

Những quyết định lúc cuối đời

Bản Chỉ Dẫn Trước

Di Chúc Lập Khi Còn Sống và Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe



Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe

Providence Health Care tôn trọng quyền của các cá nhân trong việc thể hiện các nguyện vọng của họ về việc chăm sóc sức khỏe. Chúng tôi tin rằng điều quan trọng đối với mỗi cá nhân là cần phải bàn thảo các nguyện vọng của mình với các bác sĩ, gia đình, bạn bè thân thiết, mục sư, luật sư hoặc các chuyên gia khác quan trọng đối với họ.

Các bệnh viện và cơ sở chăm sóc sức khỏe tại Providence cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao cho tất cả mọi người, phù hợp với giá trị và phẩm cách của mỗi người. Providence hoạt động dựa trên các nguyên tắc đạo đức của Đạo Công Giáo, trong đó yêu cầu chúng tôi phải tôn trọng sự thiêng liêng của cuộc sống và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhân ái để đáp ứng các nhu cầu về thể chất, tâm linh và tâm thần của tất cả mọi mặt liên quan tới con người.

Lập Kế Hoạch Trước

Để bảo đảm là các nguyện vọng của quý vị được tuân theo nếu quý vị bị mất năng lực, quý vị phải lập kế hoạch trước. Điều này cũng giúp gia đình của quý vị tránh phải đưa ra những quyết định khó khăn.

Hãy bắt đầu bằng cách tìm hiểu về các quyết định chăm sóc sức khỏe mà quý vị có thể gặp và nói rõ các suy nghĩ cũng như cảm xúc riêng của quý vị.

Sau đó quyết định quý vị muốn được chăm sóc như thế nào nếu bị mất năng lực. Quý vị sẽ—hoặc không muốn—kéo dài sự sống trong những hoàn cảnh nào? Có các thủ thuật y khoa nào mà quý vị muốn nhận hoặc từ chối nhận không? Quý vị muốn ai ra quyết định thay cho quý vị? Quý vị nên cân nhắc những gì khi đưa ra những lựa chọn này?

Sau khi quý vị quyết định về việc điều trị, có nhiều cách để cho biết các lựa chọn ưu tiên của quý vị trong trường hợp quý vị không thể nói ra. Điều quan trọng nhất mà quý vị có thể làm là nói chuyện với những người có thể ra quyết định giúp cho quý vị. Quý vị có thể cho biết các nguyện vọng của mình bằng văn bản bằng cách lập các bản chỉ dẫn trước như Di Chúc Lập Khi Còn Sống, Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe và Thẻ Người Hiến Tặng Bộ Phận Cơ Thể và làm việc với bác sĩ của

quý vị để điền Mẫu Yêu Cầu của Bác Sĩ về Điều Trị Kéo Dài Sự Sống (POLST).

Bản Chỉ Dẫn Trước là gì?

Bản Chỉ Dẫn Trước là các tài liệu cho phép quý vị ghi rõ dạng chăm sóc chữa trị mà quý vị muốn nhận được khi sắp lìa đời.

Dạng Bản Chỉ Dẫn Trước đầu tiên gọi là *Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe*, nhưng thường được gọi là *Di Chúc Lập Khi Còn Sống*.

Dạng Chỉ Dẫn Trước thứ hai được gọi là *Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe*.

Các nguyện vọng của quý vị không nhất thiết phải được ghi trong bản Chỉ Dẫn Trước. Mà các nguyện vọng đó có thể được bác sĩ của quý vị ghi lại trong hồ sơ y khoa.

Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (Di Chúc Lập Khi Còn Sống)

Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (Di Chúc Lập Khi Còn Sống) là gì?

Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (Di Chúc Lập Khi Còn Sống) là một mẫu điền mà quý vị sử dụng để cho biết những gì quý vị muốn và/hoặc không muốn liên quan tới việc chăm sóc chữa trị cho quý vị. Bản Chỉ Dẫn này sẽ bắt đầu có hiệu lực nếu quý vị mắc một căn bệnh nan y (có giấy chẩn đoán của bác sĩ điều trị của quý vị) hoặc ở tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn (có giấy chẩn đoán của hai bác sĩ) và không thể giao tiếp được.

"Bệnh nan y" là gì?

