

Các Câu Hỏi và Câu Trả Lời về Hồ Sơ Chỉ Thị Trước

Hồ Sơ Chỉ Thị Trước là gì?

Hồ Sơ Chỉ Thị Trước là một văn bản trong đó quý vị nêu ra các ý muốn liên quan đến việc chăm sóc y tế và chỉ định một người đại diện nếu quý vị không còn có khả năng tự nêu lên ý muốn của mình. Hồ Sơ Chỉ Thị Trước kết hợp hai văn bản pháp lý có tên là:

- Giấy Ủy Quyền Quyết Định Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn
- Giấy Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe

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

Giấy Ủy Quyền Quyết Định Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn cho phép quý vị chỉ định một người đại diện trong việc chăm sóc sức khỏe. Đại diện chăm sóc sức khỏe là người có thể đưa ra quyết định về việc chăm sóc cho quý vị, gồm cả quyết định về các phương pháp hỗ trợ sự sống, nếu quý vị không còn khả năng nêu lên ý muốn của mình.

Giấy Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe là gì?

Giấy này là để nêu ra các ý muốn của quý vị liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe, kể cả những quyết định của quý vị về các biện pháp hỗ trợ sự sống nếu không còn có khả năng tự nêu lên ý muốn của mình – ví dụ như quý vị lâm vào tình trạng hôn mê. Việc lập văn bản hướng dẫn trước có thể giúp làm giảm sự lúng túng hay bất đồng ý kiến giữa những người thân của quý vị hoặc người chăm sóc sức khỏe. Theo luật pháp, những người thân và bác sĩ của quý vị buộc phải thực hiện theo các hướng dẫn được ghi trong giấy chỉ thị chăm sóc sức khỏe.

Nếu tôi cần được trợ giúp chuẩn bị hồ sơ chỉ thị trước thì sao?

Hãy cân nhắc việc trả lời các câu hỏi của Bản Câu Hỏi về Các Giá Trị trong tài liệu này. Các câu hỏi này có thể giúp quý vị tập trung suy nghĩ và làm rõ các giá trị của mình liên quan đến những lựa chọn chăm sóc y tế. Nếu quý vị muốn giải thích các niềm tin của mình để giúp mọi người hiểu các nguyện vọng cuối đời của quý vị thì quý vị có thể chọn đưa phần giải thích vào hồ sơ chỉ thị trước sau khi đã ký. Nếu quý vị có thắc mắc hay cần được hướng dẫn để chuẩn bị hồ sơ chỉ thị trước thì vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Chăm Sóc Hỗ Trợ (Supportive Care) của chúng tôi tại số 206-606-1076 và một nhân viên sẽ sẵn sàng trợ giúp.

Tôi cần làm thế nào để chọn người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe?

Phải đảm bảo rằng đại diện chăm sóc sức khỏe hiểu rõ và đồng ý thực hiện theo các nguyện vọng của quý vị. Người này sẽ có trách nhiệm quyết định cách chăm sóc y tế cho quý vị, thậm chí khi người khác không đồng ý với các nguyện vọng của quý vị.

Người mà quý vị chỉ định làm đại diện chăm sóc sức khỏe:

- Phải được ít nhất 18 tuổi và có đủ năng lực tâm trí.
- Có thể là một thành viên gia đình hoặc bạn thân mà quý vị tin tưởng sẽ quyết định đúng các vấn đề hệ trọng.
- Không nhất thiết phải là vợ/chồng, bạn tình hay thành viên gia đình ruột thịt của quý vị.
- Không nhất thiết phải sống ở Washington, nhưng cần sẵn sàng trao đổi nếu quý vị gặp trường hợp y tế khẩn cấp.

Quý vị không thể chỉ định những người sau đây làm đại diện chăm sóc sức khỏe của mình:

- Bác sĩ hay một nhân viên làm việc cho bác sĩ của quý vị.
- Chủ sở hữu, giám đốc điều hành, quản lý, nhân viên hay tình nguyện viên của một cơ sở chăm sóc sức khỏe nơi quý vị đang nằm hay điều trị.

Nếu tôi không chỉ định một Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe thì sao?

Quý vị được khuyến nghị nên chọn một người làm đại diện chăm sóc sức khỏe cho mình. Nếu không chọn một đại diện chăm sóc sức khỏe thì luật pháp Washington sẽ chỉ định người thay mặt cho quý vị. Người đại diện sẽ được chọn theo thứ tự trong danh sách dưới đây:

- Người giám hộ có quyền quyết định về việc chăm sóc sức khỏe, nếu tòa án đã chỉ định người giám hộ như vậy;
- Vợ/chồng hay bạn đời đã đăng ký của quý vị (thậm chí nếu quý vị đã ly thân nhưng chưa ly dị chính thức);
- Những người con trưởng thành của quý vị;
- Cha mẹ của quý vị;
- Anh chị em trưởng thành của quý vị;
- Các cháu nội ngoại đã trưởng thành và gần gũi với quý vị;
- Các cháu con anh chị em đã trưởng thành và gần gũi với quý vị;
- Các cô/dì/thím/mợ/chú/cậu/bác/dượng đã trưởng thành và gần gũi với quý vị; và
- Trong một số trường hợp, một người trưởng thành là bạn thân của quý vị*

* Để hội đủ điều kiện là người thay mặt có quyền quyết định, bạn thân trưởng thành của bệnh nhân phải thể hiện sự quan tâm và chăm sóc đặc biệt cho bệnh nhân qua thời gian, phải biết rõ các giá trị của bệnh nhân, phải sẵn sàng một cách hợp lý để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe và phải ký tên vào một bản khai xác nhận những điều đó mà nếu khai gian thì có thể bị trừng phạt.

