

Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe Tại California

Văn kiện này giúp quý vị nói lên quý vị muốn được điều trị như thế nào nếu bị bệnh quá nặng.

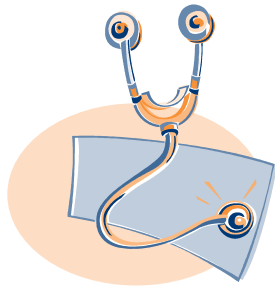


● Văn kiện này có ba phần, sẽ giúp quý vị:



Phần 1: Chọn người đại diện về chăm sóc sức khỏe.

Người đại diện về chăm sóc sức khỏe là người có thể đưa ra các quyết định về cách điều trị cho quý vị nếu quý vị bị bệnh quá nặng và không thể tự quyết định được.



Phần 2: Tự chọn cách chăm sóc sức khỏe.

Văn kiện này giúp quý vị chọn cách điều trị mà quý vị muốn. Như vậy, những người chăm sóc cho quý vị không cần suy đoán xem quý vị muốn gì nếu quý vị bệnh quá nặng không thể nói lên được.



Phần 3: Ký tên vào văn kiện.

Văn kiện phải được ký tên đầy đủ mới có thể sử dụng được.

Quý vị có thể chỉ điền Phần 1, hoặc Phần 2, hoặc điền cả hai phần.
Luôn luôn nhớ ký tên ở trang E9.

2 nhân chứng phải ký tên ở trang E10, hoặc công chứng viên ký tên trang E11.

TÊN CỦA QUÝ VỊ: _____

Lật sang trang kế

Nếu quý vị chỉ muốn chọn người đại diện về chăm sóc sức khỏe xem **Phần 1** trang E3.

Nếu quý vị chỉ muốn tự chọn cách chăm sóc sức khỏe xem **Phần 2** trang E6.

Nếu muốn chọn cả hai thì quý vị điền vào **Phần 1 và Phần 2**.

Luôn luôn nhớ ký tên vào Phần 3, trang E9.

2 nhân chứng phải ký tên ở trang E10, hoặc công chứng viên ký tên trang E11.

● Tôi phải làm gì sau khi đã điền xong văn kiện này?

Cho những người chăm sóc quý vị xem văn kiện này:

- các bác sĩ
- gia đình và bạn thân
- các y tá
- người đại diện về chăm sóc sức khỏe
- cán sự xã hội



● Nếu tôi đổi ý thì sao?

- Điền vào một văn kiện mới.
- Cho những người chăm sóc quý vị biết về những sự thay đổi này.
- Đưa văn kiện mới cho người đại diện chăm sóc sức khỏe và bác sĩ của quý vị.



● Nếu tôi có câu hỏi về văn kiện này?

- Hỏi các bác sĩ, y tá, cán sự xã hội, đại diện chăm sóc sức khỏe, thân nhân trong gia đình hoặc bạn thân để được giải đáp.

● Nếu cách điều trị tôi muốn chọn không có ghi trong văn kiện thì sao?

- Viết cách điều trị đó vào một miếng giấy.
- Kèm miếng giấy đó vào văn kiện này.
- Cho những người chăm sóc quý vị biết về ý muốn này.



PHẦN 1

Chọn Người Đại Diện về Chăm Sóc Sức Khỏe

Là người có thể quyết định cách điều trị cho quý vị nếu quý vị bệnh quá nặng và không thể tự quyết định.

● Tôi nên chọn ai làm người đại diện về chăm sóc sức khỏe cho tôi?

Một thân nhân trong gia đình hoặc bạn thân, người này:



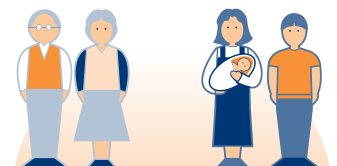
- ít nhất là 18 tuổi
- hiểu quý vị nhiều
- có thể đến lúc quý vị cần
- là người quý vị tin tưởng sẽ làm những gì tốt nhất cho quý vị
- có thể nói cho bác sĩ biết các quyết định của quý vị trong văn kiện này



Người đại diện cho quý vị **không thể** là bác sĩ của quý vị, hoặc người làm việc tại bệnh viện hoặc khoa khám bệnh, trừ trường hợp người này là thân nhân của quý vị.

