

Do Not Resuscitate Orders (DNRO) are legal documents that express the patient's desire to not be resuscitated. **The intent of such an order is for medical personnel to withhold resuscitation efforts on a patient found in respiratory and/or cardiac arrest.** This order honors the wishes and expectations of the patient, physician, and family.

The presence of a DNRO does not preclude the patient, however, from receiving other care outside the scope of resuscitation. The EMT or Paramedic will provide the patient comforting, pain-relieving and any other medically indicated care within the MOM, other than respiratory or cardiac resuscitation.

## A. Valid DNRO

1. An original or completed copy of DH Form 1896, Florida Do Not Resuscitate Order, December 2002:
  - a) DH Form 1896 may be duplicated provided that the content of the form is unaltered; the reproduction is of good quality, and on **yellow paper**.
  - b) Any previous edition of DH Form 1896.
2. A DNRO Patient Identification Device. This device is a miniature version of form 1896 and is incorporated as part of the DNRO form. Use of this device is voluntary and is intended to provide a portable DNRO that travels with the patient.
3. Either the DNRO or Patient Identification Device must:
  - a) Be signed by the patient's physician.
  - b) Be signed by the patient, health care surrogate if the patient is unable to provide consent, or court appointed guardian or person acting in the pursuant to a durable power of attorney.

**NOTE: NO ELECTRONIC 'DNRO' WILL BE ACCEPTED**

## B. Confirmation and Documentation

1. Confirm the identity of the patient with a DNRO through a driver's license, other photo identification, or from a witness in the presence of the patient. If a witness is used to identify the patient, this shall be documented in the ePCR narrative section to include:
  - a) The full name of the witness.
  - b) The address and telephone number of the witness.
  - c) The relationship of the witness to the patient.
2. Document in the narrative portion of the ePCR:

- a) The **effective date** of the DNRO.
  - b) The name of the attending **physician who signed the DNRO**.
  - c) **Who signed the DNRO** (patient, health care surrogate, guardian, or proxy)?
  - d) The **required information whenever the DNRO patient dies during transport**.
3. Ensure a copy of the DNRO accompanies the live patient if transported. Upon arrival, personnel shall relinquish the DNRO form to the receiving facility.
  4. A photograph of the DNRO will be documented on the ePCR. All OICs will ensure that the photo accurately reproduces the completed original, including any manual handwriting, signatures, and the yellow background (any shade of yellow is acceptable) of the original.
    - a) Select 'History'
    - b) Select 'Advance Directives' – State EMS DNR or Medical Order Form
    - c) The requirement to add a photo will be in "Photos/Images" and select 'Take a new Photo'
    - d) Enter in 'Caption': DNRO and hit 'save'.

### C. Additional Information

1. If it is determined that the patient has a valid DNRO, personnel should not initiate CPR but, all other medical care, short of resuscitative measures is indicated.
2. If personnel are presented with an invalid DNRO or in the absence of a DNRO, initiation of CPR and other standard life-saving techniques is required.
3. If CPR has been initiated and it is later determined that the patient has a valid DNRO, CPR shall be discontinued. Proper documentation is required in accordance with section B.
4. A DNRO may be revoked at any time by the patient, designated health care surrogate, legal guardian, or proxy pursuant to section 765.104, FS.

### D. DH Form 1896, State of Florida Do Not Resuscitate Order

- Sample DH Form 1896 attached to the following page.





# ORDEN DE NO RESUCITAR

## Estado de Florida, Sección 401.45, Estatutos de Florida

### DECLARACIÓN DEL PACIENTE O DE LA PERSONA AUTORIZADA

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
 (Firma o Escritura del Nombre Legal Completo) (Fecha de nacimiento)

siendo informado de mi derecho a rechazar la resucitación cardiopulmonar (RCP), incluida la ventilación artificial, la compresión cardíaca, la intubación endotraqueal y la desfibrilación, ordeno que se me retenga o retire la RCP.

Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 (Firma del paciente o persona autorizada)

Yo, \_\_\_\_\_, estoy autorizado para firmar en nombre del  
 (Firma o Escritura del Nombre de la Persona Autorizada)

paciente como  sustituto del paciente,  apoderado o  principal del paciente menor (según s. 765.101, F.S.); o estoy expresamente autorizado a tomar las decisiones de atención médica del paciente bajo  tutela (según s. 744.102, F.S.), o  poder notarial (según s. 709.2102, F.S.).

### DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_, número de licencia \_\_\_\_\_,  
 (Firma o Escritura del Nombre Legal Completo)

soy el  médico del paciente,  el médico osteópata,  enfermera registrada de práctica autónoma o  asistente médico autorizado por la ley para firmar esta orden. Dirijo la retención o retirada de la RCP del paciente en caso de paro cardíaco o respiratorio del paciente.

Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 (Firma del proveedor de atención médica) (No. de Emergencia)

*Una copia de esta orden reproducida en papel amarillo (cualquier tono) es válida como el original.*

Corte por la línea y doble por la mitad para crear el dispositivo DNRO (tarjeta monedero).

