

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-96884.



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 tôi có trách nhiệm chia sẻ nguyện vọng, mục tiêu và giá trị của mình với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, (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

Ủy Quyền Pháp Lý cho Văn Kiện Chăm Sóc Sức Khỏe

Thông Báo cho Người Thực Hiện Văn Kiện này

Quý vị có quyền đưa ra những quyết định về cách chăm sóc sức khỏe của mình. Không một phương thức chăm sóc sức khỏe nào có thể được cung cấp cho quý vị trước sự phản đối của quý vị, và không một phương thức chăm sóc sức khỏe cần thiết nào có thể bị ngưng hoặc ngăn chặn nếu quý vị phản đối việc đó.

Vì các bác sĩ chăm sóc sức khỏe của quý vị trong một số trường hợp có thể không có cơ hội để thiết lập mối tương giao lâu dài với quý vị, nên họ thường không quen thuộc với niềm tin và giá trị của quý vị cũng như những chi tiết về các mối liên hệ trong gia đình quý vị. Điều này gây ra một nan đề nếu quý vị trở thành không có khả năng về thể xác hoặc tâm thần để đưa ra những quyết định về cách chăm sóc sức khỏe của mình.

Để tránh vấn đề này, quý vị có thể ký tên vào văn kiện pháp lý này để nêu rõ người mà quý vị muốn là sẽ đưa ra những quyết định về cách chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị không thể tự đưa ra những quyết định đó. Người đó được gọi là đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị nên dành thì giờ để bàn luận về những ý nghĩ và niềm tin của mình về phương thức chữa trị y khoa với người hoặc những người mà quý vị đã nêu tên. Quý vị có thể ghi vào văn kiện này những loại chăm sóc sức khỏe nào quý vị muốn hoặc không muốn, và quý vị có thể hạn chế thẩm quyền của người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình. Nếu người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị không biết về nguyện vọng của quý vị liên quan đến một quyết định chăm sóc sức khỏe cụ thể, thì người này khi đưa ra quyết định phải dựa trên lợi ích tốt nhất của quý vị.

Đây là một văn kiện pháp lý quan trọng. Nó trao quyền hạn rộng rãi cho người đại diện của quý vị để đưa ra những quyết định về cách chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Văn kiện này hủy bỏ bất cứ một giấy ủy quyền pháp lý nào về cách chăm sóc sức khỏe mà quý vị có thể đã thực hiện trước đây. Nếu quý vị muốn thay đổi giấy Ủy Quyền Pháp Lý về Chăm Sóc Sức Khỏe của mình, quý vị có thể hủy bỏ văn kiện này bất cứ lúc nào bằng cách hủy bỏ nó, bằng cách bảo một người khác hủy bỏ nó trước mặt mình, bằng cách ký tên vào một lời tuyên bố được viết ra và đề ngày, hoặc bằng cách tuyên bố hủy bỏ văn kiện này trước mặt hai nhân chứng.

Nếu quý vị hủy bỏ, quý vị nên thông báo cho người đại diện của quý vị, các bác sĩ chăm sóc sức khỏe của quý vị và bất cứ một người nào khác mà quý vị đã cho một bản sao. Nếu người đại diện của quý vị là người phối ngẫu hoặc bạn đời ở chung nhà và hôn nhân của quý vị bị hủy bỏ hoặc ly dị hoặc mối liên hệ bạn đời ở chung nhà chấm dứt sau khi ký tên vào văn kiện này, văn kiện trở thành vô hiệu lực.

Quý vị cũng có thể dùng văn kiện này để thực hiện hoặc từ chối thực hiện việc hiến tặng cơ phận sau khi qua đời. Nếu quý vị dùng văn kiện này để thực hiện hoặc từ chối thực hiện việc hiến tặng cơ phận, văn kiện này hủy bỏ bất cứ một biên bản nào đã có trước đây về việc hiến tặng mà quý vị có thể đã làm. Quý vị có thể hủy bỏ hoặc thay đổi bất cứ một sự hiến tặng cơ phận nào mà quý vị đưa ra trong văn kiện này bằng cách gạch bỏ điều khoản hiến tặng cơ phận trong văn kiện này.

Đừng ký tên vào văn kiện này trừ khi quý vị hiểu nó một cách rõ ràng.

Quý vị nên giữ bản gốc của tài liệu này trong hồ sơ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình.

NAME, DOB, MRN

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 lựa chọn 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 làm đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị là một bác sĩ chăm sóc sức khỏe đang chăm sóc quý vị bây giờ hoặc có thể trong tương lai, quý vị **không** nên chọn người này làm đại diện chăm sóc sức khỏe của mình trừ khi người đó có liên hệ với quý vị bởi huyết thống, hôn nhân, bạn đời ở chung nhà có ghi danh hoặc nhận nuôi.