● Nếu tôi không chọn một người đại diện thì việc gì sẽ xảy ra?

Nếu quý vị bệnh quá nặng không thể tự quyết định, bác sĩ sẽ yêu cầu những thân nhân có liên hệ gần nhất của quý vị quyết định cho quý vị.

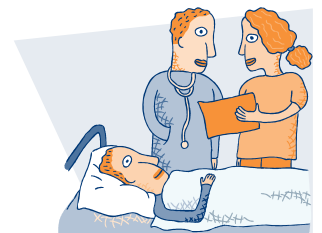


Nếu quý vị muốn người đại diện không phải là thân nhân trong gia đình, quý vị phải viết tên người đó vào văn kiện này.

● Người đại diện có thể quyết định những việc gì?

Đồng ý, từ chối, thay đổi, chấm dứt hoặc chọn:

- bác sĩ, y tá, cán sự xã hội
- bệnh viện hoặc y viện
- các loại thuốc, xét nghiệm, hoặc cách điều trị
- cách giải quyết về cơ thể và các bộ phận trong cơ thể của quý vị sau khi chết



Người đại diện phải làm đúng theo các quyết định về cách điều trị mà quý vị chọn ở Phần 2.

Những việc khác mà người đại diện có thể quyết định:

● Các biện pháp trợ sinh - biện pháp y khoa giúp quý vị kéo dài sự sống

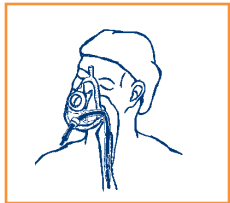
• Hồi Sinh Cấp Cứu Tim và Phổi (CPR)

cardio = tim • pulmonary = phổi • resuscitation = hồi sinh



Kỹ thuật này bao gồm:

- ấn mạnh trên ngực để tiếp tục bơm máu
- dùng điện để kích thích tim đập trở lại
- truyền thuốc vào tĩnh mạch



• Máy thở hoặc trợ hô hấp

Máy bơm không khí vào phổi và thở cho quý vị. Quý vị sẽ không nói được khi gắn máy thở.

• Lọc máu

Máy sẽ lọc máu cho quý vị nếu thận ngưng hoạt động.

• Đặt ống dinh dưỡng

Dùng ống để truyền chất dinh dưỡng nếu quý vị không thể nuốt được. Ống được đặt vào miệng và xuống đến bao tử. Ống cũng có thể được đặt vào bằng cách giải phẫu.



• Truyền máu

Truyền máu vào tĩnh mạch.

• Giải phẫu

• Dùng thuốc

● Chăm sóc lúc cuối đời - nếu quý vị sắp qua đời, người đại diện có thể.



- mời người lãnh đạo tinh thần đến cầu nguyện
- quyết định để quý vị qua đời tại nhà hoặc tại bệnh viện



Quý vị nên cho người đại diện xem văn kiện này.
Nói cho người đại diện biết quý vị muốn cách điều trị nào.

Người Đại Diện Về Chăm Sóc Sức Khỏe



- Tôi muốn người này quyết định việc điều trị bệnh cho tôi. Viết điều này trên trang E5.

tên _____ họ _____

địa chỉ _____ thành phố _____ tiểu bang _____ số vùng _____
 () - () -

số điện thoại nhà _____ số điện thoại sở làm _____

- Nếu người thứ nhất không thể quyết định, tôi muốn người này quyết định việc điều trị bệnh cho tôi.

tên _____ họ _____

địa chỉ _____ thành phố _____ tiểu bang _____ số vùng _____
 () - () -

số điện thoại nhà _____ số điện thoại sở làm _____

- Đánh dấu X cạnh câu nào đúng theo ý muốn của quý vị. Viết điều này trên trang E5.

