

Bước 1: Chọn người đại diện cho bạn về sự chăm sóc sức khỏe.

Chọn người bạn tin tưởng để quyết định về sự chăm sóc sức khỏe cho bạn nếu bạn không tự quyết định được. Hãy nghĩ đến những người trong cuộc sống của bạn - gia đình và bạn bè. Chọn ra một người làm đại diện cho bạn về sự chăm sóc sức khỏe. Hỏi xem người đó có bằng lòng làm điều này cho bạn không.

Chọn một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè mà:

- 18 tuổi trở lên và biết rõ về bạn
- Bằng lòng làm điều này cho bạn
- Có thể đưa ra những quyết định khó dựa theo ước nguyện của bạn
- Sẽ chuyển tải các thông tin bạn cung cấp trong tập tài liệu này một cách hiệu quả đến các nhà chăm sóc sức khỏe và gia đình bạn

Người đại diện về sự chăm sóc sức khỏe cho bạn có thể:

- Quyết định nơi bạn sẽ được chăm sóc
- Chọn hoặc loại bỏ các nhà chăm sóc sức khỏe
- Nói có/không đối với các loại thuốc, các xét nghiệm, phương pháp điều trị
- Cho biết những gì sẽ xảy ra với cơ thể và bộ phận của bạn sau khi bạn ra đi
- Thực hiện các hành động pháp lý cần thiết để toại nguyện các ước nguyện của bạn

Người đại diện cho bạn **không thể** là bác sĩ của bạn hoặc ai đó làm việc tại bệnh viện hoặc phòng khám mà bạn đang được chăm sóc trừ khi họ là thành viên trong gia đình bạn.

Hãy chọn ra người đại diện về sự chăm sóc sức khỏe cho bạn.

1) Tôi muốn người này đưa ra những quyết định y tế của tôi nếu tôi không thể tự đưa ra quyết định:

Tên gọi	Họ	Quan hệ	
Điện thoại nhà/di động	Điện thoại sở làm	Email	
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Số mã Zip

Nếu người đầu tiên không thể đưa ra quyết định y tế được, thì tôi muốn người kế tiếp đây:

Tên gọi	Họ	Quan hệ	
Điện thoại nhà/di động	Điện thoại sở làm	Email	
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Số mã Zip

2) Đánh dấu X bên cạnh câu mà bạn đồng ý:

____ Người đại diện việc chăm sóc sức khỏe cho tôi sẽ đưa ra những quyết định cho tôi **chỉ** sau khi tôi trở nên không thể tự đưa ra các quyết định cho mình.

HOẶC

____ Người đại diện việc chăm sóc sức khỏe cho tôi có thể đưa ra các quyết định cho tôi **ngay bây giờ** sau khi tôi ký đơn này.

Đơn tiền chỉ định này thuộc về: (vui lòng viết tên bạn ở hàng này)		Ngày tháng năm sinh
<small>Sự tiền chỉ định và việc chỉ định người đại diện sự chăm sóc sức khỏe này được tuân thủ theo phần ứng dụng Chương 1 và 2 của phán quyết California Uniform Health Care Decisions. Đạo luật (California Probate Code Phần 4670 đến 4701).</small>		TRANG 1

Bước 2: Đưa ra các lựa chọn về sự chăm sóc sức khỏe cho bạn.

Điều gì làm cho cuộc đời bạn đáng sống?

1) Cuộc đời tôi (chọn A hoặc B):

A) Luôn đáng sống bất kể bệnh tật tới đâu

B) Chỉ đáng sống nếu (đánh dấu tất cả những gì đúng với bạn):

Tôi có thể nói chuyện được với gia đình và bạn bè

Tôi có thể tỉnh dậy từ cơn hôn mê

Tôi có thể tự ăn uống, tắm rửa hay chăm sóc cho bản thân

Tôi có thể hết đau

Tôi có thể sống mà không cần phải nối vào máy móc

Tôi không chắc

2) Nếu tôi gần ra đi (chết), điều quan trọng với tôi là tôi được (chọn một):

Ở tại nhà

Trong bệnh viện hoặc một trung tâm chăm sóc khác

Đối với tôi, được chăm sóc ở đâu không quan trọng

Tôn giáo hoặc các niềm tin tâm linh

1) Tôn giáo hay vấn đề tâm linh có quan trọng với bạn không?