Bệnh nan y là một căn bệnh không thể chữa khỏi được hoặc không thể đảo ngược được do bệnh tật, thương tích gây ra, trong đó các thủ thuật y khoa kéo dài sự sống sẽ chỉ làm trì hoãn thời điểm qua đời.

Nếu quý vị bị mất năng lực, bác sĩ của quý vị sẽ nói chuyện với gia đình quý vị hoặc những người khác, hoặc tham khảo các văn bản chỉ dẫn mà quý vị đã lập, để biết quý vị muốn được chữa trị theo cách nào hoặc biện pháp điều trị nào sẽ có lợi nhất cho quý vị.

Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (Di Chúc Lập Khi Còn Sống) có cần phải được công chứng không?

Không Tuy nhiên, để có hiệu lực, tài liệu đó phải có chữ ký và ghi ngày tháng trước sự có mặt của hai nhân chứng, là những người cũng phải ký vào tài liệu đó.

Bất kỳ ai có thể làm chứng cho Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (Di Chúc Lập Khi Còn Sống) không?

Không Hai người làm chứng đó **không** được là:

- có quan hệ thân thích với quý vị theo hình thức người thân ruột thịt, theo quan hệ hôn nhân hoặc nhận nuôi.
- bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên của bác sĩ của quý vị.

- có quyền thừa kế tài sản hoặc tiền bạc của quý vị nếu quý vị qua đời.
- nhân viên của cơ sở chăm sóc sức khỏe nơi quý vị là bệnh nhân hoặc điều trị nội trú.
- những người còn nợ tiền quý vị.

Việc lập Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (Di Chúc Lập Khi Còn Sống) có khó không?

Không Trong tập hồ sơ này có một bản sao miễn phí. Để điền mẫu thông tin này, quý vị phải ít nhất 18 tuổi và có trí tuệ minh mẫn. Quý vị cũng phải ký mẫu thông tin này trước sự có mặt của hai người làm chứng. Mẫu thông tin này sẽ giúp quý vị có cơ hội bàn thảo với các thành viên trong giới y khoa, gia đình và bạn bè của quý vị về những gì quý vị muốn và không muốn thực hiện khi cuộc sống của quý vị sắp kết thúc.

Tôi đã lập một bản Di Chúc Lập Khi Còn Sống cách đây đã lâu tại tiểu bang khác. Bản đó hiện còn giá trị không?

Có. Bản di chúc đó vẫn có hiệu lực miễn là tuân theo đúng luật pháp tiểu bang Washington. Bảo đảm là quý vị có một bản sao.

Tôi có thể đổi ý sau khi điền Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (Di Chúc Lập Khi Còn Sống) không?

Có. Quý vị có thể thay đổi Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (Di Chúc Lập Khi Còn Sống) vào bất cứ lúc nào. Để hủy Bản Chỉ Dẫn Trước, quý vị phải thông báo cho bác sĩ điều trị của mình về ý định của quý vị. Ngoài việc thông báo cho bác sĩ điều trị, quý vị cũng có thể hủy Bản Chỉ Dẫn Trước bằng cách tiêu hủy hoặc nhờ người khác tiêu hủy trước mặt quý vị hoặc ký tên và ghi ngày tháng vào tờ hủy bỏ.

Có ai có thể buộc tôi phải điền Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (Di Chúc Lập Khi Còn Sống) không?

Không.

Tôi nên giữ Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (Di Chúc Lập Khi Còn Sống) của mình ở đâu?

Lập Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe của quý vị (Di Chúc Lập Khi Còn Sống) thành nhiều bản sao. Giữ một bản ở nhà và đưa một bản cho mỗi người sau đây:

- bác sĩ của quý vị.
- nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị (bệnh viện/cơ sở điều dưỡng).
- giấy ủy quyền của quý vị về chăm sóc sức khỏe.
- các thành viên gia đình và/hoặc bạn bè thân tín.
- để biết thêm thông tin hoặc ghi danh tham gia, xin tới trang mạng điện toán của Sở Y-Tế Tiểu Bang WA tại www.doh.wa.gov/livingwill

Giấy Ủy Quyền Dài Hạn

Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe là gì?

Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe là mẫu thông tin mà quý vị sử dụng để chỉ định một người (gọi là người đại diện), là người sẽ đưa ra các quyết định về y tế thay cho quý vị nếu quý vị không thể làm được như vậy. Trong tài liệu này, quý vị cũng cho biết dạng quyết định y tế mà quý vị muốn thực hiện.

Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe có cần phải được công chứng không?

Không Theo luật, Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe không cần phải được công chứng, tuy nhiên rất nên công chứng tài liệu này.

Việc lập Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe có khó không?

Không Trong tập hồ sơ này có một bản sao miễn phí. Để điền mẫu thông tin này, quý vị phải ít nhất 18 tuổi và có trí tuệ minh mẫn. Quý vị rất nên công chứng tài liệu này. Mẫu thông tin này sẽ giúp quý vị

có cơ hội bàn thảo với các thành viên trong giới y khoa, gia đình và bạn bè của quý vị về những gì quý vị muốn và không muốn thực hiện khi cuộc sống của quý vị sắp kết thúc.

Tôi có thể đổi ý sau khi điền giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe không?

Có. Quý vị có thể thay đổi Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe vào bất cứ lúc nào nếu quý vị có khả năng làm như vậy. Để hủy giấy ủy quyền, quý vị phải thông báo cho bác sĩ điều trị của mình về ý định của quý vị. Đồng thời, quý vị cần thông báo cho người mà quý vị chọn làm đại diện cho mình.

Tôi đã lập Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe cách đây đã lâu tại tiểu bang khác. Bản đó hiện còn giá trị không?

Có. Bản di chúc đó vẫn có hiệu lực miễn là tuân theo đúng luật pháp tiểu bang Washington.

Có ai có thể buộc tôi phải điền Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe không?

Không.

Tôi cần lưu Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe ở đâu?

Lập nhiều bản sao Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe của quý vị. Giữ một bản ở nhà và đưa một bản cho mỗi người sau đây:

- bác sĩ của quý vị.
- nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị (bệnh viện/cơ sở điều dưỡng).
- luật sư của quý vị (nếu có).
- người đại diện và đại diện thay thế khác của quý vị trong việc chăm sóc chữa trị (những người mà quý vị chọn để ra quyết định giùm cho quý vị).
- các thành viên trong gia đình và/hoặc bạn bè thân tín.

Tôi cần nhớ những gì khi lập Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe?

Chọn người mà quý vị tin tưởng làm đại diện cho quý vị. Quý vị cũng nên chọn các đại diện thay thế khác nếu người đại diện chính không thể giúp quý vị. Nhớ cho người thân tín đó biết chính xác quý vị muốn gì và không muốn gì trong việc chăm sóc chữa trị cho quý vị.

Ai có thể làm đại diện cho tôi trong Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe?

Đại diện của quý vị phải ít nhất 18 tuổi và có thể là thành viên gia đình, người thân khác, bạn bè thân thiết hoặc người thân tín khác.

Ai có thể làm đại diện cho tôi trong Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe?

- Bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên của bác sĩ của quý vị.
- Quản trị viên, chủ sở hữu, nhân viên của cơ sở chăm sóc sức khỏe nơi quý vị là bệnh nhân hoặc điều trị nội trú. (Tuy nhiên, nếu bất kỳ người nào trong số này là người phối ngẫu, con cái đã trưởng thành, cha mẹ, anh (chị) em của quý vị, thì họ có thể làm đại diện cho quý vị.)

Tại Tiểu Bang Washington có lệnh ưu tiên về ra quyết định đối với bệnh nhân/bệnh nhân nội trú mất năng lực không?

Có. Theo luật tiểu bang Washington về chấp thuận sau khi đã biết thông tin, thứ tự các vấn đề ưu tiên đối với người ra quyết định cho các bệnh nhân/bệnh nhân nội trú bị mất năng lực, theo thứ tự giảm dần là:

- người giám hộ do tòa án chỉ định của bệnh nhân (nếu có).
- người (nếu có) mà bệnh nhân/bệnh nhân nội trú đã đưa Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe.
- người phối ngẫu của bệnh nhân/bệnh nhân nội trú đó hoặc người yêu đăng ký sống chung hợp pháp.
- con cái (ít nhất 18 tuổi) của bệnh nhân/bệnh nhân nội trú đó, nếu tất cả đều đồng ý với một quyết định nào đó.
- cha mẹ của bệnh nhân/bệnh nhân nội trú, nếu tất cả đều đồng ý về một quyết định nào đó.
- anh (chị) em đã thành niên của bệnh nhân/bệnh nhân nội trú, nếu tất cả đều thỏa thuận về một quyết định.