- Người đại diện có thể quyết định cho tôi ngay sau khi tôi ký tên vào văn kiện này.
- Người đại diện **chỉ** được quyền quyết định cho tôi khi nào tôi không thể tự quyết định.

- Quý vị có thể viết những điều mà quý vị chọn vào văn kiện này. Quý vị muốn người đại diện làm theo ý muốn này như thế nào? Đánh dấu X một câu quý vị đồng ý nhất. Viết điều này trên trang E5.

- Tôi muốn người đại diện thảo luận với bác sĩ và dùng trí xét đoán một cách tốt nhất. Người đại diện **CÓ THỂ** làm theo ý muốn của tôi trong văn kiện này như một hướng dẫn tổng quát.

Có thể xem ý muốn của tôi như một sự hướng dẫn tổng quát, tuy nhiên có những điều tôi không muốn có sự thay đổi:

- Tôi muốn người đại diện làm theo ý muốn của tôi trong văn kiện này một cách chính xác. Tôi không bao giờ muốn người đại diện thay đổi những điều tôi chọn, ngay cả khi bác sĩ nghĩ rằng điều này không tốt cho tôi.

Muốn tự chọn phương cách điều trị xem Phần 2 ở trang kế.

Muốn ký tên vào văn kiện này xem Phần 3 ở trang E9.

PHẦN 2

Tự quyết định cách chăm sóc sức khỏe

Viết xuống ý muốn của quý vị để những người chăm sóc quý vị không cần phải suy đoán. Viết các câu trả lời trên trang E6.

● Hãy nghĩ xem điều gì sẽ làm cuộc đời của quý vị đáng sống.

Cuộc đời tôi **chỉ** đáng sống nếu tôi có thể:

Đánh dấu X bên cạnh **tất cả** những câu đúng theo ý muốn của quý vị trên trang E6.

- nói chuyện được với gia đình hoặc các bạn
- tỉnh lại, không bị hôn mê
- tự ăn uống, tắm rửa và chăm sóc bản thân
- không bị đau đớn
- sống mà không bị gắn liền vào các máy
- tôi không biết chắc tôi muốn gì

hoặc

Cuộc đời tôi lúc nào cũng đáng sống dù tôi bị bệnh nặng như thế nào.

● Trong giờ phút hấp hối, điều quan trọng là tôi được ở:

- tại nhà tại bệnh viện tôi không biết chắc

● Tôn giáo và tâm linh có quan trọng đối với quý vị không?

- có không Nếu có, quý vị theo đạo nào?

● Quý vị muốn cho bác sĩ biết gì về tôn giáo và tâm linh của quý vị?

Nếu quý vị bị bệnh, bác sĩ và y tá sẽ luôn luôn giúp cho quý vị được thoải mái và không đau đớn.



Các biện pháp trợ sinh được áp dụng để giữ cho quý vị sống. Các biện pháp này có thể là CPR, máy trợ hô hấp, đặt ống dinh dưỡng, lọc máu, truyền máu hoặc dùng thuốc.

Đánh dấu X bên cạnh biện pháp nào mà quý vị đồng ý nhất.

Xin quý vị đọc hết trang này trước khi chọn một câu trả lời.

Đánh dấu câu trả lời trên trang E7.

● Nếu tôi bị bệnh quá nặng đến mức độ có thể sắp chết:

- Hãy áp dụng mọi biện pháp trợ sinh mà bác sĩ tin rằng có thể giữ cho tôi sống.

Nếu các biện pháp đều **không hiệu quả** và ít có hy vọng sống còn, **tôi muốn được** gắn liền vào máy để duy trì sự sống.

hoặc

- Hãy áp dụng mọi biện pháp trợ sinh mà bác sĩ tin rằng có thể giữ cho tôi sống.

Nếu các biện pháp đều **không hiệu quả** và ít có hy vọng sống còn, **tôi không muốn** gắn liền vào máy để duy trì sự sống.

hoặc

- Hãy áp dụng mọi biện pháp trợ sinh mà bác sĩ tin rằng có thể duy trì sự sống **ngoại trừ** các phương cách này.