Có Không

2) Bạn có theo một tôn giáo hay truyền thống đức tin nào không? Nếu có, thì là gì?

3) Các bác sĩ nên biết những điều gì về niềm tin tôn giáo hay tâm linh của bạn?

Đơn tiền chỉ định này thuộc về: (vui lòng viết tên bạn ở hàng này)

Ngày tháng năm sinh

Bước 2: Đưa ra các lựa chọn về sự chăm sóc sức khỏe cho bạn, tiếp theo.

Kéo dài sự sống

Các thủ thuật kéo dài sự sống có thể được sử dụng để cố gắng giữ cho bạn sống. Chúng bao gồm:

CPR hay thủ thuật hồi sinh tim phổi — Thủ thuật này có thể bao gồm:

- Nhấn mạnh vào ngực bạn để giữ cho máu tiếp tục bơm
- Sốc điện để khởi động tim bạn
- Truyền thuốc vào tĩnh mạch



Máy thở — Máy này bơm không khí vào phổi và thở cho bạn qua một ống được đặt vào cổ họng bạn. Bạn không thể nói chuyện hoặc ăn được trong khi dùng máy.



Lọc máu — Máy này làm sạch máu nếu thận bạn ngưng hoạt động.

Ống cho ăn — Ống này cung cấp thức ăn cho cơ thể bạn nếu bạn không thể nuốt được. Ống này được đặt qua cổ họng vào bao tử bạn. Nó cũng có thể được đặt vào bằng phẫu thuật.



Truyền máu — Máu sẽ được truyền vào tĩnh mạch của bạn.

Phẫu thuật và/hoặc thuốc

Đánh dấu **X** bên cạnh một câu mà bạn đồng ý nhất.

Nếu tôi bệnh quá nặng và có thể sắp ra đi:

_____ Hãy làm thử tất cả các phương pháp kéo dài sự sống mà các bác sĩ của tôi nghĩ chúng có thể giúp được. Nếu các phương pháp điều trị đó không có hiệu quả và chỉ có một chút hy vọng tôi sẽ khỏe hơn, Tôi **muốn tiếp tục dùng các máy kéo dài sự sống ngay cả nếu** Tôi phải chịu đau đớn.

_____ Hãy làm thử tất cả các phương pháp kéo dài sự sống mà các bác sĩ của tôi nghĩ chúng có thể giúp được. Nếu các phương pháp điều trị đó không có hiệu quả và chỉ có một chút hy vọng tôi sẽ khỏe hơn, Tôi **KHÔNG muốn tiếp tục dùng các máy kéo dài sự sống**. Nếu tôi phải chịu đau đớn, tôi muốn ngưng các phương pháp kéo dài sự sống để tôi có thể được ra đi một cách nhẹ nhàng.

_____ Tôi **KHÔNG** muốn các phương pháp kéo dài sự sống. Tôi muốn tập trung vào sự thoải mái. Tôi muốn ra đi tự nhiên.

_____ Tôi muốn **người đại diện về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi** quyết định.

_____ Tôi không chắc tôi muốn làm sao.

Đơn tiền chỉ định này thuộc về: (vui lòng viết tên bạn ở hàng này)

Ngày tháng năm sinh

Bước 2: Đưa ra các lựa chọn về sự chăm sóc sức khỏe cho bạn, tiếp theo.

Hiển bộ phận

Các bác sĩ của bạn có thể hỏi về việc hiển bộ phận và khám nghiệm tử thi sau khi bạn mất. Hiển bộ phận của bạn có thể giúp cứu mạng người. Đánh dấu **X** bên cạnh **một** lựa chọn mà bạn đồng ý nhất.

