

MINNESOTA

EDUCATION  
(VIETNAMESE)

# Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe

*Cho Biết Rõ Những Chọn Lựa Của  
Quý Vị Về Cách Chăm Sóc Sức Khỏe*

For an English copy, see “Health Care Directive:  
Making Your Health Care Choices Known,” gen-ah-91676.



Allina Health

# Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi

Chỉ thị chăm sóc sức khỏe của tôi được tạo ra để chỉ dẫn nhóm người chăm sóc tôi (gia đình, bạn bè hoặc những người thân cận với tôi) và (những) người đại diện chăm sóc sức khỏe thay mặt tôi đưa ra quyết định về việc chăm sóc của tôi, nếu như bệnh tật hoặc thương tích cản trở tôi trong việc tự quyết định hoặc truyền đạt chúng tại thời điểm chăm sóc.

Tôi hiểu rằng đó là trách nhiệm của tôi để nói lên những nguyện vọng, mục tiêu và các giá trị của mình với bác sĩ của tôi, (những) người đại diện chăm sóc sức khỏe và nhóm người chăm sóc tôi. Cách này sẽ giúp họ hiểu được những ao ước, mục tiêu và giá trị của tôi với hết khả năng của họ và giúp người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi đưa ra những quyết định cho tôi phù hợp với những chọn lựa về cách chăm sóc sức khỏe của tôi.

**Tôi hiểu rằng người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi và (các) bác sĩ chăm sóc sức khỏe của tôi có thể không có khả năng làm theo những ao ước, mục tiêu và giá trị của tôi trong mọi hoàn cảnh.**

Tôi soạn ra văn kiện này với sự suy nghĩ chín chắn.

**Bất cứ một văn kiện chỉ thị chăm sóc sức khỏe nào đã được soạn ra trước khi có chỉ thị này đều không còn hợp lệ nữa.**

Tên họ hợp pháp của tôi: \_\_\_\_\_

Ngày sinh của tôi: \_\_\_\_\_

Địa chỉ của tôi: \_\_\_\_\_

Số điện thoại của tôi: \_\_\_\_\_

Số điện thoại di động của tôi: \_\_\_\_\_

NAME, DOB, MRN

patient sticker

# Phần 1: Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi

Tôi đã chọn một người đại diện chăm sóc sức khỏe để lên tiếng thay cho tôi nếu:

- Tôi không thể bày tỏ những ao ước, mục tiêu và giá trị, và những quyết định về cách chăm sóc sức khỏe của mình vì bệnh tật hoặc thương tích

**hoặc**

- các bác sĩ chăm sóc sức khỏe của tôi đã quyết định rằng tôi không thể tự đưa ra những quyết định về cách chăm sóc sức khỏe cho chính mình.

Khi lựa chọn người đại diện chăm sóc sức khỏe, tôi đã xem xét khả năng sẵn lòng đưa ra quyết định của người đó dựa trên những chọn lựa của tôi. Tôi tin tưởng người này sẽ thực hiện theo những nguyện vọng, mục tiêu và các giá trị của tôi trong tình huống căng thẳng.

Tôi hiểu rằng người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi phải từ 18 tuổi trở lên.

**Lưu Ý:** Nếu người mà quý vị chọn để làm đại diện chăm sóc sức khỏe cho quý vị là một bác sĩ chăm sóc sức khỏe đang chăm sóc cho quý vị ngay bây giờ hoặc có thể trong tương lai, quý vị **không** nên chọn người này làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị trừ khi:

- người này có mối liên hệ với quý vị bởi huyết thống, hôn nhân, bạn đời ở chung nhà có ghi danh hoặc nhận nuôi

**hoặc**

- người này có mối liên hệ với quý vị mà không phải là bác sĩ chăm sóc sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như là một người hàng xóm hoặc một người bạn lâu năm.