Trong trường hợp nhiều hơn một người được ủy quyền, ví dụ như con cái, cha mẹ hay anh chị em của quý vị, thì **tất cả họ phải** thống nhất với nhau về các quyết định. Nếu quý vị lo lắng rằng họ sẽ không thể thống nhất với nhau được thì quý vị có thể lập Giấy Ủy Quyền Quyết Định Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn để chỉ rõ ai là người có quyền quyết định cho quý vị.

Nếu vợ/chồng hay bạn đời đã đăng ký của tôi là người đồng giới thì sao?

Bạn đời hay vợ/chồng của quý vị có thể sẽ không có quyền quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị hoặc thậm chí có thể không được phép vào thăm quý vị nếu quý vị gặp vấn đề y tế khẩn cấp ở bên ngoài tiểu bang Washington. Phải ghi tên bạn đời hay vợ/chồng vào mẫu này để chỉ định họ làm đại diện chăm sóc sức khỏe nếu quý vị muốn họ có quyền quyết định việc chăm sóc y tế cho mình khi đi du lịch bên ngoài tiểu bang Washington.

“Điều trị duy trì sự sống tạm thời” là gì và khi nào thì tôi có thể cần phương pháp đó?

Ví dụ, các phương pháp điều trị duy trì sự sống tạm thời có thể bao gồm việc thông khí hay sử dụng máy thở. Một số người muốn được điều trị duy trì sự sống nếu có nhiều cơ hội sẽ phục hồi được. Ví dụ, nếu quý vị bị nhiễm trùng phổi có khả năng phục hồi được. Mặt khác, một số người không muốn sử dụng máy để duy trì sự sống của họ bất kể khả năng phục hồi là như thế nào đi nữa.

Tôi lo rằng các phương pháp chăm sóc giảm nhẹ và thuốc giảm đau có thể gây hại cho tôi. Có đúng là việc dùng thuốc giảm đau có thể làm cho tôi chết nhanh hơn không?

Khi một người đang hấp hối, thuốc giảm đau chỉ được tăng liều nếu người đó vẫn cảm thấy đau. Khi được sử dụng vào giai đoạn cuối đời, thuốc giảm đau hầu như không bao giờ làm cho bệnh nhân qua đời sớm hơn. Tuy nhiên, thuốc giảm đau có thể khiến cho quý vị thờ ơ chậm hơn hoặc cảm thấy buồn ngủ nếu quý vị chưa bao giờ sử dụng thuốc giảm đau trước đó (hoặc chỉ sử dụng với liều thấp). Vì thế, việc sử dụng thuốc giảm đau một cách an toàn theo đúng hướng dẫn của nhóm chăm

sóc y tế là rất quan trọng. Không có vấn đề gì về mặt đạo đức hay pháp lý nếu một người đang hấp hối trở nên lệ thuộc vào thuốc. Việc cơ thể của họ trở nên quen thuộc với thuốc giảm đau không có nghĩa là họ bị nghiện thuốc.

Các tổ chức chăm sóc sức khỏe có thể từ chối thực hiện các nguyện vọng của tôi không?

Một số tổ chức chăm sóc sức khỏe phải theo các chỉ thị tôn giáo hay giáo lý đạo đức. Do đó, có thể họ sẽ không thực hiện theo Hồ Sơ Chỉ Thị Trước của quý vị nếu các nguyện vọng ghi trong đó mâu thuẫn với các giá trị của giáo hội. Nếu quý vị bị bệnh cuối đời hoặc rất có thể sẽ tử vong thì các tổ chức chăm sóc này thường sẽ chấp nhận và thực hiện nguyện vọng của quý vị về việc ngừng hay không bắt đầu điều trị duy trì sự sống. Tuy nhiên, nếu quý vị có thai hoặc rơi vào trạng thái thực vật kéo dài thì họ có thể từ chối thực hiện theo nguyện vọng của quý vị. Trong trường hợp đó, quý vị có quyền chuyển đến một cơ sở khác để được chăm sóc theo ý nguyện. Nhớ đưa giấy chỉ thị chăm sóc sức khỏe cho các cơ sở và bác sĩ chăm sóc sức khỏe cho quý vị để đảm bảo họ biết các ý muốn của quý vị.

Hồ Sơ Chỉ Thị Trước của tôi còn tiếp tục có hiệu lực sau khi tôi qua đời không?

