

Chỉ dẫn hoàn thành Chỉ Thị Trước của quý vị

Tại OHSU, chúng tôi nỗ lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất có thể. Để đáp ứng được mục tiêu này, điều quan trọng với chúng tôi là phải biết mức độ chăm sóc sức khỏe quý vị mong muốn và có cách thực hiện mong muốn của quý vị. Một trong những cách để đảm bảo rằng chúng tôi sẽ thực hiện mong muốn đó chính là lập Chỉ Thị Trước. Chỉ Thị Trước là tài liệu giúp truyền đạt mong muốn chăm sóc sức khỏe của quý vị khi quý vị không thể tự diễn đạt mong muốn này. Chúng tôi khuyến khích tất cả các bệnh nhân của chúng tôi, bất kể tình trạng sức khỏe hoặc tuổi tác của họ như thế nào, có Chỉ Thị Trước. Bản sao Chỉ Thị Trước của quý vị phải được lưu cùng hồ sơ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi vì chấn thương hoặc bệnh tật có thể xảy ra với bất kỳ ai vào bất kỳ thời điểm nào.

Hướng dẫn hoàn thành Chỉ Thị Trước của quý vị

Hướng dẫn hoàn thành Mẫu Chỉ Thị Trước Oregon, từng bước một

Chỉ Thị Trước không áp dụng cho bất kỳ lần chăm sóc sức khỏe nào của quý vị ngay bây giờ.

Chỉ Thị Trước chỉ được sử dụng cho lần chăm sóc quý vị sẽ chọn hoặc từ chối nếu quý vị không đủ sức khỏe để tự đưa ra ý kiến. Chỉ Thị Trước được thiết kế để điền thông tin trong khi quý vị còn khỏe mạnh và đủ năng lực. Hy vọng rằng, chỉ thị trước này sẽ không cần thiết cho nhiều năm về sau. Chỉ thị trước này có lẽ không bao giờ là cần thiết. Nhưng nếu cần đến chỉ thị trước này, quý vị đã chuẩn bị xong.

Mẫu Chỉ Thị Trước Oregon là tài liệu pháp lý theo luật bang Oregon. Nếu quý vị được chăm sóc sức khỏe ở Bang Oregon, đơn này sẽ có giá trị pháp lý. Nếu quý vị được chăm sóc sức khỏe ở bang khác, mong muốn của quý vị trong đơn này có thể được tôn trọng nhưng có thể không có giá trị pháp lý ở bang khác.

Phần đầu là mô tả chung về Chỉ Thị Trước. Tóm lại, Chỉ Thị Trước cho biết rằng:

- a. Quý vị có thể chỉ định người đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị khi quý vị không thể đưa ra quyết định theo đơn này. Người này được gọi là **người đại diện chăm sóc sức khỏe**.
- b. Nếu quý vị không chỉ định người đại diện chăm sóc sức khỏe theo đơn này, người đại diện chăm sóc sức khỏe sẽ là người đầu tiên theo thứ tự sau đây:
 - 1) Người giám hộ hợp pháp của quý vị là người có quyền đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe
 - 2) Người phối ngẫu hoặc bạn đời có đăng ký kết hôn
 - 3) Đa số con trưởng thành của quý vị
 - 4) Ba mẹ quý vị
 - 5) Đa số anh chị em trưởng thành của quý vị
 - 6) Người thân trưởng thành và bạn bè trưởng thành của quý vị

- c. Người đại diện chăm sóc sức khỏe và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ chỉ sử dụng Chỉ Thị Trước khi quý vị không thể tự đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe.
- d. Chỉ Thị Trước không có hiệu lực cho đến khi quý vị và người đại diện chăm sóc sức khỏe ký vào, và được ký bởi hai người làm chứng hoặc được công chứng.
- e. Nếu quý vị đã lập Chỉ Thị Trước trước đây, Chỉ Thị Trước mới sẽ thay cho bất kỳ chỉ thị chăm sóc sức khỏe hợp pháp cũ hơn nào bao gồm Power of Attorney for Health Care (Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe).
- f. Quý vị có thể hủy bỏ hoặc thay đổi Chỉ Thị Trước bất kỳ thời điểm nào.