**Người đại diện chăm sóc sức khỏe chính yếu của tôi là:**

Tên họ: \_\_\_\_\_

Liên hệ: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Điện thoại (Nhà) \_\_\_\_\_ (Di động) \_\_\_\_\_ (Sở làm) \_\_\_\_\_

NAME, DOB, MRN

patient sticker

## Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế

Tôi chọn người này làm đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế của tôi nếu người đại diện chăm sóc sức khỏe chính yếu của tôi không sẵn sàng hoặc không muốn làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi:

Tên họ: \_\_\_\_\_

Liên hệ: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Điện thoại (Nhà) \_\_\_\_\_ (Di động) \_\_\_\_\_ (Số làm) \_\_\_\_\_

## Thêm những người diện chăm sóc sức khỏe thay thế (tùy ý muốn)

### Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ 2

Tôi chọn người này làm đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế của tôi nếu người đại diện chăm sóc sức khỏe chính yếu và người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ nhất của tôi không sẵn sàng hoặc không muốn làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi:

Tên họ: \_\_\_\_\_

Liên hệ: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Điện thoại (Nhà) \_\_\_\_\_ (Di động) \_\_\_\_\_ (Số làm) \_\_\_\_\_

### Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ 3

Tôi chọn người này làm đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế của tôi nếu người đại diện chăm sóc sức khỏe chính yếu và những người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế khác của tôi không sẵn sàng hoặc không muốn làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi:

Tên họ: \_\_\_\_\_

Liên hệ: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Điện thoại (Nhà) \_\_\_\_\_ (Di động) \_\_\_\_\_ (Số làm) \_\_\_\_\_

NAME, DOB, MRN

## Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ 4

Tôi chọn người này làm đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế của tôi nếu người đại diện chăm sóc sức khỏe chính yếu và những người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế khác của tôi không sẵn sàng hoặc không muốn làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi:

Tên họ: \_\_\_\_\_

Liên hệ: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Điện thoại (Nhà) \_\_\_\_\_ (Di động) \_\_\_\_\_ (Sở làm) \_\_\_\_\_

## Quyền hạn của người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi tự động có tất cả những quyền hạn sau đây khi tôi không thể tự đưa ra những quyết định về cách chăm sóc sức khỏe cho chính mình:

- Đưa ra những quyết định về cách chăm sóc sức khỏe cho tôi, gồm cả những quyết định để bắt đầu, ngưng hoặc thay đổi cách chữa trị cho tôi. Điều này bao gồm cả việc lấy ra hoặc đặt thức ăn truyền qua ống dẫn, thử nghiệm, thuốc men, giải phẫu, và những quyết định khác về cách chữa trị bao gồm những phương cách chữa trị hoặc thuốc men về sức khỏe tâm thần. Nếu việc chữa trị bắt đầu, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể cho tiếp tục hoặc ngưng việc đó lại dựa vào những chỉ dẫn bằng lời nói và/hoặc chữ viết.
- giải nghĩa bất kỳ những hướng dẫn nào trong tài liệu này dựa theo sự hiểu biết của người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi về những nguyện vọng, mục tiêu và các giá trị của tôi
- Xem xét và cho phép tiết lộ hồ sơ y khoa, các chi tiết về sức khỏe và những hồ sơ cá nhân khác của tôi khi cần để chăm sóc sức khỏe cho tôi trong cương vị là người đại diện cá nhân chiếu theo Đạo Luật Về Tính Cách Dễ Mang Theo và Trách Nhiệm Về Bảo Hiểm Sức Khỏe năm 1996 (HIPAA) và luật tương tự của tiểu bang.
- sắp xếp việc chăm sóc sức khỏe và điều trị của tôi ở bất kỳ tiểu bang hoặc địa điểm nào mà người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị cho là thích hợp
- Quyết định về những bác sĩ hoặc tổ chức chăm sóc sức khỏe nào sẽ chăm sóc và chữa trị cho tôi.

**Lưu Ý:** Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị không thể đưa ra những quyết định về tài chánh cho quý vị. Hãy cân nhắc để bàn với luật sư về việc làm giấy Ủy Quyền Pháp Lý Về Tài Chánh nếu quý vị muốn bảo đảm mình trao quyền cho một người nào đó để đưa ra những quyết định về tài chánh hoặc thực hiện những giao dịch về tài chánh cho mình.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

## Quyền hạn thêm của người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi

Nếu tôi muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có những quyền hạn sau đây, **Tôi đã ký tên** **tất** vào (những) ô dưới đây.