Thẻ Người Hiến Tặng Bộ Phận Cơ Thể

mẫu thẻ hiến tặng bộ phận cơ thể trên trang mạng điện toán OrganDonor.gov hoặc gọi số 1-800-ASK-HRSA để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị quyết định hiến tặng bộ phận cơ thể, quý vị nên áp dụng các biện pháp để đăng ký quyết định này. Quý vị nên bàn thảo về quyết định của mình với bác sĩ, gia đình và bạn bè của quý vị để họ hiểu các lựa chọn ưu tiên của quý vị ngay cả khi quý vị có giấy tự nguyện hiến tặng hợp pháp, nếu người thừa kế của quý vị phản đối, thì việc đó có thể gây trì hoãn và do đó việc hiến tặng không thể thực hiện được.

Ai có thể là người hiến tặng bộ phận cơ thể?

Tất cả mọi người ở mọi độ tuổi nên coi mình là những người có thể hiến tặng mô và bộ phận cơ thể. Tình trạng các bộ phận cơ thể của quý vị quan trọng hơn là tuổi. Các bác sĩ sẽ khám kiểm tra các bộ phận cơ thể của quý vị và xác định xem chúng có phù hợp để hiến tặng hay không nếu xảy ra trường hợp đó. Nếu quý vị dưới 18 tuổi, quý vị sẽ cần phải có sự cho phép của cha/mẹ hoặc người giám hộ để hiến tặng bộ phận cơ thể.

Có thể hiến tặng những bộ phận cơ thể nào?

Nhiều mô và bộ phận cơ thể có thể hữu dụng, trong đó bao gồm mắt, thận, tim, van tim, gan, xương, tụy, phổi và da. Các bộ phận cơ thể gần như thận và tim có thể hữu dụng từ những người tới 75 tuổi. Các mô như da và xương có thể sử dụng từ những người từ 12 tới 65 tuổi. Không có giới hạn về độ tuổi đối với các trường hợp hiến tặng mắt/võng mạc.

Làm thế nào để trở thành người hiến tặng bộ phận cơ thể?

Tại Tiểu Bang Washington, quý vị có thể đăng ký trở thành người hiến tặng bộ phận cơ thể bằng cách ghi danh tại donatelifetoday.org

Hoặc quý vị cũng có thể:

- Cho biết nguyện vọng của mình, bằng lái xe của quý vị.
- Đề cập tới việc hiến tặng trong bản chỉ dẫn trước, di chúc và di chúc lập khi còn sống.
- Cho gia đình quý vị biết. Họ có thể là người bệnh vực quyền lợi cho quý vị nếu quý vị trở thành ứng viên hiến tặng bộ phận cơ thể.
- Cho bác sĩ, người lãnh đạo tôn giáo và bạn bè của quý vị biết.
- Điền thẻ hiến tặng bộ phận cơ thể và mang theo trong ví/bóp của quý vị. Quý vị có thể tải xuống

(Những người muốn hiến tặng toàn bộ cơ thể của mình cho các mục đích nghiên cứu hoặc giảng dạy thay vì cấy ghép bộ phận cơ thể, phải thu xếp trước với Trường Y thuộc Trường Đại Học Tổng Hợp Washington. Gọi số (206) 543-1860 để biết thêm chi tiết).

Mẫu Lệnh Điều Trị Kéo Dài Sự Sống của Bác Sĩ (POLST) Form

Nếu quý vị có một tình trạng sức khỏe nghiêm trọng hoặc dự kiến sẽ điều trị tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe hoặc cơ sở điều dưỡng, quý vị cần phải ra quyết định về việc điều trị kéo dài sự sống. Bác sĩ của quý vị có thể sử dụng mẫu thông tin POLST để ghi rõ các nguyện vọng của quý vị và các lệnh y khoa cụ thể.

Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể sử dụng mẫu thông tin POLST để giúp quý vị bàn thảo và thiết lập các kế hoạch về lựa chọn ưu tiên hồi sức tim phổi của quý vị, việc điều trị một số căn bệnh cụ thể, sử dụng thuốc trụ sinh và dinh dưỡng cũng như chất lỏng truyền nhân tạo. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể điền tất cả các mẫu POLST hoặc chỉ điền phần hồi sức tim phổi trong mẫu thông tin đó nếu quý vị muốn.