1. GIỚI THIỆU BẢN THÂN. Viết hoa tên, ngày sinh, số điện thoại, địa chỉ và email của quý vị.

2. NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TÔI. Đây là phần để quý vị điền tên của người sẽ đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu và khi quý vị không thể làm vậy. Người này sẽ được gọi là “người đại diện chăm sóc sức khỏe” của quý vị trong đơn này. Người này cũng có thể được gọi là “người được ủy quyền chăm sóc sức khỏe” hoặc “người được ủy quyền lâu dài về chăm sóc sức khỏe” trong một số tài liệu.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe là người:

- a. Sẵn lòng chấp thuận vai trò là người ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị
- b. Hiểu được điều gì là quan trọng với quý vị
- c. Quý vị tin tưởng để thực hiện mong muốn chăm sóc sức khỏe của quý vị
- d. Quý vị tin tưởng để đưa ra quyết định đúng đắn cho quý vị trong tình huống khó khăn hoặc không rõ ràng

Hướng dẫn hoàn thành Chỉ Thị Trước của quý vị

- 1) Khi quý vị chọn ai đó, hãy hỏi người đó rằng nếu anh hay cô có sẵn lòng làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị hay không. Viết hoa tên, quan hệ, số điện thoại và địa chỉ của người này vào những ô trống.

2. Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi (My Health Care Representative)

Tôi chọn người dưới đây là người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe thay tôi nếu tôi không thể tự đưa ra ý kiến. (I choose the following person as my health care representative to make health care decisions for me if I can't speak for myself.)

Tên (Name) _____ Mối quan hệ (Relationship) _____

Số điện thoại (Nhà) (Telephone numbers (Home)) _____ (Sở làm) ((Work)) _____ (Di động) ((Cell)) _____

Địa chỉ (Address) _____

E-mail (E-mail) _____

- 2) Nếu quý vị muốn chỉ định người đại diện chăm sóc sức khỏe thứ hai (và thứ ba), hãy viết hoa tên, quan hệ, số điện thoại, địa chỉ và email của người đó vào những ô trống tiếp theo.

3) Người được quý vị chọn phải biết rằng quý vị chọn anh hoặc cô (hoặc họ) là người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị. Anh hoặc cô (hoặc họ) cần ký vào Phần 7 của mẫu này.

7. Được Người Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi chấp thuận (Acceptance by my Health Care Representative)

Tôi chấp thuận sự chỉ định này và đồng ý làm người đại diện chăm sóc sức khỏe. (I accept this appointment and agree to serve as health care representative.)

NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE (HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Tên viết hoa (Printed name) _____

Ký hoặc dùng dấu xác nhận khác để chấp thuận (Signature or other verification of acceptance) _____

Ngày (Date) _____

4) Vì các thành viên gia đình thường có ý kiến khác nhau, do vậy điều quan trọng là phải cho toàn thể gia đình quý vị biết ai là người người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nhờ vậy, mọi người sẽ hiểu rõ rằng ai là người sẽ đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị trong trường hợp quý vị không thể tự mình ra quyết định.

Hướng dẫn hoàn thành Chỉ Thị Trước của quý vị

3. CHỈ DẪN DÀNH CHO NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TÔI.

Trước khi điền vào phần này của Di Chúc Y Khoa, quý vị nên xem lại cẩn thận Phần 4, HƯỚNG DẪN VỀ CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI CỦA TÔI.

Quý vị sử dụng Phần 4 để chỉ định rằng quý vị có muốn được cho ăn qua ống và/hoặc hỗ trợ sự sống khi quý vị cận tử.

Quý vị không phải điền Phần 4 nếu quý vị không muốn đưa ra trước các lựa chọn. Quý vị có thể để cho người đại diện chăm sóc sức khỏe và/hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị đưa ra các lựa chọn này.

Tuy nhiên, nếu quý vị điền Phần 4, và:

- 1) Quý vị muốn yêu cầu người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị tuân theo chỉ dẫn của quý vị, hãy ký tắt vào tuyên bố đầu tiên.

- 2) Nếu quý vị muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị sử dụng chỉ dẫn của quý vị ở Phần 4 là hướng dẫn để đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe cho quý vị, hãy ký tắt vào tuyên bố thứ hai.
- 3) Nếu quý vị có mong muốn cần người chăm sóc sức khỏe của quý vị thực hiện, quý vị có thể ghi thêm các chỉ dẫn vào ô trống và ký tắt vào dòng cuối cùng.