Đưa ra quyết định về việc chăm sóc thân thể tôi sau khi qua đời.

Tiếp tục là người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi ngay cả khi mối quan hệ của chúng tôi đang hoặc đã kết thúc về mặt pháp lý

Nếu tôi mang thai, hãy xác định xem có nên cố gắng tiếp tục mang thai đến khi sinh nở hay không dựa vào sự hiểu biết của người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị về những nguyện vọng, mục tiêu, giá trị và chỉ dẫn của tôi

## Những giới hạn về quyền hạn của người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi

Nếu tôi muốn giới hạn quyền hạn của người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi trước các quyết định và hành động mà người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể thực hiện, tôi đã viết chúng bên dưới đây.

---

---

---

---

---

---

---

NAME, DOB, MRN

patient sticker

## Phần 2: Những Chỉ Dẫn Về Cách Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi

Những lựa chọn cho việc chăm sóc sức khỏe của tôi như sau. Tôi yêu cầu người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi làm phát ngôn thay mặt cho những chọn lựa này, và các bác sĩ chăm sóc sức khỏe sẽ tôn trọng chúng nếu tôi không thể tự giao tiếp hoặc tự đưa ra quyết định tại thời điểm tôi đang nhận được sự chăm sóc.

**Lưu Ý:** Văn kiện này trao cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị thẩm quyền để đưa ra quyết định chỉ khi nào:

- các bác sĩ chăm sóc sức khỏe của quý vị xác định rằng quý vị không thể đưa ra những quyết định đó
- quý vị đã yêu cầu người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình đưa ra những quyết định cho mình cho dù quý vị vẫn có thể tự quyết định hoặc nói ra.

### Hô hấp nhân tạo (CPR)

Hô hấp nhân tạo (CPR) là một cách chữa trị được sử dụng để tìm cách phục hồi nhịp tim đập và hơi thở khi chúng đã ngưng lại. Việc này có thể bao gồm việc nhấn ngực (nhấn mạnh vào ngực để giúp máu huyết lưu thông), thuốc men, điện giật, ống hít thở và ở lại bệnh viện.

Tôi hiểu rằng:

- CPR có thể cứu được mạng sống nhưng không phải luôn luôn có hiệu quả
- CPR không có nhiều hiệu quả đối với người mắc bệnh kinh niên (lâu năm)
- CPR (hồi sức tim phổi) có thể dẫn tới chấn thương, và quá trình hồi phục sau khi thực hiện CPR có thể đau đớn và khó khăn.

**Tôi đã ký tên tắt vào những chọn lựa mình muốn cho trường hợp này.**

**Chọn lựa của tôi về CPR**

**Tôi muốn thử CPR** nếu tim hoặc hơi thở của tôi ngưng lại trong mọi hoàn cảnh.

**Tôi muốn thử CPR** nếu tim hoặc hơi thở của tôi ngưng lại trừ khi bác sĩ chăm sóc sức khỏe của tôi đã xác định rằng tôi có ít hoặc không có cơ hội hợp lý nào để sống sót cho dù có thử CPR.

**Tôi không muốn làm CPR** (Hô Hấp Nhân Tạo) nếu tim hoặc hơi thở của tôi ngưng lại. Tôi muốn qua đời một cách tự nhiên. Nếu chọn theo cách này, tôi nên bàn với bác sĩ chăm sóc sức khỏe của tôi.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

## Những cách chữa trị để kéo dài mạng sống của tôi

Nếu bác sĩ chăm sóc sức khỏe của tôi xác định rằng tôi ở trong tình trạng thực vật, hoặc tôi bị thương tích não bộ vĩnh viễn và nghĩa là rất có thể tôi sẽ không hồi tỉnh lại hoặc khôi phục lại khả năng để biết mình là ai, tôi chọn những điều sau đây.

**Lưu Ý:** Với bất kỳ lựa chọn nào, quý vị sẽ tiếp tục nhận được sự chăm sóc giảm đau bằng thuốc để giúp quý vị thấy dễ chịu (các biện pháp xoa dịu) cũng như thức ăn và chất lỏng qua đường miệng nếu quý vị có thể nuốt được.