_____ Tôi **muốn** hiển các bộ phận của tôi:

_____ Bất kỳ bộ phận nào, tất cả những gì có thể dùng được.

_____ Chỉ một số bộ phận (vui lòng xác định các bộ phận hay mô nào bạn muốn hiển).

_____ Tôi **không** muốn hiển bất kỳ bộ phận nào.

_____ Tôi muốn **người đại diện về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi** quyết định.

_____ Tôi không chắc tôi muốn làm sao.

Khám nghiệm tử thi

Việc khám nghiệm tử thi có thể được thực hiện sau cái chết để tìm hiểu vì sao một người bị tử vong. Nó là một phẫu thuật. Có thể kéo dài trong vài ngày. Trong một số trường hợp, việc khám nghiệm tử thi được bắt buộc bởi luật pháp. Đánh dấu **X** bên cạnh **một** lựa chọn mà bạn đồng ý nhất.

_____ Tôi **muốn** một cuộc khám nghiệm tử thi.

_____ Tôi **không** muốn cuộc khám nghiệm tử thi.

_____ Tôi **chỉ** muốn cuộc khám nghiệm tử thi **nếu có các nghi vấn** về nguyên nhân cái chết của tôi.

_____ Tôi muốn **người đại diện về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi** quyết định.

_____ Tôi không chắc tôi muốn làm sao.

Đơn tiền chỉ định này thuộc về: (vui lòng viết tên bạn ở hàng này)

Ngày tháng năm sinh

Bước 3: Phác thảo thẩm quyền của người đại diện về sự chăm sóc sức khỏe cho bạn.

Người đại diện về sự chăm sóc sức khỏe cho bạn có thể giúp đưa ra những quyết định sau đây về:

Các phương pháp kéo dài sự sống - chăm sóc y tế để giúp bạn sống lâu hơn:

- CPR hay thủ thuật hồi sinh tim phổi
- Máy thở
- Lọc máu
- Ống cho ăn
- Truyền máu
- Phẫu thuật
- Thuốc

Chăm sóc cuối đời

Nếu bạn có thể sắp ra đi, người đại diện về sự chăm sóc sức khỏe cho bạn có thể:

- Gọi cho một người lãnh đạo về tâm linh
- Quyết định nếu bạn ra đi ở nhà hay trong bệnh viện
- Quyết định có sẽ làm khám nghiệm tử thi không
- Quyết định có hiến các bộ phận của bạn hay không
- Quyết định nơi chôn cất hay hỏa táng cho bạn

Bạn muốn người đại diện việc chăm sóc sức khỏe cho bạn làm theo những ước nguyện y tế của bạn ra sao?

Đánh dấu **X** bên cạnh một câu mà bạn đồng ý nhất:

_____ **Hoàn toàn linh hoạt:** Người đại diện vấn đề chăm sóc sức khỏe cho tôi CÓ THỂ thay đổi **bất kỳ** quyết định y tế nào của tôi nếu, sau khi nói chuyện với các bác sĩ của tôi, anh/cô ta nghĩ rằng điều đó là tốt nhất cho tôi vào thời điểm đó.

_____ **Linh hoạt một phần nào:** Người đại diện vấn đề chăm sóc sức khỏe cho tôi CÓ THỂ thay đổi **một số** quyết định y tế của tôi nếu, sau khi nói chuyện với các bác sĩ của tôi, anh/cô ta nghĩ rằng điều đó là tốt nhất cho tôi vào thời điểm đó.

_____ **Linh hoạt tối thiểu:** Tôi muốn người đại diện về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi theo sát các ước nguyện y tế của tôi hết mức có thể được. Xin tôn trọng các quyết định của tôi cho dù các bác sĩ có đề nghị khác.

Dùng thêm giấy, nếu cần, để trả lời các câu hỏi sau.