DECLARACIÓN DEL PACIENTE O DE LA PERSONA AUTORIZADA	DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA
Yo, _____, _____, (Firma o Escritura del Nombre Legal Completo) (Fecha de nacimiento)	Yo, _____, (Firma o Escritura del Nombre Legal Completo)
siendo informado de mi derecho a rechazar la resucitación cardiopulmonar (RCP), incluida la ventilación artificial, la compresión cardíaca, la intubación endotraqueal y la desfibrilación, ordeno que se me retenga o retire la RCP.	número de licencia _____
Por: _____ Fecha: _____ (Firma del paciente o persona autorizada)	soy el <input type="checkbox"/> médico del paciente, <input type="checkbox"/> médico osteópata, <input type="checkbox"/> enfermera registrada de práctica autónoma, o <input type="checkbox"/> asistente médico autorizado por la ley para firmar esta orden. Dirijo la retención o retirada de la RCP del paciente en caso de paro cardíaco o respiratorio del paciente.
Yo, _____, estoy autorizado para firmar en (Firma o Escritura del Nombre de la Persona Autorizada)	Por: _____ (Firma del Proveedor de Atención Médica)
nombre del paciente como <input type="checkbox"/> sustituto del paciente, <input type="checkbox"/> apoderado o <input type="checkbox"/> principal del paciente menor (según s. 765.101, F.S.); o estoy expresamente autorizado a tomar las decisiones de atención médica del paciente bajo <input type="checkbox"/> tutela (según s. 744.102, F.S.), o <input type="checkbox"/> poder notarial (según s. 709.2102, F.S.).	Fecha: _____
	Tel: _____ (No. de Emergencia.)
	<p style="text-align: center;"><i>Una copia de esta orden reproducida en papel amarillo (cualquier tono) es válido como el original.</i></p>



# A RESUSCITE LÒD

Eta Florid, Seksyon 401.45, Lwa Laflorid

## DEKLARASYON PASYAN OSWA MOUN OTORIZASYON

Mwen, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
 (Ekri an lèt detache oswa tape Non Legal konplè) (Dat nesans)

Lè yo enfòm m sou dwa mwen pou m refize reanimasyon kadyopulmonè (CPR), ki gen ladan vantilasyon atifisyèl, konpresyon kadyak, entibasyon andotracheal, ak defibrilasyon, mwen ka mande pou yo sispann CPR oswa retire m.

Pa: \_\_\_\_\_ Dat: \_\_\_\_\_  
 (Siyati Pasyan oswa Moun Otorize)

Mwen menm, \_\_\_\_\_, mwen otorize pou m siyen nan  
 (Ekri an lèt detache oswa tape non moun ki otorize)

non pasyan an kòm ranplasan, prokurasyon, oswa  direktè pasyan minè pasyan an (dapre s. 765.101, FS); oswa mwen gen otorizasyon ekspres pou pran desizyon sou swen sante pasyan an dapre a gadyen legal (dapre s. 744.102, FS), oswa pwokirasyon (dapre s. 709.2102, FS).

## DEKLARASYON FOUNISÈ SWEN SANTE

Mwen, \_\_\_\_\_, nimewo lisans \_\_\_\_\_,  
 (Ekri an lèt detache oswa Tape Non Legal konplè)

se doktè pasyan an, doktè osteopat, enfimyè otonòm otonòm ki anrejistre, oswa  asistan doktè ki otorize dapre lalwa pou siyen lòd sa a. Mwen mande pou yo kenbe oswa retire CPR sou pasyan an nan ka pasyan an fè arestasyon kadyak oswa respiratwa.

Pa: \_\_\_\_\_ Dat: \_\_\_\_\_ Telefòn: \_\_\_\_\_  
 (Siyati Founisè Swen Sante) (ljans)

*Yon kopi lòd sa a ki repwodui sou papye jòn (nenpòt lonbraj) valab kòm orijinal la.*

Koupe sou liy lan epi pliyè an mwaye pou kreye Aparèy DNRO (kat bous).

DEKLARASYON PASYAN OSWA MOUN OTORIZASYON	DEKLARASYON FOUNISÈ SWEN SANTE
<p>Mwen, _____, _____,            (Ekri an lèt detache oswa tape Non Legal konplè) (Dat nesans)</p> <p>Lè yo enfòm m sou dwa mwen pou m refize reanimasyon kadyopulmonè (CPR), ki gen ladan vantilasyon atifisyèl, konpresyon kadyak, entibasyon andotracheal, ak defibrilasyon, mwen ka mande pou yo sispann CPR oswa retire m.</p> <p>Pa: _____ Dat: _____            (Siyati Pasyan oswa Moun Otorize)</p> <p>Mwen menm, _____,            (Ekri an lèt detache oswa tape non moun ki otorize)</p> <p>mwen otorize pou m siyen nan non pasyan an <input type="checkbox"/> kòm ranplasan, <input type="checkbox"/> prokurasyon, oswa <input type="checkbox"/> direktè pasyan minè pasyan an (dapre s. 765.101, FS); oswa mwen gen otorizasyon ekspres pou pran desizyon sou swen sante pasyan an dapre a <input type="checkbox"/>gadyen (dapre s. 744.102, FS), oswa <input type="checkbox"/>pwokirasyon (dapre s. 709.2102, FS).</p>	<p>Mwen, _____,            (Ekri an lèt detache oswa Tape Non Legal konplè)</p> <p>nimewo lisans _____,</p> <p><input type="checkbox"/> se doktè pasyan an, <input type="checkbox"/>doktè osteopat, <input type="checkbox"/> enfimyè otonòm otonòm ki anrejistre, oswa <input type="checkbox"/>asistan doktè ki otorize dapre lalwa pou siyen lòd sa a. Mwen mande pou yo kenbe oswa retire CPR sou pasyan an nan ka pasyan an fè arestasyon kadyak oswa respiratwa.</p> <p>Pa: _____            (Siyati Founisè Swen Sante)</p> <p>Dat: _____</p> <p>Telefòn: _____            (ljans)</p> <p style="text-align: center;"><i>Yon kopi lòd sa a ki repwodui sou papye jòn (nenpòt lonbraj) valab kòm orijinal la.</i></p>