Đánh dấu những gì quý vị **không muốn**.

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> hồi sinh cấp cứu (CPR) | <input type="radio"/> đặt ống dinh dưỡng |
| <input type="radio"/> lọc máu | <input type="radio"/> truyền máu |
| <input type="radio"/> gắn máy thở | <input type="radio"/> dùng thuốc |
| <input type="radio"/> biện pháp khác _____ | |

hoặc

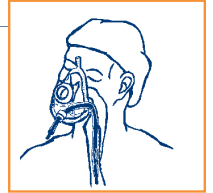
- Tôi không muốn** áp dụng bất cứ biện pháp trợ sinh nào.

hoặc

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

hoặc

- Tôi không biết chắc.



Bác sĩ có thể hỏi về việc hiến tặng bộ phận trong cơ thể hoặc giải phẫu tử thi sau khi quý vị qua đời. Xin cho chúng tôi biết ý muốn của quý vị.

Đánh dấu X bên cạnh những câu nào quý vị đồng ý nhiều nhất.

Đánh dấu câu trả lời trên trang E8.

● Hiến tặng (cho) các bộ phận của quý vị có thể cứu mạng người khác.

Tôi **muốn** hiến tặng các bộ phận trong cơ thể của tôi.

Quý vị muốn tặng bộ phận nào?

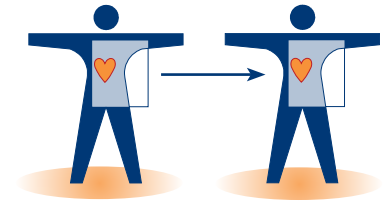
bất cứ bộ phận nào

chỉ tặng _____

Tôi **không muốn** hiến tặng các bộ phận trong cơ thể của tôi.

Tôi muốn người **đại diện về chăm sóc sức khỏe** của tôi quyết định.

Tôi không biết chắc.



● Thủ tục khám nghiệm tử thi có thể được thực hiện sau khi một người qua đời để biết tại sao người đó qua đời.

Khám nghiệm được thực hiện bằng cách giải phẫu. Thủ tục này có thể mất vài ngày.

Tôi **muốn** giải phẫu tử thi của tôi.

Tôi **không muốn** giải phẫu tử thi của tôi.

Tôi muốn giải phẫu tử thi nếu có nghi vấn về cái chết của tôi.

Tôi muốn người **đại diện chăm sóc sức khỏe** của tôi quyết định.

Tôi không biết chắc.



● Quý vị muốn bác sĩ làm gì với cơ thể của quý vị sau khi quý vị qua đời?



PHẦN 3 Ký tên văn kiện, trang E9



Trước khi sử dụng văn kiện này, quý vị phải:

- Ký tên vào văn kiện, trang E9.
- Có hai nhân chứng ký tên vào văn kiện, trên trang E10.

Nếu không có nhân chứng, công chứng viên phải ký tên trên trang E11.
Nhiệm vụ của công chứng viên là chứng nhận chữ ký này là của quý vị.

Quý vị cần ký tên và ghi ngày trên trang E9.

ký tên của quý vị

ngày

viết tên (chữ in)

họ (chữ in)

địa chỉ

thành phố

tiểu bang

số vùng

Nhân chứng phải:

- trên 18 tuổi
- biết rõ quý vị
- nhìn thấy quý vị ký tên vào văn kiện này



Nhân chứng không thể:

- là người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị
- là bác sĩ của quý vị
- là người làm việc cho bác sĩ của quý vị
- là người làm việc tại nơi quý vị đang ở (nếu quý vị ở trong nhà điều dưỡng, xem trang E12)

Ngoài ra, một nhân chứng không thể:

- là người có quan hệ thân tộc với quý vị về bất cứ phương diện nào
- là người thừa hưởng về tài chánh (tiền hoặc tài sản) sau khi quý vị qua đời

Hai nhân chứng phải ký tên trên trang E10.