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

Tên họ: _____

Liên hệ: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại (Nhà) _____ (Di động) _____ (Số làm) _____

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) _____

NAME, DOB, MRN

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) _____ (Sở 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) _____ (Sở làm) _____

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) _____

NAME, DOB, MRN

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 sau đây khi tôi không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe của chính tôi tại thời điểm tôi được điều trị:

- Đưa ra những quyết định về cách chăm sóc sức khỏe của tôi, gồm cả những quyết định để bắt đầu, ngưng lại hoặc thay đổi những phương cách chữa trị cho tôi. Điều này bao gồm những quyết định về các thử nghiệm, thuốc men, giải phẫu, và những quyết định khác về cách chữa trị gồm cả chữa trị hoặc thuốc men về sức khỏe tâm thần, trừ trường hợp như được ghi nhận trong phần “những giới hạn” trên trang 8. Nếu việc chữa trị đã bắt đầu, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể cho tiếp tục hoặc ngưng 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 tôi cho là thích hợp. (Xem trang 6.)
- 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.

Lưu Ý: Nếu quý vị không ký tên tất vào một ô trong các phần 1, 2 và 3, chọn lựa của quý vị sẽ được hiểu là “không.” Điều này có nghĩa là nếu quý vị không chọn, thì người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ không thể đưa ra những quyết định này, và cần phải có lệnh tòa để cho phép quý vị tiếp nhận sự chăm sóc và các dịch vụ như được miêu tả dưới đây theo luật Wisconsin.

1. Việc tiếp nhận vào nhà dưỡng lão hoặc cơ sở gia cư dựa vào cộng đồng

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể đưa tôi vào một nhà dưỡng lão hoặc cơ sở gia cư dựa vào cộng đồng trong những khoảng thời gian ngắn để được chăm sóc phục hồi hoặc chăm sóc ngắn hạn.

Thẩm quyền của người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi để đưa tôi vào một nhà dưỡng lão hoặc cơ sở gia cư dựa vào cộng đồng nhằm mục đích chăm sóc dài hạn như sau:

Có, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thẩm quyền, nếu cần, để đưa tôi vào một nhà dưỡng lão hoặc cơ sở gia cư dựa vào cộng đồng để ở dài hạn. Thẩm quyền này còn lệ thuộc vào những giới hạn tôi đã ấn định trong văn kiện và cũng sẽ không có hiệu lực nếu tôi bị chẩn đoán là bị thương tật về phát triển hoặc bị bệnh tâm thần vào lúc được đề nghị nhập viện.

Không, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không có thẩm quyền để đưa tôi vào một nhà dưỡng lão hoặc cơ sở gia cư dựa vào cộng đồng để ở dài hạn.

Tôi hiểu rằng tôi phải chọn “có” nếu tôi muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể đưa tôi vào một cơ sở chăm sóc dài hạn để ở dài hạn mà không cần lệnh tòa.

2. Ngăn cản hoặc rút ống dẫn thức ăn

Có, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có quyền duy trì hoặc rút ống truyền thức ăn cho tôi, trừ khi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi, dựa trên nhận định chuyên môn, khuyên rằng việc duy trì hoặc rút ống có thể gây đau đớn hoặc khó chịu cho tôi. Điều này tùy thuộc vào những giới hạn tôi đã ấn định trong văn kiện này.

Lưu Ý: Quý vị sẽ tiếp tục được cung cấp thuốc giảm đau và an thần cũng như thức ăn và nước uống bằng miệng nếu quý vị không thể nuốt được.

Không, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không có thẩm quyền để ngăn cản hay rút ống dẫn thức ăn ra khỏi người tôi.

Tôi hiểu rằng tôi phải chọn “có” nếu tôi muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể thỏa thuận để ngăn cản hoặc rút ống dẫn thức ăn ra khỏi người tôi mà không cần lệnh tòa.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

3. Những quyết định về cách chăm sóc sức khỏe trong thời gian mang thai

Có, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thẩm quyền để đưa ra những quyết định về cách chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi mang thai. Điều này tùy thuộc vào những giới hạn tôi đã ấn định trong văn kiện này.

Không, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không có thẩm quyền để đưa ra những quyết định về cách chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi mang thai.

Tôi hiểu rằng tôi phải chọn “có” nếu tôi muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể đưa ra những quyết định về cách chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi mang thai mà không cần lệnh tòa.

Không áp dụng. (Chỉ sử dụng lựa chọn này nếu không có khả năng mang thai.)

4. Những quyết định về việc chăm sóc thân xác của tôi sau khi qua đời

Có, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thẩm quyền để đưa ra quyết định về cách chăm sóc thân xác của tôi sau khi qua đời.

Không, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không có thẩm quyền để đưa ra những quyết định về cách chăm sóc thân xác của tôi sau khi qua đời.

5. Tiếp tục làm đại diện chăm sóc sức khỏe nếu mối liên hệ chấm dứt

Có, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thẩm quyền để tiếp tục làm đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi cho dù hôn nhân hoặc mối liên hệ bạn đời ở chung nhà của chúng tôi sắp chấm dứt trên phương diện pháp lý hoặc đã chấm dứt.