Đây là một số ước nguyện tôi rất muốn được tôn trọng:

Viết ra tất cả các quyết định nào bạn **không** muốn người đại diện việc chăm sóc sức khỏe cho bạn quyết định:

Đơn tiền chỉ định này thuộc về: (vui lòng viết tên bạn ở hàng này)		Ngày tháng năm sinh
<small>Sự tiền chỉ định và việc chỉ định người đại diện sự chăm sóc sức khỏe này được tuân thủ theo phần ứng dụng Chương 1 và 2 của phán quyết California Uniform Health Care Decisions. Đạo luật (California Probate Code Phần 4670 đến 4701).</small>		TRANG 6

Bước 4: Ký đơn.

Chữ ký của bạn

Trước khi đơn này được sử dụng, bạn phải:

- Ký vào đơn nếu bạn tối thiểu 18 tuổi
- Có hai nhân chứng ký vào đơn **hoặc** phải có công chứng viên thị thực

Ký tên bạn và viết ngày xuống.

Chữ Ký

Ngày

Ghi tên

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu
bang

Số mã Zip

Các nhân chứng

Trước khi đơn này có thể được sử dụng, bạn phải có hai nhân chứng ký vào đơn **hoặc** một công chứng viên thị thực.

Nhân chứng của bạn phải:

- Tối thiểu 18 tuổi
- Biết bạn
- Xác nhận bạn ký đã mẫu đơn này

Nhân chứng của bạn không thể:

- Là người bạn chọn làm đại diện về sự chăm sóc sức khỏe cho bạn.
- Là bác sĩ hoặc nhà chăm sóc sức khỏe cho bạn
- Làm việc cho trung tâm y tế hay nhà chăm sóc của bạn
- Làm việc nơi bạn sống

Thêm vào đó, **tối thiểu một** nhân chứng phải:

- Không có bất kỳ quan hệ gì với bạn
- Không hưởng lợi về tài chánh - hưởng tiền hay tài sản - sau khi bạn mất
- Là thanh tra viên hay người biện hộ cho bệnh nhân nếu bạn sống ở trung tâm điều dưỡng chuyên môn (xem trang 9)

Nếu bạn không có hai nhân chứng, công chứng viên có thể ký ở trang 9.

Đơn tiền chỉ định này thuộc về: (vui lòng viết tên bạn ở hàng này)

Ngày tháng năm sinh

Bước 4: Ký đơn, tiếp theo.

Chữ ký các nhân chứng

Yêu cầu các nhân chứng hoàn tất trang này.

Bằng việc ký tên, tôi tuyên thệ rằng _____ đã xác nhận ông/bà ta đã ký đơn này.
Tên chủ nhân đơn tiền chỉ định

Tôi tin rằng ông/bà ta suy nghĩ rõ ràng và không bị ép buộc ký đơn này.

Tôi cũng tuyên thệ rằng:

- Tôi biết người này và ông/bà ta có thể chứng minh ông/bà ta là ai
- Tôi tối thiểu 18 tuổi
- Tôi không phải là người đại diện về sự chăm sóc sức khỏe của ông/bà ta
- Tôi không phải là nhà chăm sóc sức khỏe của ông/bà ta
- Tôi không làm việc cho nhà chăm sóc sức khỏe của ông/bà ta
- Tôi không làm việc nơi ông/bà ta đang sống

Nhân chứng #1 (ký tên dưới đây) cũng phải tuyên thệ rằng:

- Tôi không có quan hệ gì với ông/bà ta
- Tôi sẽ không hưởng lợi về tài chính - hưởng tiền hay tài sản - sau khi ông/bà ta mất

Nhân chứng #1

Chữ Ký _____ Ngày _____

Ghi tên _____

Địa chỉ _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

Nhân chứng #2

Chữ Ký _____ Ngày _____

Ghi tên _____

Địa chỉ _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

Đơn tiền chỉ định này thuộc về: (vui lòng viết tên bạn ở hàng này)

Ngày tháng năm sinh

— CHỈ DÙNG CHO VĂN — PHÒNG

Bước 4: Ký đơn - Chữ ký công chứng viên, nếu cần.