Luật pháp tiểu bang Washington không quy định rõ rằng các hồ sơ chỉ thị trước tiếp tục có hiệu lực sau khi bệnh nhân qua đời. Quý vị có thể ghi vào Hồ Sơ Chỉ Thị Trước rằng quý vị muốn văn bản này tiếp tục có hiệu lực để đảm bảo bác sĩ thực hiện theo các ý nguyện của quý vị liên quan đến các phương pháp điều trị còn trong vòng thí nghiệm, việc hiến bộ phận/mô, khám nghiệm tử thi và nghiên cứu hoặc giáo dục y tế.

Nếu tôi chọn rút lại hay hủy bỏ Hồ Sơ Chỉ Thị Trước của tôi thì sao?

Quý vị có thể rút lại Hồ Sơ Chỉ Thị Trước vào bất kỳ lúc nào bằng cách ghi chữ “REVOKED” (hủy bỏ) và đề ngày trên văn bản đó. Nhớ thông báo bằng văn bản cho đại diện chăm sóc sức khỏe, gia đình và (các) bác sĩ của quý vị biết về ý định hủy bỏ Hồ Sơ Chỉ Thị Trước. Chúng tôi hết sức đề nghị rằng quý vị lập một Hồ Sơ Chỉ Thị Trước cập nhật vào lúc sớm nhất có thể và đưa bản sao hồ sơ mới cho đại diện chăm sóc sức khỏe, gia đình và các bác sĩ của quý vị.

Tuy nhiên nếu quý vị chỉ cần cập nhật địa chỉ hay số điện thoại thì không cần rút lại hay hủy bỏ Hồ Sơ Chỉ Thị Trước. Quý vị có thể sửa luôn thông tin đó trong hồ sơ hiện tại. Các nội dung được cập nhật cần được ký tắt tên và ghi ngày. Hãy thỉnh thoảng xem lại Hồ Sơ Chỉ Thị Trước của quý vị để đảm bảo rằng nội dung vẫn phản ánh đúng những ý muốn và giá trị hiện tại của mình. Ký tắt tên và ghi ngày trên hồ sơ mỗi khi quý vị xem lại và nhớ đưa bản sao hồ sơ cập nhật cho đại diện chăm sóc sức khỏe, gia đình và các bác sĩ của quý vị.

Tôi nên lưu giữ Hồ Sơ Chỉ Thị Trước của tôi ở đâu?

Quý vị nên giữ bản gốc ở nơi an toàn và dễ lấy. Nhớ báo cho (các) đại diện chăm sóc sức khỏe và người thân biết nơi lưu giữ hồ sơ này. Để đảm bảo họ có thể dễ dàng lấy được hồ sơ trong trường hợp khẩn cấp, quý vị không nên đưa bản gốc cho luật sư hoặc bỏ vào két sắt (ví dụ như két sắt cá nhân tại ngân hàng). Quý vị có thể nghĩ đến việc mang theo bản sao ở ví/bóp, túi xách, xe hơi hoặc vali.

Những ai cần giữ bản sao?

Sau khi hoàn thành hồ sơ, hãy đưa bản sao cho (các) đại diện chăm sóc sức khỏe, bác sĩ, luật sư, gia đình, bạn thân, lãnh đạo tôn giáo, đại diện được chỉ định lo việc hậu sự và bất kỳ người nào khác có thể tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Nếu quý vị phải nhập cơ sở điều dưỡng hay bệnh viện thì hãy đưa bản sao hồ sơ của mình để lưu vào hồ sơ y tế. Các bản sao Hồ Sơ Chỉ Thị Trước của quý vị có giá trị pháp lý y như bản gốc.

Tôi nên thổ lộ nguyện vọng của tôi với những người cần biết như thế nào?

Việc trao đổi với những người thân yêu về Hồ Sơ Chỉ Thị Trước của quý vị là rất quan trọng. Hãy thường xuyên thảo luận với (các) đại diện chăm sóc sức khỏe, bác sĩ, lãnh đạo tôn giáo, gia đình và

bạn bè về các ý muốn của quý vị trong việc điều trị y tế, nhất là khi tình trạng sức khỏe đang thay đổi. Nói cho cả gia đình hiểu rõ rằng (các) đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ có thẩm quyền cuối cùng để đưa ra quyết định thay mặt cho quý vị.

Liệu bác sĩ của tôi sẽ thực hiện theo các nguyện vọng của tôi không?

Khi quý vị đưa Hồ Sơ Chỉ Thị Trước của mình cho bác sĩ, hãy hỏi xem họ có đồng ý thực hiện theo những điều ghi trong đó hay không. Nếu họ trả lời không thì hãy tìm bác sĩ khác đồng ý thực hiện.

Nếu tôi được đề nghị điền vào các mẫu chỉ thị chăm sóc sức khỏe khác khi nhập một cơ sở chăm sóc sức khỏe hay ghi danh vào một chương trình chăm sóc sức khỏe tại nhà thì sao?