**Tôi đã ký tên tắt vào chọn lựa tôi muốn cho trường hợp này.**

**Chọn lựa của tôi là:**

**Tôi muốn ngưng hoặc ngăn lại tất cả những chương trình chữa trị** nào đang kéo dài mạng sống của tôi vào lúc này. Điều này bao gồm, nhưng không giới hạn vào, thức ăn qua ống dẫn, chất dịch truyền qua IV (trong tĩnh mạch), máy hô hấp/thông hơi (máy giúp hít thở), CPR và thuốc kháng sinh (thuốc men).

**Tôi muốn tất cả những chương trình chữa trị** nào được toán chăm sóc sức khỏe của tôi đề nghị cho đến khi họ đồng ý rằng những cách chữa trị đó có hại và không còn hữu ích nữa. Điều này bao gồm, nhưng không giới hạn vào, thức ăn qua ống dẫn, chất dịch truyền qua IV, máy hô hấp/thông hơi, CPR và thuốc kháng sinh.

**Tôi muốn tiếp nhận sự chữa trị có giới hạn.** Tôi muốn tiếp nhận một số loại chăm sóc trong một số hoàn cảnh, như tôi đã viết dưới đây. Ví dụ, quý vị có thể viết rằng quý vị muốn được sống nhờ vào phương pháp hỗ trợ cho đến khi tất cả những người trong nhóm chăm sóc quý vị đã đến.

---

---

---

---

---

---

---

---

NAME, DOB, MRN

patient sticker



## Bệnh ở giai đoạn cuối

Bệnh ở giai đoạn cuối là một bệnh trạng đang phát tác, càng lúc càng tệ hơn, không thể chữa trị được và bị cho là sẽ đưa đến tử vong.

**Lưu Ý:** Với bất kỳ lựa chọn nào, quý vị sẽ tiếp tục nhận được sự chăm sóc giảm đau bằng thuốc để giúp quý vị thấy dễ chịu (các biện pháp xoa dịu) cũng như thức ăn và chất lỏng qua đường miệng nếu quý vị có thể nuốt được.

Tôi đã ký tên tắt vào chọn lựa tôi muốn cho trường hợp này.

Nếu tôi bị bệnh ở giai đoạn cuối, chọn lựa của tôi là:

**Tôi muốn ngưng hoặc ngăn lại tất cả những chương trình chữa trị** nào đang kéo dài mạng sống của tôi. Điều này bao gồm, nhưng không giới hạn vào, thức ăn qua ống dẫn, chất dịch truyền qua IV, máy hô hấp/thông hơi, CPR và thuốc kháng sinh.

**Tôi muốn tất cả những chương trình chữa trị** nào được toán chăm sóc sức khỏe của tôi đề nghị cho đến khi họ đồng ý rằng những cách chữa trị đó có hại và không còn hữu ích nữa. Điều này bao gồm, nhưng không giới hạn vào, thức ăn qua ống dẫn, chất dịch truyền qua IV, máy hô hấp/thông hơi, CPR và thuốc kháng sinh.

**Tôi muốn tiếp nhận sự chữa trị có giới hạn.** Tôi muốn tiếp nhận một số loại chăm sóc trong một số hoàn cảnh, như tôi đã viết dưới đây. Thí dụ, quý vị có thể viết rằng quý vị muốn dung thuốc kháng sinh để chữa trị mọi tình trạng lây nhiễm.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

NAME, DOB, MRN

patient sticker

## Những chọn lựa khác để chữa trị (tùy ý muốn)

**Lưu Ý:** Sử dụng khoảng trống này để viết ra bất kỳ lựa chọn điều trị nào cho tình trạng bệnh cụ thể của quý vị. Ví dụ, nếu quý vị có bệnh tiểu đường, quý vị có thể viết ra những suy nghĩ và nguyện vọng của mình về việc lọc máu.

---

---

---

Tôi chọn để trống phần này (viết tắt tên vào ô)

### Hiển tặg cơ phận

Hiển tặg cơ phận là hiển tặg cơ phận, như mắt, mô cơ hoặc bất cứ một cơ phận nào khác của thân thể cho người có nhu cầu.