3. Chỉ dẫn dành cho Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi (Instructions to my Health Care Representative)

Nếu quý vị muốn đưa ra chỉ dẫn dành cho người đại diện chăm sóc sức khỏe về các quyết định chăm sóc sức khỏe của quý vị, hãy ký tắt vào ba tuyên bố sau đây: (If you wish to give instructions to your health care representative about your health care decisions, initial on of the following three statements:)

_____ Trong phạm vi phù hợp, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi phải tuân theo chỉ dẫn của tôi. (To the extent appropriate, my health care representative must follow my instructions.)

_____ Chỉ dẫn của tôi là nguyên tắc hướng dẫn cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi cân nhắc khi đưa ra quyết định về chăm sóc cho tôi. (My instructions are guidelines for my health care representative to consider when making decisions about my care.)

_____ Chỉ dẫn khác (Other instructions) _____

Hướng dẫn hoàn thành Chỉ Thị Trước của quý vị

4. HƯỚNG DẪN VỀ CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI CỦA TÔI. Trong phần này, quý vị có thể diễn tả loại chăm sóc nào quý vị muốn nhận khi quý vị không thể truyền đạt các lựa chọn của mình và quý vị đang ở một trong những tình trạng sau:

- 1) **Cận Tử.** Nhiều người muốn được hỗ trợ sự sống và cho ăn qua ống nếu họ có thể có cơ hội hồi phục. Đó KHÔNG phải là ý nghĩa của “cận tử” trong tài liệu này. Tài liệu này hỏi quý vị có muốn được hỗ trợ sự sống và cho ăn qua ống để kéo dài quá trình chết của quý vị hay không.
- 2) **Vô Thức Vĩnh Viễn.** Nếu quý vị ở trong tình trạng vô thức vĩnh viễn, quý vị không biết quý vị đang ở đâu và ở với ai. Tài liệu này hỏi quý vị có muốn được hỗ trợ sự sống và cho ăn qua ống để giữ quý vị sống trong tình trạng này hay không.
- 3) **Bệnh Trầm Trọng Giai Đoạn Cuối.** Đây là bệnh nan y ở giai đoạn cuối. Thông thường, bệnh trầm trọng giai đoạn cuối gồm có sự khó chịu về thể chất và chất lượng cuộc sống suy giảm rất nhanh. Hỗ trợ sự sống hoặc cho ăn qua ống không giúp cải thiện bệnh nhưng có thể kéo dài thời gian của quý vị trong tình trạng này.
- 4) **Đau Đớn Khác Thường.** Đây là tình huống quý vị trải qua sự đau đớn hoặc khó chịu nghiêm trọng, và không có gì có thể làm giảm đáng kể sự đau đớn của quý vị. Hỗ trợ sự sống hoặc cho ăn qua ống có thể kéo dài cuộc sống của quý vị trong tình trạng này nhưng không thể giảm bớt đau đớn của quý vị.

Lưu ý: Các chỉ dẫn này chỉ dành cho trường hợp quý vị rơi vào các tình trạng kể trên. Các chỉ dẫn này KHÔNG áp dụng cho việc chăm sóc sức khỏe hiện tại của quý vị.

Mẹo: Nếu quý vị không chắc hỗ trợ sự sống và cho ăn qua ống là gì, hoặc các tình trạng y tế được mô tả trong tài liệu này, hãy thảo luận với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

A. Tuyên Bố Về Chấm Dứt Chăm Sóc Cuối Đời. Nếu quý vị không muốn được hỗ trợ sự sống hoặc cho ăn qua ống trong bất kỳ tình trạng nào được mô tả ở trên, hãy ký tắt vào chỗ trống có sẵn.

A. Tuyên Bố Về Chấm Dứt Chăm Sóc Cuối Đời. Quý vị có thể ký tắt vào tuyên bố dưới đây nếu quý vị đồng ý với tuyên bố này. Nếu quý vị ký tắt vào tuyên bố dưới đây thì quý vị có thể, nhưng quý vị không buộc phải, liệt kê một hoặc nhiều bệnh trạng mà quý vị không muốn nhận hỗ trợ sự sống. (**Statement Regarding End of Life Care.** You may initial the statement below if you agree with it. If you initial the statement you may, but you do not have to, list one or more conditions for which you do not want to receive life support.)