Mẫu POLST được thiết kế để quý vị luôn mang theo người cho dù quý vị ở nhà, trong xe cứu thương hay tại bệnh viện hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn.

Mẫu POLST phải có chữ ký của bác sĩ của quý vị thì mới có giá trị. Quý vị cũng phải ký tên vào mẫu điền đó. Nếu quý vị là đại diện chăm sóc sức khỏe được ủy quyền của một người nào đó không còn có thể cho biết các nguyện vọng của mình nữa, bác sĩ có thể điền mẫu POLST dựa trên sự hiểu biết của quý vị về nguyện vọng của người thân yêu của quý vị.

POLST không phải là bản chỉ dẫn trước và không được sử dụng để chỉ định người đại diện cho quý vị nếu quý vị không thể cử đại diện cho mình. Quý vị vẫn sẽ cần một bản chỉ dẫn trước (Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe) để chỉ định người đại diện.

Mẫu POLST được thiết kế là dành cho những người mắc các căn bệnh ở giai đoạn cuối với tuổi thọ hạn chế, là những người với tình trạng sức khỏe của mình sẽ biết họ muốn hoặc không muốn áp dụng một biện pháp điều trị kéo dài sự sống cụ thể nếu họ gặp tình trạng cấp cứu y tế sau này.

Tờ Thực Hành Đánh Giá Giá Trị

Sau đây là các câu hỏi để cân nhắc khi quý vị ra các quyết định và lập các tài liệu cho biết nguyện vọng chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị nên ghi lại các câu trả lời của mình và đưa bản sao cho gia đình và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, hoặc chỉ cần sử dụng các câu hỏi đó để suy nghĩ và bàn bạc.

(a) Các mục sau đây quan trọng đối với quý vị như thế nào?	Rất Quan Trọng			→ Không Quan Trọng	
Hãy để mọi chuyện diễn ra tự nhiên	4	3	2	1	0
Duy trì chất lượng đời sống của tôi	4	3	2	1	0
Cố gắng sống đúng như cách truyền thống và tín ngưỡng tâm linh của tôi	4	3	2	1	0
Sống càng thọ càng tốt, bất kể chất lượng cuộc sống như thế nào	4	3	2	1	0
Sống độc lập	4	3	2	1	0
Cảm thấy thoải mái và càng không đau đớn càng tốt	4	3	2	1	0
Để lại những kỷ niệm đẹp cho gia đình và bạn bè	4	3	2	1	0
Đóng góp cho các hoạt động giảng dạy và nghiên cứu y khoa	4	3	2	1	0
Có thể gắn bó với gia đình và bạn bè	4	3	2	1	0
Không có các hạn chế về thể chất	4	3	2	1	0
Trí tuệ minh mẫn và tỉnh táo	4	3	2	1	0
Có thể để lại tiền bạc cho gia đình, bạn bè và các tổ chức thiện nguyện	4	3	2	1	0
Qua đời ngay còn hơn là hấp hối	4	3	2	1	0
Tránh việc chăm sóc tốn kém	4	3	2	1	0

(b) Điều gì sẽ quan trọng với quý vị khi quý vị sắp qua đời (ví dụ như sự thoải mái về thể chất, không đau đớn, các thành viên gia đình có mặt v.v...)?

(c) Quý vị cảm thấy như thế nào về việc sử dụng các biện pháp kéo dài sự sống khi đối mặt với căn bệnh nan y? Hôn mê vĩnh viễn? Tình trạng khuyết tật hoặc bệnh khuyết tật không thể chữa được (ví dụ như bệnh Alzheimer)?

