

Bản Tiền Chỉ Thị - Advance Directives - Vietnamese ***Nói Ra Mong Muốn Của Quý Vị - Making Your Wishes Known***

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và gia đình của quý vị thật sự rất cần biết những điều có ý nghĩa quan trọng đối với quý vị để chúng tôi có thể tôn trọng những mong muốn của quý vị. **Bản Tiền Chỉ Thị** chỉ dẫn những người khác đưa ra các quyết định chăm sóc y khoa mà bản thân quý vị mong muốn nếu quý vị không thể tự mình nói ra. Tập tài liệu này cung cấp các thông tin tổng quát và mẫu Bản Tiền Chỉ Thị để hoàn thành, trong đó bao gồm mẫu Chỉ Định Đại Diện Chăm Sóc Y Tế và Di Chúc Sinh Thời.

Tôi sẽ làm gì sau khi hoàn thành Bản Tiền Chỉ Thị ?

- Điều quan trọng là quý vị thảo luận những mong muốn và lựa chọn chăm sóc y tế của mình với Đại Diện Chăm Sóc Y Tế, gia đình và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế để họ có thể tôn trọng mong muốn của quý vị.
- Hãy chia sẻ bản sao của mẫu này với Đại Diện Chăm Sóc Y Tế, các bác sĩ, y tá, người chăm sóc, gia đình và bạn bè của quý vị.
- Lưu giữ bản của quý vị sao cho người nào đó có thể dễ dàng tìm thấy.
- Hãy xem xét lại các mẫu đơn của quý vị sau mỗi vài năm và khi có sự kiện lớn về sức khỏe vì mong muốn của quý vị có thể thay đổi.

Sẽ ra sao nếu tôi thay đổi quyết định?

- Quý vị có thể thay đổi quyết định bất cứ lúc nào.
- Các mong muốn về chăm sóc y khoa được quý vị nói ra bằng miệng phải được tôn trọng ngay cả khi khác với nội dung trong các mẫu đơn.
- Nếu các mong muốn của quý vị thay đổi, tốt nhất quý vị nên điền vào mẫu đơn mới và cập nhật Đại Diện Chăm Sóc Y Tế và đội ngũ y khoa của quý vị.

Nếu có thắc mắc, vui lòng nói chuyện với bác sĩ, linh mục hoặc luật sư của quý vị.

Đại Diện Chăm Sóc Y Tế là người mà quý vị tin tưởng và chỉ định để đưa ra các quyết định y khoa khi quý vị quá ốm yếu để có thể tự quyết định hoặc có khả năng quyết định nhưng muốn người đại diện của mình đưa ra quyết định về y khoa. Đại Diện Chăm Sóc Y Tế của quý vị cần đưa ra quyết định theo chỉ dẫn từ Di Chúc Sinh Thời của quý vị. Trong một số trường hợp, Đại Diện Chăm Sóc Y Tế sẽ được yêu cầu đưa ra quyết định dựa trên lợi ích tốt nhất của quý vị. Thông thường, các thành viên gia đình là lựa chọn tốt, nhưng không phải lúc nào cũng vậy.

Khi quý vị chọn Đại Diện Chăm Sóc Y Tế, hãy xét tới:

- Người từ 18 tuổi trở lên và có đủ năng lực về nhận thức để đưa ra quyết định.
- Người hiểu các nguyên tắc cá nhân, xã hội và tinh thần của quý vị và sẽ ủng hộ quý vị.
- Người sẽ tôn trọng và ủng hộ mong muốn của quý vị, ngay cả khi những mong muốn đó khác với mong muốn của bản thân họ.
- Người sẽ sẵn sàng và có thể làm việc tốt với đội ngũ y tế.
- Người có thể xử lý các tình huống căng thẳng trong gia đình.

Sẽ thế nào nếu tôi không chọn Đại Diện Chăm Sóc Y Tế?

Nếu quý vị quá ốm yếu để tự đưa ra quyết định và không chỉ định Đại Diện Chăm Sóc Y Tế, Người Thân Gần Nhất của quý vị sẽ là người quyết định, cụ thể bao gồm những người dưới đây theo thứ tự ưu tiên từ cao xuống thấp:

1. Vợ/chồng
2. Con đã trưởng thành
3. Cha mẹ
4. Anh chị em ruột đã trưởng thành
5. Người họ hàng đã trưởng thành
6. Bạn thân (thông qua tờ khai có tuyên thệ đã công chứng)



Advance Directive Forms -Vietnamese

Tab: Legal Forms and Consents
602-0755 (11/18) MPC 147597

DH: Advance Directive/Living Will -FH Form

Patient Label

Mẫu Chỉ Định Đại Diện Chăm Sóc Y Tế - Health Care Surrogate - Vietnamese

Trong trường hợp tôi, (full name) _____, không còn khả năng tự mình đưa ra các quyết định về chăm sóc y tế, tôi chọn người dưới đây làm **Đại Diện Chăm Sóc Y Tế** của mình:

Tên: _____ / _____
First Name Last Name Phone #

Địa chỉ: _____

Nếu Đại Diện Chăm Sóc Y Tế của tôi không sẵn lòng hoặc không thể thực hiện những trách nhiệm này, tôi chọn người dưới đây làm **Đại Diện Chăm Sóc Y Tế** của mình:

Tên: _____ / _____
First Name Last Name Phone #

Địa chỉ: _____

Thẩm quyền của Đại Diện Chăm Sóc Y Tế của tôi sẽ có hiệu lực kể từ khi (các) bác sĩ của tôi xác định rằng tôi không thể tự mình đưa ra quyết định về chăm sóc y tế.