_____ Tôi không muốn sự sống của tôi được kéo dài nhờ vào hỗ trợ sự sống. Tôi cũng không muốn được hỗ trợ sự sống bằng cách cho ăn qua ống. Tôi muốn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để tôi được chết tự nhiên nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe am hiểu khác xác nhận rằng tôi đang ở trong bất kỳ tình trạng sức khỏe nào được liệt kê dưới đây. (I do not want my life to be prolonged by life support. I also do not want tube feeding as life support. I want my health care provider and another knowledgeable health care provider confirm I am in any of the medical conditions listed below.)

B. Hướng Dẫn Bổ Sung Về Chấm Dứt Chăm Sóc Cuối Đời. Khi ký tắt bên cạnh lựa chọn của quý vị, quý vị có thể chọn là quý vị có muốn được cho ăn qua ống và/hoặc hỗ trợ sự sống trong bất kỳ tình trạng nào được mô tả ở Phần 4 hay không.

KÝ TẮT TÊN VÀO MỘT LỰA CHỌN: (INITIAL ONE:)

_____ Tôi muốn được cho ăn qua ống. (I want to receive tube feeding.)

_____ Tôi chỉ muốn được cho ăn qua ống theo khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi. (I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

_____ TÔI KHÔNG MUỐN ĐƯỢC cho ăn qua ống. (I DO NOT WANT tube feeding.)

KÝ TẮT TÊN VÀO MỘT LỰA CHỌN: (INITIAL ONE:)

_____ Tôi muốn được sử dụng bất kỳ hỗ trợ sự sống khác nếu có thể. (I want any other life support that may apply.)

_____ Tôi chỉ muốn được hỗ trợ sự sống theo khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi. (I want life support only as my health care provider recommends.)

_____ TÔI KHÔNG MUỐN ĐƯỢC hỗ trợ sự sống. (I DO NOT WANT life support.)

Mẹo: “Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi” (ở lựa chọn thứ hai) thường đề cập đến các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe làm việc tại phòng chăm sóc đặc biệt hoặc bệnh viện nơi quý vị nhập viện. Thuật ngữ này không đề cập đến nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe của quý vị là người quý vị thường gặp và biết rõ về quý vị. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại bệnh viện có thể sẽ không biết quý vị nghĩ thế nào và điều gì quan trọng với quý vị.

Hướng dẫn hoàn thành Chỉ Thị Trước của quý vị

C. Chỉ Dẫn Bổ Sung. Nếu quý vị có bất kỳ chỉ dẫn bổ sung nào về loại chăm sóc sức khỏe quý vị muốn nhận được trong bất kỳ tình trạng đặc biệt nào, hãy ghi chỉ dẫn này vào Phần C hoặc đính kèm văn bản hoặc bản ghi bổ sung về nguyện vọng và niềm tin của quý vị vào tài liệu này.

Mẹo: Rất khó để dự đoán tương lai. Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể đưa ra quyết định trước đây quý vị chưa bao giờ đề cập đến. Quý vị có thể ở trong một số loại tình trạng nghiêm trọng khác so với những tình trạng đã mô tả ở trên, buộc người đại diện của quý vị phải đưa ra lựa chọn cho quý vị. Dưới đây là những ví dụ về các tuyên bố mà các bệnh nhân khác đã đưa vào để giúp hướng dẫn đại diện chăm sóc sức khỏe của họ đưa ra quyết định:

Ví dụ:

- “Tôi tin tưởng người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi đưa ra quyết định mà cô cảm thấy tốt nhất cho tôi tại thời điểm đó, ngay cả khi cô không chắc chắn về điều gì tôi đã chọn.”
- “Tôi muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi làm những gì anh nghĩ là tôi muốn, ngay cả khi điều đó làm anh cảm thấy hơi khó chịu.”
- “Nếu quý vị phải quyết định giữa việc khiến tôi thoải mái hơn hay tỉnh táo hơn, tôi muốn được _____ hơn.”

5. CHỮ KÝ CỦA TÔI.

Để Chỉ Thị Trước này có hiệu lực, quý vị phải ký và ghi ngày ở đây.