**Tôi đã ký tên tắt vào chọn lựa tôi muốn cho trường hợp này.**

**Tôi không** muốn hiển tặg cơ phận, như mắt, mô cơ hoặc bất cứ những cơ phận nào khác của thân thể. Tôi không cho phép hiển tặg cơ phận sau khi tôi qua đời.

**Tôi có** muốn hiển tặg bất cứ một hay tất cả mọi cơ phận của tôi, như mắt, mô cơ hay những cơ phận khác của thân thể. Tôi cho phép hiển tặg cơ phận sau khi tôi qua đời. Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi được ủy quyền để bắt đầu hoặc tiếp tục những phương thức chữa trị để yểm trợ hoặc can thiệp cần thiết để duy trì những cơ phận của tôi, như mắt, mô cơ hay bất cứ một cơ phận nào khác của thân thể cho đến khi việc hiển tặg được hoàn tất.

**Tôi có** muốn hiển tặg, nhưng tôi muốn **hạn chế** việc hiển tặg mô cơ và cơ phận của tôi. Tôi cho phép hiển tặg có giới hạn, như tôi đã viết ra dưới đây, sau khi tôi qua đời. Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi được ủy quyền để bắt đầu hoặc tiếp tục những phương thức chữa trị để yểm trợ hoặc can thiệp cần thiết để duy trì những cơ phận của tôi, như mắt, mô cơ hay bất cứ một cơ phận nào khác của thân thể cho đến khi việc hiển tặg được hoàn tất.

---

---

**Tôi chưa quyết định** về việc có hiển tặg hay không bất cứ một hay tất cả mọi cơ phận của tôi, như mắt, mô cơ hay những cơ phận khác của thân thể. Tôi cho phép người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi đưa ra quyết định này sau khi tôi qua đời.

**Lưu Ý:** Xin quý vị vui lòng ký tên và đề ngày vào tất cả những trang giấy nào quý vị đính kèm thêm vào văn kiện này.

## Mổ xác

Việc mổ xác được thực hiện để xác nhận nguyên nhân tử vong hoặc để giúp cho sự tiến bộ của ngành y khoa. Có thể có các chi phí cho việc khám nghiệm tử thi.

**Tôi đã ký tên tắt vào chọn lựa tôi muốn cho trường hợp này.**

**Tôi không** muốn bị mổ xác trừ khi luật pháp đòi hỏi.

**Tôi có** cho phép người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi xin mổ xác nếu việc đó có thể giúp người khác hiểu rõ nguyên nhân gây ra cái chết của tôi hoặc giúp những người trong gia đình tôi đưa ra quyết định về cách chăm sóc sức khỏe của họ trong tương lai.

**Tôi chưa quyết định** về việc tôi sẽ cho phép mổ xác hay không. Tôi ủy quyền cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi đưa ra quyết định này sau khi tôi qua đời.

## Nhận xét hoặc chỉ dẫn cho các bác sĩ chăm sóc sức khỏe (tùy ý muốn)

**Lưu Ý:** Dùng chỗ trống này để viết thêm chỉ dẫn hay lời nhắn cho toán chăm sóc sức khỏe của quý vị mà chưa được đề cập đến trong chỉ thị chăm sóc sức khỏe này, hoặc để mở rộng hay làm sáng tỏ những ao ước, mục tiêu và giá trị của quý vị. Quý vị có thể để trống chỗ này.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Tôi chọn để trống phần này (viết tắt tên vào ô)

**Lưu Ý:** Xin quý vị vui lòng ký tên và đề ngày vào tất cả những trang giấy nào quý vị đính kèm thêm vào văn kiện này.

NAME, DOB, MRN

## Những nhận xét hoặc chỉ dẫn khác cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi (tùy ý muốn)

**Lưu Ý:** Dùng chỗ trống này để viết thêm những chỉ dẫn hoặc lời nhắn cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị mà chưa được đề cập đến trong chỉ thị chăm sóc sức khỏe này. Quý vị có thể để trống chỗ này.

