) an employee of the declarant's attending physician, (2) nor an employee of the health
facility in which the declarant is a patient, or (3) an employee of a nursing home or any adult care home where the

declarant resides. I further state that I do not have any claim against the declarant or the estate of the declarant.

Date:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Witness: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Witness: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COUNTY, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_STATE

Sworn to (or affirmed) and subscribed before me this day by \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(type/print name of declarant)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(type/print name of witness)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_

 *(type/print name of witness)*

Date  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(Official Seal)*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *Signature of Notary Public*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Notary Public

   *Printed or typed name*

 My commission expires: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I signed this notarial certificate on \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ according to the emergency video notarization

 *Date*

requirements contained in G.S. 10B-25.

Notary Public location during video notarization: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ County

Stated physical location of principal during video notarization: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ County

HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF MOST TO OTHER HEALTH CARE PROFESSIONALS AS NECESSARY

  Attorney-in-fact with power to make

Basis for order must be

Full Scope of Treatment:Use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, cardioversion as

Limited Additional Interventions:Use medical treatment, IV fluids and cardiac monitoring as indicated.

Box

 Spouse

                              can reliably convey the wishes of the patient

You are not required to sign this form to receive treatment.

Medical Orders

Patient’s Last Name:

Effective Date of Form:

for Scope of Treatment (MOST)

This is a Physician Order Sheet based on the patient’s medical
condition and wishes. Any section not completed indicates full
treatment for that section. When the need occurs, first follow

Patient’s First Name, Middle Initial:

Patient’s Date of Birth:

these orders, then contact physician.

Section

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):  Patient has no pulse and is not breathing.

 A

Attempt Resuscitation (CPR)

Do Not Attempt Resuscitation (DNR/no CPR)

Check One

 Box Only

When not in cardiopulmonary arrest, follow orders in B, C, and D.

Section
 B

MEDICAL INTERVENTIONS:  Patient has pulse and/or is breathing.

indicated, medical treatment, IV fluids, etc.; also provide comfort measures.  Transfer to hospital if indicated.

Check One
 Box Only

Do not use intubation or mechanical ventilation. May consider use of less invasive airway support such as BiPAP or
CPAP. Also provide comfort measures. Transfer to hospital if indicated. Avoid intensive care.

Comfort Measures: Keep clean, warm and dry.  Use medication by any route, positioning, wound care and

other measures to relieve pain and suffering. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed
for comfort. Do not transfer to hospital unless comfort needs cannot be met in current location.

Other Instructions

Section
 C

ANTIBIOTICS

Antibiotics if indicated

Determine use or limitation of antibiotics when infection occurs

Check One

  Box Only

No Antibiotics (use other measures to relieve symptoms)

Other Instructions

Section

 D

MEDICALLY ADMINISTERED FLUIDS AND NUTRITION:  Offer oral fluids and nutrition if
physically feasible.

IV fluids if indicated

Feeding tube long-term if indicated

 Check One

 Box Only in

IV fluids for a defined trial period

No IV fluids (provide other measures to ensure comfort)

Feeding tube for a defined trial period

No feeding tube

 Each
Column

Other Instructions

Section E

DISCUSSED WITH

 Patient

 Majority of patient’s reasonably available

AND AGREED TO BY:

 Parent or guardian if patient is a minor         parents and adult children

 Check The

 Health care agent

 Majority of patient’s reasonably available

Appropriate

 Legal guardian of the patient                         adult siblings

  An individual with an established relationship
documented in medical                    health care decisions                                       with the patient who is acting in good faith and
record.

MD/DO, PA, or NP Name (Print):

MD/DO, PA, or NP Signature and Date (Required):

Phone #:

Signature of Patient, Parent of Minor, Guardian, Health Care Agent, Spouse, or Other Personal Representative
(Signature is required and must either be on this form or on file)

I agree that adequate information has been provided and significant thought has been given to life-prolonging measures.
Treatment preferences have been expressed to the physician (MD/DO), physician assistant, or nurse practitioner. This
document reflects those treatment preferences and indicates informed consent.

If signed by a patient representative, preferences expressed must reflect patient’s wishes as best understood by that
representative.  Contact information for personal representative should be provided on the back of this form.

Patient or Representative Name (print)

Patient or Representative Signature

Relationship (write “self” if patient)

SEND FORM WITH PATIENT/RESIDENT WHEN TRANSFERRED OR DISCHARGED

HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF MOST TO OTHER HEALTH CARE PROFESSIONALS AS NECESSARY

 North Carolina Department of Health and Human Services • Division of Health Service Regulation • Office of Emergency Medical Services
 [www.ncdhhs.gov • www.ncdhhs.gov/dhsr/EMS/ems.htm](http://www.ncdhhs.gov)

[N.C. DHHS is an equal opportunity employer and provider.  56,000 copies of this public document were printed at a cost of $4,407.80 or $.04 each. 6/2014](http://www.ncdhhs.gov)

Signature of patient or

MD/DO, PA, or NP

•

•
•

•

•

SEND FORM WITH PATIENT/RESIDENT WHEN TRANSFERRED OR DISCHARGED

**112**

Contact Information

Patient Representative:

Relationship:

Phone #:

Cell Phone #:

Health Care Professional Preparing Form:

Preparer Title:

Preferred Phone #:

Date Prepared:

Directions for Completing Form

Completing MOST

 MOST must be reviewed and prepared by a health care professional in consultation with the patient or patient
 representative.

•    MOST is a medical order and must be signed and dated by a licensed physician (MD/DO), physician assistant, or nurse
 practitioner to be valid. Be sure to document the basis for the order in the progress notes of the medical record.

 Mode of communication (e.g., in person, by telephone, etc.) also should be documented.

•    The signature of the patient or his/her representative is required; however, if the patient’s representative is not
 reasonably available to sign the original form, a copy of the completed form with the signature of the patient’s

 representative must be placed in the medical record and “on file” must be written in the appropriate signature field on
 the front of this form or in the review section below.

•    Use of original form is required. Be sure to send the original form with the patient.

 MOST is part of advance care planning, which also may include a living will and health care power of attorney
 (HCPOA). If there is a HCPOA, living will, or other advance directive, a copy should be attached if available. MOST

 may suspend any conflicting directions in a patient’s previously executed HCPOA, living will, or other advance
 directive.

•    There is no requirement that a patient have a MOST.

•

MOST is recognized under N. C. G en. Stat. 90-21.17.

Reviewing MOST

Review of the MOST form is recommended when:

 The patient is admitted to and/or discharged from a health care facility; or
 There is a substantial change in the patient’s health status.

This MOST must be reviewed if:

 The patient’s treatment preferences change.

If MOST is revised or becomes invalid, draw a line through Sections A – E and write “VOID” in large letters.
Revocation of MOST

A patient with capacity or the patient’s representative (if the patient lacks capacity) can revoke the MOST at any time and
request alternative treatment based on the known preferences of the patient or, if unknown, the patient’s best interests.

Review of MOST

Review Date

Reviewer and location
 of review

Signature (required)

representative (preferred)

Outcome of Review

No Change

FORM VOIDED, new form completed

FORM VOIDED, no new form

No Change

FORM VOIDED, new form completed

FORM VOIDED, no new form

No Change

FORM VOIDED, new form completed

FORM VOIDED, no new form

No Change

FORM VOIDED, new form completed

FORM VOIDED, no new form

No Change

FORM VOIDED, new form completed

FORM VOIDED, no new form

DO NOT ALTER THIS FORM!

**NCDHHS/DHSR/OEMS**