Xem tiếp mặt sau

- (d)** Có phải là quý vị luôn muốn biết sự thật về tình trạng sức khỏe của mình không?
- (e)** Quý vị có suy nghĩ nhiều về một số biện pháp điều trị y khoa không? Một số biện pháp điều trị mà quý vị nên cân nhắc là: thở bằng máy (máy trợ thở), hồi sức tim phổi (CPR), truyền dinh dưỡng và nước nhân tạo (dinh dưỡng và chất lỏng được truyền qua một ống đặt vào trong tĩnh mạch, mũi hoặc bao tử), thuốc trụ sinh, thẩm tách thận, chăm sóc đặc biệt tại bệnh viện, thuốc giảm đau, hóa học trị liệu hoặc phóng xạ trị liệu và giải phẫu.
- (f)** Quan điểm của quý vị về các biện pháp điều trị này có thay đổi dựa vào tình trạng sức khỏe và tiên lượng bệnh của quý vị không? Quý vị có muốn tránh một số biện pháp điều trị chỉ trong trường hợp chắc chắn là sẽ qua đời, hoặc khi quý vị có lẽ sẽ mất năng lực vĩnh viễn? Quý vị có muốn tránh một số biện pháp điều trị nếu các biện pháp điều trị đó chỉ được sử dụng để kéo dài quá trình qua đời, nhưng chấp nhận các biện pháp này nếu chúng giúp quý vị phục hồi hoặc cảm thấy thoải mái hơn?
- (g)** Các giới hạn nào về sức khỏe thể chất và tâm thần của quý vị sẽ ảnh hưởng tới các quyết định về chăm sóc sức khỏe mà quý vị đưa ra?
- (h)** Quý vị có muốn lưu ý tới các vấn đề về tài chính khi ra quyết định về điều trị hay không?
- (i)** Quý vị có muốn được đưa vào cơ sở điều dưỡng không?
- (j)** Quý vị có muốn nhận dịch vụ chăm sóc người mắc bệnh nan y không, với mục tiêu là giúp quý vị cảm thấy thoải mái ở nhà trong thời gian cuối đời, thay vì nằm viện?
- (k)** Quý vị có muốn tham gia quyết định về việc chăm sóc sức khỏe và chữa trị cho quý vị không?
- (l)** Quý vị có muốn hiến tặng bộ phận cơ thể vào thời điểm quý vị qua đời không?

Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe

Bản Chỉ Dẫn được lập ngày _____ tháng _____, năm 20_____.

Tôi, _____, có khả năng ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe một cách tự nguyện và có chủ ý, thể hiện nguyện vọng của tôi về việc không được kéo dài quá trình qua đời của tôi bằng các biện pháp nhân tạo trong các trường hợp ghi dưới đây. Theo đây tôi cam đoan rằng:

(a) Nếu bất cứ lúc nào tôi có giấy chẩn đoán của bác sĩ điều trị là mắc một căn bệnh nan y, hoặc một căn bệnh gây bất tỉnh vĩnh viễn theo nhận định của hai bác sĩ, và trong trường hợp việc áp dụng biện pháp kéo dài sự sống sẽ chỉ có tác dụng kéo dài quá trình qua đời của tôi, tôi yêu cầu rút lại hoặc hủy biện pháp điều trị đó, và tôi sẽ được phép chết một cách tự nhiên. Tôi hiểu rằng căn bệnh nan y có nghĩa là một căn bệnh không thể chữa khỏi được và không thể đảo ngược được do thương tích bệnh tật gây ra, và sẽ (trong phạm vi tùy thuộc vào sự suy xét y khoa hợp lý) sẽ gây tử vong trong một khoảng thời gian hợp lý theo các tiêu chuẩn y khoa được chấp nhận, và trong trường hợp áp dụng biện pháp điều trị kéo dài sự sống sẽ chỉ có tác dụng kéo dài quá trình qua đời. Ngoài ra, tôi hiểu rằng tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn có nghĩa là một căn bệnh không thể chữa khỏi được và không thể đảo ngược được, trong đó theo sự suy xét hợp lý của giới y khoa họ có lý do hợp lý để tin rằng tôi không thể phục hồi do tình trạng hôn mê không thể chữa khỏi được và tình trạng sống thực vật kéo dài.

(b) Nếu tôi không thể đưa ra các chỉ dẫn về việc áp dụng biện pháp điều trị kéo dài sự sống như vậy, tôi có ý định rằng Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe này sẽ được gia đình tôi và các bác sĩ của tôi tuân theo như là sự thể hiện cuối cùng về quyền hạn pháp lý của tôi trong việc từ chối biện pháp điều trị y khoa hoặc giải phẫu và tôi chấp nhận các hậu quả của sự từ chối đó. Nếu người khác được chỉ định ra các quyết định này thay cho tôi, cho dù là qua Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe hoặc qua hình thức khác, tôi yêu cầu người đó phải hành động theo Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe này và bất kỳ sự biểu hiện rõ ràng nào khác về các nguyện vọng của tôi.