Hãy đưa một bản sao của Hồ Sơ Chỉ Thị Trước hoàn chỉnh của quý vị cho nhân viên làm thủ tục tiếp nhận và yêu cầu họ giải thích rõ vì sao họ muốn quý vị điền vào các bản mẫu của họ.

Hồ Sơ Chỉ Thị Trước có được áp dụng khi tôi gặp trường hợp cấp cứu không?

Không, Hồ Sơ Chỉ Thị Trước sẽ không áp dụng nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu. Nhân viên của xe cấp cứu vẫn phải sử dụng phương pháp hồi sức tim phổi (CPR) và các phương pháp điều trị duy trì sự sống khác trừ phi họ thấy quý vị có bản mẫu Y Lệnh Điều Trị Duy Trì Sự Sống (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, hay POLST) hợp lệ.

Nếu tôi đi du lịch sang các tiểu bang khác thì sao?

Khi đi du lịch, quý vị có thể mang theo bản sao của Hồ Sơ Chỉ Thị Trước của mình vì các tiểu bang khác có thể chấp nhận và thực hiện theo văn bản này. Những cặp bạn đời đã đăng ký ở tiểu bang Washington nên cẩn thận luôn luôn mang theo Hồ Sơ Chỉ Thị Trước mỗi khi ra khỏi tiểu bang Washington.

Hồ Sơ Chỉ Thị Trước của tôi có cần chữ ký của nhân chứng hay đóng dấu công chứng không?

Bắt đầu từ ngày 28 tháng 7 năm 2019, các Hồ Sơ Chỉ Thị Trước phải có chữ ký làm chứng của 2 người hoặc đóng dấu công chứng để có giá trị ràng buộc về mặt pháp lý.

Những người sau đây không được phép làm chứng cho quý vị:

- Người có quan hệ bà con hay thông gia với quý vị.
- Người có quyền thừa kế bất kỳ phần di sản nào của quý vị do quy định của luật pháp hay di chúc.
- Người có quyền yêu cầu bất kỳ thứ gì từ khối di sản của quý vị.
- Bác sĩ hay một nhân viên làm việc cho bác sĩ của quý vị.
- Chủ sở hữu, giám đốc điều hành, nhân viên hay tình nguyện viên của một cơ sở chăm sóc sức khỏe nơi quý vị đang nằm hay điều trị vào lúc quý vị ký Hồ Sơ Chỉ Thị Trước.

Các Hồ Sơ Chỉ Thị Trước được lập trước ngày 28 tháng 7 năm 2019 sẽ vẫn có hiệu lực pháp lý miễn là phiên bản đó đã đáp ứng các yêu cầu hiện hành của luật pháp Tiểu Bang Washington vào lúc ký tên.

BẢN CÂU HỎI VỀ CÁC GIÁ TRỊ

Tên _____ Ngày _____

Tên của người giúp quý vị điền vào văn bản này, nếu có _____

Sau đây có những câu hỏi dành cho quý vị xem xét trong khi quyết định và chuẩn bị các văn bản về các loại chăm sóc sức khỏe quý vị muốn nhận được vào lúc hiện tại và trong tương lai. Quý vị có thể ghi lại các câu trả lời của mình rồi làm bản sao để đưa cho người thân và người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hoặc có thể chỉ căn cứ vào các câu hỏi này để thảo luận. Những điều sau đây quan trọng như thế nào?

	RẤT QUAN TRỌNG			KHÔNG QUAN TRỌNG	
Để cho mọi việc diễn ra một cách tự nhiên.	4	3	2	1	0
Duy trì chất lượng cuộc sống.	4	3	2	1	0
Luôn trung thành với các niềm tin/truyền thống tâm linh của tôi.	4	3	2	1	0
Sống càng lâu càng tốt bất kể chất lượng cuộc sống như thế nào.	4	3	2	1	0
Sống tự lập.	4	3	2	1	0
Được thoải mái và giảm đau đến mức tối đa có thể.	4	3	2	1	0
Để lại các kỷ ức tốt đẹp cho gia đình và bạn bè của tôi.	4	3	2	1	0
Đóng góp vào việc nghiên cứu hay giáo dục y tế.	4	3	2	1	0
Có khả năng giao tiếp với gia đình và bạn bè.	4	3	2	1	0
Không bị hạn chế về thể chất.	4	3	2	1	0
Có đầu óc minh mẫn và đủ năng lực tâm trí.	4	3	2	1	0
Có thể để lại tiền cho gia đình, bạn bè hay các tổ chức từ thiện.	4	3	2	1	0
Kết thúc cuộc đời nhanh chóng thay vì chết từ từ.	4	3	2	1	0
Tránh phải nhận sự chăm sóc tốn kém.	4	3	2	1	0

Những điều quan trọng trong lúc quý vị hấp hối là gì (ví dụ như cảm thấy thoải mái trong cơ thể, không bị đau, có người thân bên cạnh, v.v.)?

Quý vị nghĩ thế nào về việc sử dụng các phương pháp duy trì sự sống nếu bị bệnh cuối đời? Hôn mê vĩnh viễn? Bệnh mãn tính không phục hồi được, ví dụ như bệnh Alzheimer?