Thí dụ, quý vị có thể viết xuống tên của gia đình, bạn hữu hoặc những người khác gần gũi với quý vị mà quý vị muốn hay không muốn cho họ dự phần vào những cuộc bàn luận về vấn đề sức khỏe của mình, chẳng hạn như “Tôi không muốn \_\_\_\_\_ dự phần vào những cuộc bàn luận về vấn đề sức khỏe của tôi.” Hay, “Tôi muốn \_\_\_\_\_ và \_\_\_\_\_ dự phần vào những cuộc bàn luận về vấn đề sức khỏe của tôi.”

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Tôi chọn để trống phần này (viết tắt tên vào ô)

**Lưu Ý:** Xin quý vị vui lòng ký tên và đề ngày vào tất cả những trang giấy nào quý vị đính kèm thêm vào văn kiện này.

NAME, DOB, MRN

## Phần 3: Những Hy Vọng và Ao Ước Của Tôi

**Lưu Ý:** Phần này là không bắt buộc nhưng sẽ có ích cho người đại diện chăm sóc sức khỏe và các thành viên trong nhóm chăm sóc của quý vị, những người tham gia giúp đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị vào cuối đời.

Tôi chọn để trống một số câu hỏi này. (viết tắt tên vào ô)

**Tôi muốn những người có dự phần trong việc chăm sóc sức khỏe và những quyết định về cách chăm sóc sức khỏe của tôi biết những ý nghĩ và cảm tưởng sau đây của tôi:**

1. Những điều làm cho đời sống có giá trị nhất đối với tôi là (liệt kê những điều khiến quý vị thức dậy mỗi buổi sáng):
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. Những điều tôi tin về thời điểm mà cuộc sống không còn đáng để sống nữa (liệt kê thí dụ về những hoàn cảnh mà trong đó sống không bằng chết):
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
3. Những chọn lựa của tôi về cách chữa trị y khoa cụ thể, nếu có (điều này có thể bao gồm những chọn lựa của quý vị về máy thông hơi, thẩm tách, thuốc kháng sinh, thức ăn được truyền bằng ống dẫn, chăm sóc cuối đời hoặc chăm sóc giảm nhẹ):

### Chăm Sóc Cuối Đời

Chăm sóc cuối đời chú trọng vào sự thoải mái và phẩm chất đời sống của quý vị khi bác sĩ chăm sóc sức khỏe của quý vị tin rằng quý vị còn sống dưới 6 tháng.

### Chăm Sóc Giảm Nhẹ

Chăm sóc giảm nhẹ được cung cấp nếu quý vị ở trong bất cứ giai đoạn nào của một chứng bệnh nghiêm trọng. Cách chăm sóc này chú trọng vào việc chữa trị những triệu chứng, những quan tâm về cảm xúc và tâm linh, và giúp quý vị và gia đình hiểu rõ về chứng bệnh và những chọn lựa để chữa trị cho quý vị.

**Lưu Ý:** Xin quý vị vui lòng ký tên và đề ngày vào tất cả những trang giấy nào quý vị đính kèm thêm vào văn kiện này.

NAME, DOB, MRN

4. Những hy vọng và ao ước của tôi về cách tôi muốn chết như thế nào và ở đâu:  
(Bắt đầu câu của quý vị bằng “Nếu có thể, tôi muốn...”)

5. Nếu tôi sắp chết, tôi sẽ cảm kích về những điều sau đây để được an ủi và nâng đỡ:  
(Suy nghĩ về các biện pháp hoặc vật dụng giúp xoa dịu, và sự hỗ trợ từ những người đến thăm.)

6. Chia sẻ những suy nghĩ và cảm xúc của quý vị về cách mà những người chăm sóc cho quý vị có thể cung cấp sự hỗ trợ về mặt tinh thần, nhằm tôn trọng tôn giáo, văn hóa hoặc truyền thống tín ngưỡng của quý vị.

7. Mối liên hệ tôn giáo, tinh thần và tín ngưỡng của tôi:

Tôi là người mang niềm tin \_\_\_\_\_, và là một thành viên của cộng đồng đức tin \_\_\_\_\_ trong (thành phố) \_\_\_\_\_.

Vui lòng cố gắng thông báo cho họ biết về cái chết của tôi và sắp xếp để họ bố trí dịch vụ sau khi tôi mất hoặc tổ chức lễ tưởng niệm.