Không, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không có thẩm quyền để tiếp tục làm đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi cho dù hôn nhân hoặc mối liên hệ bạn đời ở chung nhà của chúng tôi sắp chấm dứt trên phương diện pháp lý hoặc đã chấm dứt.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

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

Theo luật Wisconsin, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không được đưa hay tống tôi làm một bệnh nhân nội viện tại một bệnh viện dành cho người bị bệnh tâm thần, một cơ sở chăm sóc trung gian dành cho những người bị thương tật về trí óc, một cơ sở chữa trị của tiểu bang hoặc một cơ sở chữa trị. Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không được thỏa thuận để áp dụng những thể thức nghiên cứu hoặc giải phẫu tâm thần, chữa trị bằng phương pháp điện trị co giật hoặc những thể thức chữa trị sức khỏe tâm thần mạnh mẽ đối với tôi.

Nếu tôi muốn giới hạn quyền hạn của người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi trước bất kỳ quyết định hoặc hành động nào mà người này có thể thực hiện, tôi đã viết chúng bên dưới đây.

NAME, DOB, MRN

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

Sau đây là những chọn lựa của tôi về cách chăm sóc sức khỏe. Tôi yêu cầu người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi phải đại biểu cho những chọn lựa này, và bác sĩ chăm sóc sức khỏe của tôi phải tôn trọng chúng nếu tôi không thể nói ra hoặc đưa ra quyết định của chính mình.

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:

- nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị xác định rằng quý vị không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính bản thân mình
- 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 hỗ trợ duy trì sự sống cho đến khi gặp được tất cả những người trong nhóm chăm sóc sức khỏe của quý vị.

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: Dùng chỗ trống này để viết ra những chọn lựa về cách chữa trị quý vị có thể tiếp nhận cho bệnh trạng cụ thể của mình. Ví dụ, nếu quý vị bị bệnh tiểu đường, quý vị có thể viết ra những suy nghĩ và nguyện vọng của mình về việc chạy thận nhân tạo. Quý vị có thể để trống chỗ này.

Hiển tặng cơ phận

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

Tôi có muốn hiển tặng 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 tặng 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 tặng được hoàn tất.

Tôi có muốn hiển tặng, nhưng tôi muốn **hạn chế** việc hiển tặng mô cơ và cơ phận của tôi. Tôi cho phép hiển tặng 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 tặng được hoàn tất.

Tôi chưa quyết định về việc có hiển tặng 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.

NAME, DOB, MRN

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 phát sinh 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.

Lưu Ý: Xin quý vị vui lòng ký tên và để 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.”

Lưu Ý: Xin quý vị vui lòng ký tên và để 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 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):

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.

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.

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 với mệnh đề “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 mang lại cho quý vị cảm giác xoa dịu và hỗ trợ của 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 Wisconsin, quý vị phải ký tên và đề ngày vào văn kiện này tại Wisconsin trước mặt hai nhân chứng.

- Nhân viên sở xã hội và tuyên úy là những người chăm sóc sức khỏe duy nhất có thể làm nhân chứng tại Wisconsin.
- Ngoài ra, các nhân chứng của quý vị không thể:
 - là bà con thân thuộc của quý vị hoặc được nêu tên là người đại diện chăm sóc sức khỏe trong văn kiện này
 - có quyền thu nhận tiền bạc hoặc bất động sản từ tài sản của quý vị sau khi quý vị qua đời mà họ biết được
 - có trách nhiệm trực tiếp về tài chánh cho sự chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Quan trọng: Chờ đến khi quý vị đứng trước mặt 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

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 người đại diện chăm sóc sức khỏe trong văn kiện này.
- Tôi không có liên hệ bởi huyết thống, hôn nhân, bạn đời ở chung nhà có ghi danh hoặc nhận nuôi với người ký tên vào văn kiện này.
- Tôi không có trách nhiệm trực tiếp về tài chánh đối với việc chăm sóc sức khỏe của người này.
- Tôi không phải là bác sĩ chăm sóc sức khỏe phục vụ trực tiếp cho người này vào lúc này.
- Tôi không phải là một nhân viên (ngoại trừ là nhân viên sở xã hội hoặc tuyên úy) của một bác sĩ chăm sóc sức khỏe đang phục vụ trực tiếp cho người này vào lúc này.
- Tôi không biết rằng tôi có quyền thừa hưởng hoặc thu nhận tiền bạc hay bất động sản từ tài sản của người này sau khi người này qua đời.

Chữ Ký của Nhân Chứng 1:

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Viết tên theo kiểu chữ in: _____

Địa chỉ: _____

Chữ Ký của Nhân Chứng 2:

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Viết tên theo kiểu chữ in: _____

Địa chỉ: _____

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

- Cất 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