Quý vị có cảm xúc mạnh mẽ về các thủ thuật y tế cụ thể nào không? Một số thủ thuật nên cân nhắc gồm có thở bằng máy (máy hô hấp), hồi sức tim phổi (CPR), truyền dinh dưỡng và chất lỏng, dịch vụ chăm sóc tập trung tại bệnh viện, thuốc giảm đau, hóa trị hay xạ trị và phẫu thuật.

Quý vị sẽ cân nhắc đến các hạn chế thể chất và tâm thần nào khi đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe?

Quý vị có muốn rằng vấn đề tài chính là một yếu tố được xem xét khi đưa ra quyết định về việc điều trị không?

Quý vị có muốn được đưa vào cơ sở điều dưỡng nếu cần thiết vì tình trạng sức khỏe không?

Quý vị có muốn nhận dịch vụ Chăm Sóc Cuối Đời với mục đích giúp quý vị ở nhà thoải mái trong những ngày tháng cuối đời thay vì nằm viện không?

Nhìn chung, quý vị có muốn tham gia hay đóng góp vào việc quyết định cách chăm sóc sức khỏe và điều trị cho mình không?

Có phải quý vị muốn luôn được thông báo trung thực về tình trạng của mình, các lựa chọn trong việc điều trị và các thay đổi về khả năng thành công của phương pháp điều trị không?

VĂN BẢN CHỈ THỊ và ỦY QUYỀN QUYẾT ĐỊNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE DÀI HẠNcủa: _____
{viết tên quý vị bằng chữ in hoa tại đây}

Văn bản này nêu lên các lựa chọn của tôi đối với việc điều trị duy trì sự sống và chăm sóc giảm nhẹ. Tôi muốn đại diện/người giám hộ của tôi và các bác sĩ lâm sàng xem xét và căn cứ vào văn bản này khi quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi mất khả năng tự quyết định. Tôi hiểu rằng trước khi ký tên vào văn bản chỉ thị và ủy quyền quyết định chăm sóc sức khỏe dài hạn này, tôi có thể bổ sung, xóa bỏ hay bằng cách khác thay đổi nội dung của văn bản này. Tôi có thể bổ sung hay xóa bỏ nội dung vào bất kỳ lúc nào trong văn bản chỉ thị và ủy quyền quyết định chăm sóc sức khỏe dài hạn này và nhận biết rằng, để có hiệu lực pháp lý, việc thay đổi nội dung như vậy phải phù hợp với luật pháp của Tiểu Bang Washington hoặc luật hiến pháp liên bang. Tôi muốn rằng tất cả các giấy ủy quyền quyết định chăm sóc sức khỏe và chỉ thị chăm sóc sức khỏe do tôi ký tên trước đây nay bị hủy bỏ và thay thế bằng văn bản này.

1. Các Trường Hợp Khi Tôi Muốn Văn Bản này Được Sử Dụng

Tôi muốn văn bản này được sử dụng nếu tôi không thể tự đưa ra (các) quyết định về việc chăm sóc sức khỏe do bị khuyết tật hay mất khả năng. Tôi hiểu rằng tình trạng mất khả năng này có thể tạm thời. Tôi cũng hiểu rằng cho dù tôi mất khả năng quyết định một số việc nào đó nhưng tôi vẫn có thể có khả năng quyết định những việc khác. Tôi muốn tự quyết định từng việc chăm sóc sức khỏe cho mình chừng nào tôi còn có khả năng. Mỗi mục được điền dưới đây sẽ có tác dụng hủy bỏ và thay thế cho bất kỳ văn bản chỉ thị và ủy quyền quyết định chăm sóc sức khỏe dài hạn nào mà tôi đã ký tên trước đây.

Giấy Ủy Quyền Quyết Định Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn**2. Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi**

Người tôi chỉ định làm đại diện cho tôi là:

Đại diện dự phòng của tôi là (tùy chọn):

Tên	_____	Tên	_____
Quan hệ	_____	Quan hệ	_____
Địa chỉ	_____	Địa chỉ	_____
Điện thoại	_____	Điện thoại	_____

Trước đây tôi đã lập {ký tất tên vào tất cả các câu thích hợp}:

Văn Bản Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe
(ví dụ như di chúc sống, giấy chỉ thị trước) _____ CÓ _____ KHÔNG

Y Lệnh Điều Trị Duy Trì Sự Sống (POLST) _____ CÓ _____ KHÔNG

3. Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi Được Ủy Quyền Như Sau

Tôi cho phép đại diện của tôi có toàn quyền quyết định tất cả các khía cạnh của việc chăm sóc sức khỏe cho tôi. Quyền này bao gồm, nhưng không giới hạn ở:

- Ủng thuận hay từ chối/rút lại sự ủng thuận đối với các phương pháp điều trị y tế mà bác sĩ của tôi khuyến nghị, gồm cả các phương pháp điều trị duy trì sự sống;

TEAM	
NAME	[M]
PT NO	[F]
DOB	

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine

HIM024 (09/22)

- Yêu cầu các phương pháp điều trị y tế cụ thể;
- Xem các hồ sơ và thông tin y tế của tôi;
- Thuê và sa thải những người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe;
- Thay đổi hãng bảo hiểm sức khỏe của tôi;
- Lập bản Y Lệnh Điều Trị Duy Trì Sự Sống (POLST) thay mặt cho tôi; và
- Chuyển tôi ra khỏi một cơ sở chăm sóc sức khỏe đến một cơ sở khác, một nhà riêng hay chỗ khác; và
- Yêu cầu dịch vụ chăm sóc cuối đời hay chăm sóc giảm nhẹ.