Tôi muốn được chôn/hỏa táng. (khoanh một chọn lựa)

Hướng dẫn về việc chăm sóc cơ thể của tôi sau khi chết:

Tôi muốn có những người, âm nhạc, nghi thức, v.v. sau đây, nếu có thể được:

8. Những lựa chọn/ hướng dẫn khác (chẳng hạn như hướng dẫn về việc hiến tặng cơ thể của tôi cho khoa học):

**Lưu Ý:** Xin quý vị vui lòng ký tên và đề ngày vào tất cả những trang giấy nào quý vị đính kèm thêm vào văn kiện này.

NAME, DOB, MRN

## Phần 4: Hợp Thức Hóa Chỉ Thị Về Sức KHỏe Của Tôi

Theo luật của Minnesota, quý vị phải ký tên và đề ngày vào văn kiện này tại Minnesota trước mặt người thị thực chữ ký **hoặc** hai nhân chứng.

- Người thị thực chữ ký hoặc các nhân chứng của quý vị không thể là người được nêu tên là đại diện chăm sóc sức khỏe trong văn kiện này.
- Người thị thực chữ ký của quý vị không thể là một bác sĩ chăm sóc sức khỏe (nhưng *có thể* là một nhân viên của bác sĩ chăm sóc sức khỏe) đang chăm sóc cho quý vị vào lúc quý vị ký tên vào văn kiện này.
- Nếu quý vị ký tên trước mặt hai nhân chứng, chỉ một người trong số hai nhân chứng đó có thể là bác sĩ chăm sóc sức khỏe (hoặc nhân viên của một bác sĩ chăm sóc sức khỏe) đang chăm sóc cho quý vị vào lúc quý vị ký tên vào văn kiện này.

**Quan trọng: Chờ đến khi quý vị đứng trước mặt người thị thực chữ ký hoặc hai nhân chứng rồi mới ký tên. Ngày ký tên phải phù hợp nhau.**

**Tôi đã thực hiện văn kiện này một cách tự ý. Tôi có suy nghĩ sáng suốt. Văn kiện này bày tỏ những chọn lựa của tôi về những quyết định trong việc chăm sóc sức khỏe của tôi:**

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Nếu tôi không thể ký tên của mình, tôi yêu cầu người sau đây ký tên thay cho tôi:

Chữ ký: \_\_\_\_\_

Viết tên theo kiểu chữ in: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Lý do tôi không thể ký tên của mình là: \_\_\_\_\_

NAME, DOB, MRN

patient sticker

## Chọn Lựa 1: Thị thực chữ ký

Trước mặt tôi vào ngày \_\_\_\_\_ (ngày), \_\_\_\_\_  
(tên của người hoàn thành chỉ thị chăm sóc sức khỏe này) đã công nhận  
chữ ký của họ trên tài liệu hoặc công nhận họ đã ủy quyền cho người thay  
mặt họ ký vào tài liệu này. Tôi không được nêu tên là một người đại diện  
chăm sóc sức khỏe hay người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế trong  
văn kiện này.

### Quan trọng

Nếu quý vị dùng  
một người thị  
thực chữ ký, quý  
vị không cần hai  
nhân chứng.

Quận: \_\_\_\_\_  
(nơi văn kiện này được ký tên)

### Chứng kiến bàn tay của tôi và dấu ấn:

Chữ ký của người thị thực: \_\_\_\_\_

Giấy phép của tôi hết hạn (ngày): \_\_\_\_\_

Dấu đóng của người thị thực chữ ký:

NAME, DOB, MRN

patient sticker



## Chọn Lựa 2: Hai nhân chứng

Tôi tuyên bố rằng:

- tài liệu này đã được ký với sự hiện diện của tôi, bởi người hoàn thành tài liệu này hoặc bởi một cá nhân mà người hoàn thành tài liệu này đã ủy quyền để ký thay cho họ
- tuổi của tôi từ 18 trở lên
- tôi không được nêu tên là một người đại diện chăm sóc sức khỏe trong văn kiện này.

**Lưu Ý:** Chỉ được một trong số hai nhân chứng có thể là bác sĩ chăm sóc sức khỏe (hoặc nhân viên của một bác sĩ chăm sóc sức khỏe) đang chăm sóc cho quý vị lúc quý vị ký tên vào văn kiện này.