(c) Nếu tôi được chẩn đoán là mắc bệnh nan y hoặc ở tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn (đánh dấu vào một ô):

_____ Tôi MUỐN được truyền chất dinh dưỡng và nước bằng các phương pháp nhân tạo. _____ Ký tên tắt

_____ Tôi KHÔNG MUỐN được truyền chất dinh dưỡng và nước bằng các phương pháp nhân tạo. _____ Ký tên tắt

(d) Nếu tôi được chẩn đoán là có thai và kết quả chẩn đó được báo cho bác sĩ của tôi, thì Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe này sẽ không có hiệu lực trong thời gian tôi mang thai.

(e) Tôi hiểu toàn bộ nội dung của Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe này và tôi hoàn sáng suốt và minh mẫn để ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe có trong bản chỉ dẫn này.

Xem tiếp mặt sau

- (f) Tôi hiểu rằng trước khi tôi ký tên vào Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe này, tôi có thể thêm hoặc xóa hoặc thay đổi phần nội dung trình bày trong Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe này và tôi có thể thêm hoặc xóa thông tin trong Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe này vào bất cứ lúc nào và các thay đổi phải phù hợp với luật pháp tiểu bang Washington hoặc hiến pháp liên bang thì mới có giá trị hợp lệ.
- (g) Tôi muốn mỗi phần trong Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe này được thi hành đầy đủ. Nếu vì bất kỳ lý do gì, bất kỳ phần nào được coi là không có giá trị, thì tôi muốn các phần còn lại của Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi sẽ được thực thi.

Ký Tên: _____

Địa Chỉ

Thành Phố, Quận và Tiểu Bang Nơi Cư Ngụ

Người Làm Chứng Cần Phải Đọc Phần Đây Trước Khi Ký Tên

Tôi không phải là bác sĩ điều trị, nhân viên của bác sĩ điều trị hoặc cơ sở y tế nơi người khai nói trên là bệnh nhân, không có quan hệ ruột thịt hoặc quan hệ qua hôn nhân, hoặc người có quyền hưởng bất kỳ phần nào trong gia sản của người khai nói trên sau khi người khai qua đời, vào thời điểm ký thi hành bản chỉ dẫn này.

1. Người làm chứng: (Viết tên của quý vị bằng chữ in)	(Ký tên của quý vị)
2. Người làm chứng: (Viết tên của quý vị bằng chữ in)	(Ký tên của quý vị)

Nhận xét thêm, nếu có:

Giấy ủy quyền dài hạn về chăm sóc sức khỏe

Mục 1

Tôi, _____ tại
(địa chỉ) _____, theo đây chỉ định và ủy nhiệm
(tên) _____ ở
(địa chỉ) _____

(số điện thoại) (_____) _____ làm người đại diện để ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe (sau đây gọi là Người Đại Diện) của tôi. Tôi cho phép Người Đại Diện này ra tất cả các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho tôi như được trình bày trong tài liệu này. Khi nói tới "các quyết định về chăm sóc sức khỏe," ý tôi muốn nói là Người Đại Diện của tôi có thẩm quyền đồng ý cung cấp, hủy bỏ hoặc chấm dứt bất kỳ biện pháp chăm sóc sức khỏe, điều trị, dịch vụ hay thủ thuật y khoa chẩn đoán nào.

Ngoài ra, Người Đại Diện của tôi có thể đồng ý cho tôi nhập viện vào một cơ sở y tế, cơ sở điều dưỡng, cơ sở điều trị nội trú hoặc cơ sở tương tự và có thể ký các hợp đồng hay thỏa thuận về việc chăm sóc sức khỏe của tôi. Đại Diện của tôi cũng có thẩm quyền nói chuyện với nhân viên chăm sóc sức khỏe, yêu cầu nhận được và xem xét bất kỳ thông tin nào, cho dù là bằng miệng hay bằng văn bản, về các việc riêng tư của tôi hoặc tình trạng sức khỏe cá nhân và sức khỏe tâm thần của tôi, trong đó bao gồm cả hồ sơ y tế và bệnh viện, và ký các mẫu điền cần thiết để thực thi các quyết định về chăm sóc sức khỏe.