Nếu không có nhân chứng, quý vị phải mang văn kiện này đến văn phòng công chứng và yêu cầu công chứng viên ký tên ở trang E11.

Yêu cầu hai nhân chứng ký tên và ghi ngày trên trang E10

Qua chữ ký, tôi cam đoan rằng _____ đã ký tên vào văn kiện này với sự chứng kiến của tôi.

(tên)



Người này suy nghĩ rõ ràng và không bị ép buộc phải ký tên vào văn kiện này.

Tôi cũng cam đoan rằng:

- Tôi quen biết người này hoặc người này có thể chứng minh họ là ai
- Tôi 18 tuổi hoặc lớn hơn
- Tôi không phải là người đại diện chăm sóc sức khỏe của người này
- Tôi không phải là bác sĩ điều trị cho người này
- Tôi không làm việc cho bác sĩ của người này
- Tôi không làm việc tại nơi người này đang ở

Một nhân chứng cũng phải cam đoan rằng:

- Tôi không có liên hệ với người này qua huyết thống, hôn nhân, hoặc thừa nhận
- Tôi sẽ không thừa hưởng về tài chánh (nhận tiền hoặc tài sản) sau khi người này qua đời

● Nhân Chứng #1: Ký tên trên trang E10.

ký tên

ngày

viết tên (chữ in)

họ (chữ in)

địa chỉ

thành phố

tiểu bang

số vùng

● Nhân Chứng #2: Ký tên trên trang E10.

ký tên

ngày

viết tên (chữ in)

họ (chữ in)

địa chỉ

thành phố

tiểu bang

số vùng

Bây giờ thì quý vị đã hoàn tất văn kiện này.



Quý vị hãy cho bác sĩ, y tá, cán sự xã hội, bạn thân, gia đình và người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị xem văn kiện này.



Thảo luận với họ về những điều quý vị đã chọn.

CÔNG CHỨNG VIÊN

- Quý vị **chỉ** mang văn kiện này đến công chứng viên nếu không có hai nhân chứng ký tên vào văn kiện này.
- Mang theo thẻ căn cước có hình quý vị (bằng lái xe, hộ chiếu, vv...)



CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

State of California

County of _____

On _____ before me, _____, personally
Date Here insert name and title of the officer
 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 Public

Description of Attached Document

Title or Type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
 Guardian or conservator
 Other _____

**RIGHT THUMBPRINT
OF SIGNER**

Top of thumb here

(Notary Seal)

Bây giờ thì quý vị đã hoàn tất văn kiện này.

Quý vị hãy cho bác sĩ, y tá, cán sự xã hội, bạn thân, gia đình và người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị xem văn kiện này.

Thảo luận với họ về những điều quý vị đã chọn.



Dành Riêng Cho Những Người Sống tại Nhà Điều Dưỡng Trong California

- Chỉ nộp văn kiện này cho giám đốc nhà điều dưỡng nếu quý vị sống tại nhà điều dưỡng.
- Luật California quy định những người sống tại nhà điều dưỡng phải có viên chức thanh tra (ombudsman) của nhà điều dưỡng làm một nhân chứng cho các chỉ thị trước.

LỜI TUYÊN BỐ CỦA NGƯỜI BÊN VỰC BỆNH NHÂN HOẶC THANH TRA

“Tôi tuyên bố dưới sự chế tài về khai man của luật pháp California rằng tôi là một luật sư bệnh vực cho bệnh nhân hoặc là viên chức thanh tra theo sự ủy nhiệm của Department of Aging, và tôi đang làm nhân chứng theo luật định trong Đoạn 5 của ‘Probate Code’.”

ký tên

ngày

viết tên (chữ in)

họ (chữ in)

địa chỉ

thành phố

tiểu bang

số vùng

Bản Chỉ Thị Trước này được thực hiện đúng theo California Probate Code, Section 4671-4675. <http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

Dự án này được cấp chứng chỉ dưới Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License. Muốn xem tác quyền này, viếng trang web <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> hoặc gửi thư về Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Tu chính ngày 18/01/2010