### Chữ Ký của Nhân Chứng 1:

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Viết tên theo kiểu chữ in: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Quý vị có phải là bác sĩ chăm sóc sức khỏe (hay nhân viên của một bác sĩ chăm sóc sức khỏe) đang chăm sóc trực tiếp cho người thực hiện chỉ thị chăm sóc sức khỏe này hay không?  có  không

### Chữ Ký của Nhân Chứng 2:

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Viết tên theo kiểu chữ in: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Quý vị có phải là bác sĩ chăm sóc sức khỏe (hay nhân viên của một bác sĩ chăm sóc sức khỏe) đang chăm sóc trực tiếp cho người thực hiện chỉ thị chăm sóc sức khỏe này hay không?  có  không

### Quan trọng

Nếu quý vị dùng hai nhân chứng, thì quý vị không cần người thị thực chữ ký.

NAME, DOB, MRN

## Phần 5: Những Bước Kế Tiếp

Bây giờ quý vị đã hoàn tất chỉ thị chăm sóc sức khỏe của mình, quý vị còn một vài bước nữa là xong. Trang này không phải là một phần của chỉ thị chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị có thể tách rời nó ra khỏi phần còn lại của văn kiện này và dùng nó để ghi chép.

### Bảng Kiểm Kê

- Cát giữ bản gốc chỉ thị chăm sóc sức khỏe của quý vị ở chỗ có thể dễ tìm được.
- Giao một bản sao của chỉ thị chăm sóc sức khỏe của quý vị cho người đại diện chăm sóc sức khỏe, (các) bác sĩ chăm sóc sức khỏe của quý vị (để họ có thể quét hình bản sao đó và đưa vào hồ sơ y khoa của quý vị) và những người có thể dự phần vào việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị hoặc giúp đưa ra những quyết định về chăm sóc sức khỏe cho quý vị.
- Bàn luận với bất cứ ai có thể dự phần nếu quý vị bị bệnh hoặc thương tích nghiêm trọng. Nhớ phải cho họ biết ai là người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị và hiểu rõ những ao ước, mục tiêu và giá trị của quý vị.
- Nếu quý vị vào bệnh viện hoặc nhà dưỡng lão, hãy mang theo bản sao của chỉ thị chăm sóc sức khỏe của quý vị và yêu cầu quét hình bản sao đó để đưa vào hồ sơ y khoa của quý vị.
- Duyệt lại, cập nhật hoặc thực hiện một chỉ thị chăm sóc sức khỏe mới ít nhất là mỗi 5 năm một lần hoặc nếu:
  - có sự thay đổi trong mối quan hệ, chẳng hạn như ly hôn, ly thân hoặc qua đời
  - quý vị bị chẩn đoán là mắc bệnh nghiêm trọng
  - sức khỏe của quý vị suy sụp đáng kể, nhất là nếu quý vị không thể tự chăm sóc chính mình hoặc không thể sống một mình
  - người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị không muốn hoặc không thể giúp quý vị nữa.
- Nếu những chọn lựa của quý vị thay đổi, hãy điền một chỉ thị chăm sóc sức khỏe mới và giao bản sao mới cho người đại diện chăm sóc sức khỏe, (các) bác sĩ chăm sóc sức khỏe của quý vị, những người khác có thể dự phần trong việc chăm sóc sức khỏe hoặc giúp đưa ra những quyết định về chăm sóc sức khỏe cho quý vị và bất cứ người nào có bản sao của chỉ thị chăm sóc sức khỏe cũ của quý vị. Cho họ biết điều gì đã thay đổi và bảo họ hủy bỏ những bản sao cũ.

## **Ai có bản sao của văn kiện này**

Cung cấp một bản sao của tài liệu này cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị, (những) bác sỹ; lãnh đạo tôn giáo, tâm linh hoặc tín ngưỡng; và những người có thể tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Cũng hãy mang theo một bản sao chỉ thị chăm sóc sức khỏe với quý vị khi đến bệnh viện hoặc chấn y viện để được chăm sóc.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_



[allinahealth.org](http://allinahealth.org)