Quyền xem thông tin cũng áp dụng cho các thông tin nằm trong phạm vi điều chỉnh của phiên bản sửa đổi gần đây nhất của Đạo Luật Trách Nhiệm và Quyền Chuyển Đổi Bảo Hiểm (HIPAA) năm 1996.

4. Cách Đưa Ra Quyết Định Về Việc Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi

Tôi muốn rằng bất kỳ người nào đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi đều phải tuân theo các nguyện vọng của tôi như được nêu trong văn bản này. Nếu không biết nguyện vọng của tôi là gì thì các quyết định phải mang lại lợi ích tốt nhất cho tôi căn cứ vào:

- các giá trị của tôi,
- nội dung của văn bản này, và
- thông tin y tế từ những người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tôi.

Giấy Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe

Tôi lập văn bản chỉ thị chăm sóc sức khỏe này để làm bằng chứng rõ ràng và thuyết phục về các lựa chọn và chỉ dẫn của tôi trong việc điều trị y tế.

5. Các Trường Hợp Mà Tôi Không Muốn Được Điều Trị Duy Trì Sự Sống

Nếu tôi rơi vào (các) tình trạng sau đây, tôi muốn được cho phép qua đời: {ký tắt tên vào tất cả câu thích hợp}

- _____ (a) Nếu tôi không thể suy nghĩ hay truyền đạt suy nghĩ của mình do bất kỳ tình trạng y tế nào (kể cả bị hôn mê) và tình trạng này rất có thể kéo dài vĩnh viễn.
- _____ (b) Tôi phải hoàn toàn lệ thuộc vào sự chăm sóc của người khác vì tình trạng thể chất của tôi, và tình trạng đó rất có thể kéo dài vĩnh viễn.
- _____ (c) Tôi bị đau ngoài mức kiểm soát được hoặc chỉ có thể kiểm soát bằng cách cho tôi dùng thuốc an thần nhiều đến mức tôi không thể giao tiếp được.
- _____ (d) Tôi bị bệnh sa sút trí tuệ, ví dụ như bệnh Alzheimer.
- _____ (e) Các tình trạng khác mà tôi không muốn được điều trị duy trì sự sống là (tùy chọn):

Nếu khoảng trống này không đủ, hãy viết: "Xem trang đính kèm". Các trang đính kèm, nếu có, phải có chữ ký của quý vị cùng với chữ ký người làm chứng hoặc dấu công chứng. Nếu quý vị bị bệnh mãn tính có thể nguy hiểm đến tính mạng, hãy trao đổi với bác sĩ về các chỉ dẫn cụ thể nên viết trong phần này.

TEAM

NAME

[M]

PT NO

[F]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



HIM024 (09/22)

6. Sử Dụng Phương Pháp Điều Trị Duy Trì Sự Sống Tạm Thời

Tôi hiểu rằng việc sử dụng phương pháp điều trị duy trì sự sống tạm thời có thể là lựa chọn hợp lý nếu bác sĩ dự đoán rằng chất lượng cuộc sống hoặc bệnh trạng của tôi có thể được cải thiện. Nếu có thì: {ký tắt tên bên cạnh một lựa chọn}

- _____ Tôi muốn được điều trị duy trì sự sống chừng nào bác sĩ của tôi cho là hợp lý.
 _____ Tôi muốn được điều trị duy trì sự sống trong thời gian tối đa là ____ tuần. Sau khoảng thời gian đó, nếu tình trạng của tôi vẫn chưa được cải thiện thì tôi muốn được chết.
 _____ Tôi vẫn không muốn được điều trị duy trì sự sống.