5. Chữ Ký Của Tôi (My Signature)

Chữ Ký Của Tôi (My signature) _____ Ngày (Date) _____

6. NHÂN CHỨNG.

Để Chỉ Thị Trước này có hiệu lực, đơn này cần được công chứng HOẶC có chữ ký của hai người làm chứng.

- A. **CÔNG CHỨNG:** Nếu quý vị chọn công chứng, hãy đem đơn này đến phòng công chứng.
- B. **TUYÊN BỐ CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG:** Nếu quý vị chọn cách làm chứng, hãy yêu cầu hai người làm chứng rằng quý vị đã hoàn thành và đã ký Chỉ Thị Trước này. Người đại diện chăm sóc sức khỏe hoặc người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế của quý vị không thể làm người làm chứng. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được chỉ định của quý vị cũng không thể là người làm chứng cho quý vị.

Người hoàn thành mẫu đơn này được tôi biết đến với tư cách cá nhân hoặc đã cung cấp bằng chứng về danh tính, đã ký hoặc xác nhận chữ ký của người này trên tài liệu này trước mặt tôi và dường như không bị ép buộc và hiểu được mục đích và hiệu lực của mẫu đơn này. Ngoài ra, tôi không phải là người đại diện chăm sóc sức khỏe hoặc người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế của người này, và tôi không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được chỉ định của người này. (The person completing this form is personally known to me or has provided proof of identity, has signed or acknowledged the person's signature on the document in my presence and appears to be not under duress and to understand the purpose and effect of this form. In addition, I am not the person's health care representative or alternative health care representative, and I am not the person's attending health care provider.)

Tên Người Làm Chứng (viết hoa) (Witness Name (print)) _____

Chữ ký (Signature) _____ Ngày (Date) _____

Mẹo: Người làm chứng của quý vị phải biết quý vị với tư cách cá nhân hoặc, nếu không, phải thấy bằng chứng về danh tính của quý vị. Người làm chứng phải thấy quý vị ký vào Chỉ Thị Trước của quý vị.

Hướng dẫn hoàn thành Chỉ Thị Trước của quý vị

7. ĐƯỢC NGƯỜI CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TÔI CHẤP THUẬN. Người được quý vị chọn tại Phần 2 cần hiểu rõ và chấp thuận vai trò người đại diện chăm sóc sức khỏe.

Hãy thảo luận các lựa chọn và chỉ dẫn của quý vị với (những) người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị. Đảm bảo rằng anh ấy hoặc cô ấy (hoặc họ) hiểu rằng điều gì là quan trọng với quý vị. Sau đó yêu cầu anh ấy hoặc cô ấy (hoặc họ) ký vào Phần 7.

Chúc mừng, giờ đây quý vị đã có kế hoạch!

Các bước tiếp theo của tôi là gì?

- ❑ Hãy đưa bản sao Chỉ Thị Trước của quý vị cho mọi người trong gia đình có khả năng có mặt khi quý vị bệnh nặng.
- ❑ Hãy thảo luận về Chỉ Thị Trước của quý vị với mọi người trong gia đình có khả năng có mặt khi quý vị bệnh nặng. Đảm bảo rằng họ biết ai là người quý vị đã chỉ định để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị khi quý vị không thể tự mình ra quyết định. Nếu quý vị không chỉ định người đại diện chăm sóc sức khỏe trong Chỉ Thị Trước, hãy đảm bảo rằng gia đình hiểu rõ mong muốn của quý vị về loại chăm sóc sức khỏe quý vị muốn có nếu quý vị không thể tự mình ra quyết định.
- ❑ Đôi khi thảo luận về điều gì quan trọng với quý vị và loại chăm sóc sức khỏe quý vị muốn là không dễ dàng. Để biết thông tin hữu ích về cách thảo luận vấn đề này với gia đình quý vị, hãy truy cập **theconversationproject.org**.
- ❑ Đảm bảo rằng quý vị đưa bản sao Chỉ Thị Trước của quý vị cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và thảo luận loại chăm sóc sức khỏe quý vị muốn nhận được. Hãy yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe của quý vị tải lên Chỉ Thị Trước vào hồ sơ y tế điện tử của quý vị.