Mục 2

Nếu người được chỉ định làm Đại Diện của tôi trong Mục 1 không muốn hoặc không thể làm Đại Diện của tôi, hoặc nếu tôi hủy bỏ thẩm quyền của người đó với tư cách là người đại diện của tôi, tôi chỉ định và ủy nhiệm, theo thứ tự dưới đây, những người sau đây làm đại diện của tôi để ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho tôi.

Người Đại Diện thay thế đầu tiên của tôi là: (tên) _____ tại
(địa chỉ) _____
(số điện thoại) (_____) _____

Người Đại Diện thay thế thứ nhì của tôi là: (tên) _____ tại
(địa chỉ) _____
(số điện thoại) (_____) _____

Mục 3

Đại Diện của tôi sẽ ra quyết định phù hợp với các nguyện vọng của tôi như được trình bày trong tài liệu này. Tôi xác nhận các điều khoản qui định trong Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe mà tôi ký vào _____, 20____, trong đó có ghi lại nguyện vọng của tôi về việc áp dụng các thủ thuật y khoa kéo dài sự sống. Tôi có ý định và theo đây cũng yêu cầu đọc và thực thi Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe này theo đúng Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe.

[Xin ký tên tất vào bất kỳ câu nào cho biết nguyện vọng của quý vị.]

[] Tôi muốn kéo dài sự sống của tôi và tôi muốn được cung cấp biện pháp điều trị kéo dài sự sống, trừ khi Đại Diện của tôi thấy rằng tình trạng đau đớn, khó chịu hoặc kết quả có thể có được của việc điều trị đó là lớn hơn bất kỳ lợi ích nào mà biện pháp điều trị đó có thể mang lại cho tôi. _____ Ký tên tất

[] Nếu tôi gặp một tình trạng sức khỏe không thể chữa được hoặc không thể đảo ngược được và không có hy vọng là sẽ bình phục, tôi không muốn bất kỳ biện pháp điều trị nào để kéo dài quá trình qua đời của tôi. Do đó, tôi muốn được điều trị cho tôi chỉ hạn chế ở các biện pháp y tế và điều dưỡng nhằm mục đích giúp tôi cảm thấy thoải mái, giảm đau và duy trì phẩm cách của tôi. _____ Ký tên tất

[] Nếu tôi ở tình trạng hôn mê hoặc trạng thái sống thực vật mà các bác sĩ của tôi có lý do hợp lý để tin rằng sẽ kéo dài vĩnh viễn, tôi không muốn nhận được hoặc tiếp tục nhận được bất kỳ biện pháp điều trị kéo dài sự sống nào, trong đó bao gồm nhưng không giới hạn tới việc đặt ống truyền thức ăn và nước cho tôi hoặc tiếp tục biện pháp điều trị đó nếu hiện đã bắt đầu.
_____Ký tên tắt

Khi điền tài liệu này, tôi có ý định lập Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe theo Chương 11 .94 của Bộ Luật Tu Chính Tiểu Bang Washington. Tài liệu này sẽ có hiệu lực ngay khi tôi không thể tự ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe và sẽ tiếp tục trong thời gian tôi bị mất năng lực như vậy, trong phạm vi luật pháp cho phép, hoặc cho tới khi tôi hủy bỏ.

Khi ký tên vào tài liệu này, tôi cho biết là tôi hiểu mục đích và tầm ảnh hưởng của Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe này.

Ngày _____ tháng _____, 20_____.

(Viết tên của quý vị bằng chữ in)

(Ký tên của quý vị)

Lựa Chọn Số 1

CÔNG CHỨNG (nên có nhưng không bắt buộc):

Luật pháp Tiểu Bang Washington sẽ chi phối Giấy Ủy Quyền này.

Ngày _____ tháng _____, năm _____.

Vào ngày hôm nay, đích thân có mặt trước tôi, _____, mà tôi biết là người được trình bày và ký thi hành văn kiện nói trên và xác nhận rằng ông ta/bà ta đã ký văn kiện đó một cách thoải mái và tự nguyện để cho các mục đích sử dụng được đề cập tới trong tài liệu đó.

Tôi ký tên và đóng con dấu chính thức vào ngày _____ tháng _____ năm 20_____.

Công Chứng trong và tại Tiểu Bang Washington và Đại Diện cho Tiểu Bang này cư ngụ tại Quận Spokane

Thẩm quyền của tôi hết hạn vào: _____



Có thể lấy thêm các bản sao
tại: www.shmc.org