7. Các Phương Pháp Điều Trị Duy Trì Sự Sống Tôi Không Muốn Nhận

Nếu tôi gặp một tình trạng mà tôi đã ký tắt tên ở mục 5 trên đây, hoặc nếu chất lượng cuộc sống của tôi giảm xuống đến mức mà đại diện của tôi tin rằng tôi sẽ coi là không chấp nhận được, thì tôi không muốn các phương pháp điều trị duy trì sự sống sau đây được bắt đầu. Nếu đã bắt đầu thì tôi muốn dừng lại các phương pháp đó (không kể các trường hợp sử dụng phương pháp tạm thời nếu tôi cho phép ở mục 6): {ký tắt tên bên cạnh tất cả các phương pháp quý vị không muốn nhận}

- _____ Truyền dinh dưỡng và chất lỏng theo bất kỳ cách nào ngoài việc ăn uống bình thường qua đường miệng, nếu tôi không thể ăn uống đủ để duy trì cuộc sống.
 _____ Các biện pháp hồi sức tim phổi (CPR) nhằm khởi động lại tim hay nhịp thở trong trường hợp tôi bị đứng tim hay ngừng thở.
 _____ Thảm tách hay lọc máu để loại bỏ các chất nguy hiểm đến tính mạng trong máu nếu thận của tôi không hoạt động bình thường.
 _____ Truyền máu, huyết tương, các sản phẩm máu hoặc chất lỏng khác để thay thế cho máu bị bệnh hay bị mất.

Ngoài ra, nếu tôi có mẫu POLST hoàn chỉnh thì nên tham khảo văn bản đó để biết về các ý muốn khác của tôi.

8. Các Ý Muốn Của Tôi Liên Quan Đến Việc Chăm Sóc Giảm Nhẹ Và Thuốc Giảm Đau

Nếu tôi có vẻ bị đau, khó thở hoặc khó chịu theo cách khác thì tôi muốn được điều trị tối đa để giảm đau và giảm các triệu chứng. Tôi muốn được thoải mái thậm chí cho dù bác sĩ hoặc những người cung cấp dịch vụ y tế cho tôi tin rằng điều này có thể làm tôi rơi vào tình trạng bất tỉnh: {ký tắt tên bên cạnh một lựa chọn}

_____ Đúng _____ Không đúng

9. Trường Hợp Một Tổ Chức Chăm Sóc Sức Khỏe Từ chối Thực Hiện Các Nguyên Vọng Của Tôi

Nếu tôi là bệnh nhân tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe có các chính sách hay niềm tin tôn giáo mâu thuẫn với Hồ Sơ Chỉ Thị Trước này thì việc tôi nhập viện đó không có nghĩa là tôi đã đồng ý nhận các thủ thuật hay quá trình điều trị không được phép trong Hồ Sơ Chỉ Thị Trước này. Thêm vào đó, nếu cơ sở chăm sóc sức khỏe nơi tôi đang nằm không thực hiện theo các ý muốn của tôi như được ghi trong Hồ Sơ Chỉ Thị Trước thì tôi muốn được chuyển kịp thời đến một bệnh viện, cơ sở điều dưỡng hay tổ chức khác nơi sẽ đồng ý làm theo các chỉ dẫn được ghi trong Hồ Sơ Chỉ Thị Trước này.

10. Các Nguyên Vọng Của Tôi Về Những Vấn Đề Khác

Tôi muốn hồ sơ chỉ thị này tiếp tục có hiệu lực sau khi tôi qua đời để sử dụng cho việc khám nghiệm tử thi, hiến bộ phận, sử dụng cơ thể của tôi cho mục đích nghiên cứu và để đại diện của tôi có thể lo hậu sự cho tôi nếu được cho phép dưới đây. {ký tắt tên vào tất cả câu thích hợp} CÓ KHÔNG

- a. Tôi đồng ý nhận các phương pháp điều trị y tế còn trong vòng thí nghiệm. _____
- b. Tôi muốn hiến các bộ phận/mô của tôi. _____

TEAM
 NAME [M]
 PT NO [F]
 DOB



c. Tôi đồng ý cho việc khám nghiệm tử thi. _____

d. Tôi đồng ý cho một phần hay toàn bộ cơ thể của tôi được sử dụng cho việc giáo dục hay nghiên cứu y tế. _____

Tôi đã chọn người sau đây làm đại diện chỉ định để lo việc hậu sự cho tôi: {ký tắt tên bên cạnh một lựa chọn} *Hãy gạch bỏ mục này nếu quý vị không sử dụng.*

_____ Đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi (có tên ở mục 2 của văn bản này) được ủy quyền lo việc hậu sự cho tôi

_____ Tôi đã chọn một đại diện khác để lo việc hậu sự cho tôi

Đại diện khác được chỉ định lo việc hậu sự:

Tên _____

Quan hệ _____

Địa chỉ _____

Điện thoại _____

Tôi muốn thi thể của tôi được xử lý như sau:

Nếu quý vị đã ghi hướng dẫn về việc này trong di chúc chia tài sản hoặc đã sắp xếp trực tiếp với một nhà tang lễ hay Hiệp Hội People's Memorial thì không cần điền vào mục này. Hãy gạch bỏ mục này nếu quý vị không sử dụng.

11. Trường Hợp Tòa Án Chỉ Định Người Giám Hộ Cho Tôi

Nếu tôi đã chỉ định một đại diện chăm sóc sức khỏe thì tôi muốn người đó làm người giám hộ cho tôi. Nếu người đó không thể đảm nhận nhiệm vụ này thì tôi muốn đại diện dự phòng của tôi làm người giám hộ. Nếu tòa án quyết định chỉ định người khác thì tôi yêu cầu tòa án buộc người giám hộ đó phải hỏi ý kiến của đại diện (hoặc đại diện dự phòng) của tôi đối với tất cả các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe mà nếu tôi còn có khả năng tự quyết định thì tôi sẽ được yêu cầu cho phép.