Đem đơn này đến công chứng viên CHỈ **trong trường hợp** hai nhân chứng không ký tên. Công chứng viên sẽ đòi hỏi bạn phải mang theo ID, như bằng lái hoặc hộ chiếu.

State of California

County of _____

On _____ before me, _____
Date Name and title of officer

personally appeared _____,
Name(s) of signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____
Signature of notary

(Notary Seal)

ĐỐI VỚI các trú nhân tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn California

Trao đơn này cho giám đốc nhà điều dưỡng CHỈ nếu bạn sống tại nhà điều dưỡng. Luật pháp California đòi hỏi các trú nhân nhà điều dưỡng phải có thanh tra viên nhà điều dưỡng làm nhân chứng cho tiền chỉ định.

STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN / LỜI KHAI NGƯỜI BIỆN HỘ HOẶC THANH TRA VIÊN CHO BỆNH NHÂN

"I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code." / "Tôi xác nhận dưới hình phạt khai man theo luật pháp California rằng tôi là người biện hộ hoặc thanh tra viên cho bệnh nhân được bổ nhiệm bởi Bộ Tuổi Già tiểu Bang và rằng tôi đóng vai trò làm nhân chứng theo yêu cầu Luật Chứng Thực phần 4675."

Signature/ Chữ Ký

Date /Ngày

Print name / Ghi tên

Street address

City

State

ZIP Code

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Mã Zip

Đơn tiền chỉ định này thuộc về: (vui lòng viết tên bạn ở hàng này)

Ngày tháng năm sinh

Bước 5: Nộp một bản sao đơn tiền chỉ định đã hoàn thành của bạn.

Khi bạn đã ký đơn tiền chỉ định và đã có nhân chứng và/hay công chứng, hãy lưu lại bản gốc và sao lại trang 1-9 để gửi cho:

- Người đại diện về sự chăm sóc sức khỏe cho bạn.
- Gia đình
- Bạn bè
- Các nhà cung cấp dịch vụ y tế
- Bệnh viện

Các cách thức nộp lại đơn tiền chỉ định đã hoàn thành:

1. Nộp lại một **BẢN SAO** cho bác sĩ của bạn tại Providence St. Joseph Health hoặc bệnh viện tại buổi hẹn tới của bạn.
2. Nộp lại **BẢN SAO** sử dụng phong bì có để sẵn địa chỉ và tem bưu chính (nếu có).
3. Nộp lại qua fax hoặc email (nếu có) đến bệnh viện Providence St. Joseph Health Hospital của bạn:

Mission Hospital, Laguna Beach
Mission Hospital, Mission Viejo
St. Joseph Hospital Orange
St. Jude Medical Center
St. Mary Medical Center
Petaluma Valley Hospital
Queen of the Valley Medical Center
Redwood Memorial Hospital
Santa Rosa Memorial Hospital
St. Joseph Hospital, Eureka
Fax đến số 714-771-8965

hoặc

Email to SJMROI@stjoe.org
(Chủ đề: Advance Directive)

Providence Holy Cross Medical Center
Providence Saint Joseph Medical Center (Burbank)
Providence Saint John's Health Center
Providence Little Company of Mary Medical Center Torrance
Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro
Fax đến số 310-303-5469

Providence Tarzana Medical Center
Fax đến số 818-708-5368

Đối với bệnh viện không được liệt kê, vui lòng liên lạc bệnh viện của bạn để có số fax chính xác.

Nếu bạn có thắc mắc liên quan đến việc điền và nộp lại đơn tiền chỉ định, vui lòng liên lạc chúng tôi tại:

Providence.org/InstituteForHumanCaring
310-543-3498

Một phần của việc làm này được cấp giấy phép dưới the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License. Để tham khảo giấy phép này, xin vào trang <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> hoặc gửi thư đến Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Tu chính tháng 8/2017

Đặc biệt cảm ơn đến:

- Rebecca Sudore, M.D., Division of Geriatrics, University of California, San Francisco
- Cedars-Sinai, Los Angeles, CA