12. Cách Rút Lại Hay Hủy Bỏ Văn Bản này

Tôi có thể rút lại văn bản chỉ thị và ủy quyền quyết định chăm sóc sức khỏe dài hạn này bằng cách viết văn bản hủy bỏ hoặc biểu lộ ý định hủy bỏ bằng bất kỳ cách nào khác. Tuy nhiên nếu tôi cho biết là tôi không đồng ý với một quyết định cụ thể nào đó mà người khác đưa ra thay mặt cho tôi thì chỉ việc không đồng ý đó không đủ để hủy bỏ văn bản này.

13. Tóm Tắt và Ký Tên {chỉ ký tên trước mặt hai nhân chứng nếu có nhân chứng ký tên HOẶC trước mặt công chứng viên nếu đóng dấu công chứng}

Tôi hiểu ý nghĩa của văn bản này. Nếu tôi không có khả năng tự quyết định việc chăm sóc sức khỏe thì tôi chỉ dẫn những người đưa ra quyết định thay mặt cho tôi phải tuân theo những điều tôi đã ghi trong văn bản này. Trong đó bao gồm việc không bắt đầu và/hoặc ngừng việc điều trị y tế để duy trì sự sống, điều có thể khiến tôi qua đời sớm hơn vì không sử dụng hết tất cả các biện pháp y tế có thể áp dụng. Tôi lập văn bản này một cách tự nguyện và tin rằng tôi có đủ năng lực trí tuệ và tinh thần để thực hiện việc này. Tôi muốn văn bản này bắt đầu có hiệu lực ngay cả khi tôi mất năng lực trí tuệ.

LƯU Ý: Quý vị phải hoàn tất mục 14 (Xác Nhận của Nhân Chứng) hoặc mục 15 (Công Chứng) thì văn bản này mới có giá trị ràng buộc về mặt pháp lý.

Chữ ký

Page 4 / 5

Ngày

Các bản sao và bản fax của văn bản có chữ ký này đều có hiệu lực pháp lý đầy đủ

TEAM

NAME

[M]

PT NO

[F]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



SHIM024

HIM024 (09/22)

VĂN BẢN CHỈ THỊ và ỦY QUYỀN QUYẾT ĐỊNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE DÀI HẠN

14. Phần Xác Nhận của Nhân Chứng {viết tên của quý vị - chứ không phải tên của nhân chứng - bằng chữ in hoa ở dòng dưới đây}

_____ là người tôi quen biết trực tiếp và tôi tin rằng ông/bà ấy có đủ năng lực để đưa ra các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe. Tôi xác nhận rằng tôi được ít nhất 18 tuổi, tôi không phải là người họ hàng ruột thịt, thông gia hay có liên quan qua việc nhận con nuôi và tôi cũng không phải là đại diện chăm sóc sức khỏe mà ông/bà ấy chỉ định trong văn bản này. Theo tôi được biết thì tôi không phải là người thừa kế có tên trong di chúc hay bất kỳ phần bổ sung di chúc nào và không có quyền yêu cầu bất kỳ thứ gì từ khối di sản của ông/bà ấy. Tôi không tham gia trực tiếp vào việc chăm sóc sức khỏe cho ông/bà ấy và tôi không phải là nhân viên của bác sĩ hay một cơ sở chăm sóc sức khỏe nơi người lập văn bản này đang cư trú.

NHÂN CHỨNG 1

NHÂN CHỨNG 2

_____	_____	_____	_____
Chữ ký	Ngày	Chữ ký	Ngày
_____	_____	_____	_____
Tên bằng chữ in hoa	Điện thoại	Tên bằng chữ in hoa	Điện thoại
_____	_____	_____	_____
Địa chỉ		Địa chỉ	

15. Công Chứng

Tiêu Bang Washington, Quận _____

Tôi xác nhận rằng tôi biết hoặc có đủ bằng chứng thỏa đáng để tin rằng _____ đã ký văn bản này và đã khẳng định rằng đây là một hành động tự do và tự nguyện để thực hiện các mục đích được nêu trong văn bản.

Đề ngày _____ tháng _____, năm 20 _____

CÔNG CHỨNG VIÊN tại và đại diện cho Tiểu Bang Washington

Cư trú tại _____

Nhiệm vụ của tôi hết hạn vào ngày _____

Lưu ý: Một số tiểu bang quy định rằng hồ sơ chỉ thị trước phải được công chứng. Fred Hutch cung cấp dịch vụ công chứng miễn phí cho các hồ sơ chỉ thị trước ở Trung Tâm Nguồn Trợ Giúp Dành Cho Bệnh Nhân và Gia Đình nằm ở lầu 3 của bệnh viện chúng tôi. Dịch vụ này thường được cung cấp cùng ngày với yêu cầu nhưng phải lấy hẹn trước (206-606-2081).