Lựa chọn: Tôi cũng có thể lựa chọn để thẩm quyền của Đại Diện Chăm Sóc Y Tế của tôi **có hiệu lực ngay lập tức** ngay cả khi tôi có đủ khả năng để ký tắt vào một hoặc cả hai ô dưới đây:

TÔI PHẢI ký tắt:

_____ Đại Diện Chăm Sóc Y Tế của tôi có quyền nhận được thông tin sức khỏe của tôi dù tôi vẫn có đủ sức khỏe.
Initial

_____ Đại Diện Chăm Sóc Y Tế của tôi có quyền đưa ra các quyết định y khoa cho tôi ngay cả khi tôi
Initial có đủ sức khỏe. Tuy nhiên, mọi chỉ dẫn hoặc quyết định về chăm sóc y tế tôi đưa ra, dù bằng lời nói hay văn bản, sẽ thay thế mọi chỉ dẫn hoặc quyết định về chăm sóc y tế của Đại Diện Chăm Sóc Y Tế khi tôi có đủ khả năng quyết định.

Chỉ dẫn hoặc hạn chế đặc biệt: _____

Tôi ủy quyền cho đại diện chăm sóc y tế đưa ra tất cả quyết định về chăm sóc y tế cho mình, điều này nghĩa là người đại diện đó có quyền:

- Cung cấp bản chấp thuận sau khi nhận đầy đủ thông tin, từ chối chấp thuận hoặc rút lại chấp thuận đối với bất kỳ và tất cả dịch vụ chăm sóc y tế của tôi, bao gồm cả những thủ thuật kéo dài sự sống.
- Tiếp cận các thông tin về sức khỏe của tôi trong chừng mực cần thiết một cách hợp lý để đưa ra các quyết định liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của tôi và yêu cầu quyền lợi cho tôi.
- Đại diện cho tôi yêu cầu các quyền lợi cá nhân, công cộng, chính phủ hoặc quyền lợi dành cho cựu chiến binh để đài thọ cho chi phí chăm sóc y tế.
- Quyết định hiến tặng thi thể.

Chữ ký của tôi (My Signature): _____ Ngày (Date): ____/____/____ Giờ (Time): _____

Người làm chứng thứ nhất (bắt buộc) 1st Witness(required): _____ **Người làm chứng thứ hai (bắt buộc) 2nd Witness (required)**

Chữ ký của người làm chứng: Cần có hai người làm chứng. Đại Diện Chăm Sóc Y Tế của quý vị **không thể** là người làm chứng. Chỉ một người làm chứng có thể là gia đình hoặc vợ/chồng của quý vị. Quý vị không cần công chứng viên.

Điện thoại

HOẶC Video _____

Chữ ký nhân viên đủ năng lực/Thông dịch viên (Đánh dấu) Tên nhân viên / thông dịch viên Số CMND Ngôn ngữ dịch
Qualified Staff / Interpreter Signature (Check) Print Qualified Staff / Interpreter Name ID Number Language Interpreted



Advance Directive Forms - Vietnamese

Tab: Legal Forms and Consents DH: Advance Directive/Living Will — FH Form
602-0755 (11/18) MPC 147597



Patient Label

THÔNG TIN DI CHỨC SINH THỜI -Living Will Information - Vietnamese

Di Chúc Sinh Thời cho phép đội ngũ chăm sóc y tế, gia đình và những người khác biết mong muốn của quý vị về liệu pháp hỗ trợ sự sống và cách áp dụng chúng vào dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. **Liệu pháp hỗ trợ sự sống** được sử dụng khi quý vị rất ốm yếu. Các liệu pháp này thường hữu ích; tuy nhiên trong một số trường hợp nhất định, chúng chỉ làm tăng thêm sự đau đớn và kéo dài quá trình hấp hối. Sự khác biệt giữa việc kéo dài sự sống và kéo dài sự đau đớn tùy thuộc vào các nguyên tắc của quý vị về những điều khiến cuộc sống đáng để sống. Thông thường khi quá ốm và sắp qua đời, quý vị không thể tự nói cho bản thân. Phần này giúp quý vị giữ 'tiếng nói' đối với dịch vụ chăm sóc của mình khi không có khả năng nói.

Các liệu pháp hỗ trợ sự sống có thể bao gồm, nhưng không giới hạn bởi, **các loại thuốc, phẫu thuật, thủ thuật xâm lấn**, ví dụ như:

- **Đặt nội khí quản cùng máy thở hoặc thông khí:** luồn ống qua miệng và đi vào phổi của quý vị, hoặc ống mở khí quản vào cổ của quý vị để máy có thể bơm khí vào phổi và giúp quý vị thở.
- **Cho ăn nhân tạo:** sử dụng ống dẫn thức ăn hoặc TPN (hỗ trợ dinh dưỡng IV) nếu quý vị không thể nuốt.
- **Dùng dịch IV:** dùng để thủy hóa và cấp thuốc
- **Truyền máu:** để truyền máu hoặc các sản phẩm máu vào tĩnh mạch của quý vị
- **Lọc máu:** máy làm sạch máu nếu thận của quý vị ngừng hoạt động

MẪU DI CHỨC SINH THỜI – Living Will - Vietnamese

Nếu tôi quá ốm yếu, mong muốn của tôi là: (Ký tắt vào Mục I **HOẶC** Mục II bên dưới)

Mục I. Tôi không muốn bất kỳ liệu pháp hỗ trợ sự sống nào nếu tôi: (ký tắt tất cả các mục phù hợp)

_____ **Ở Tình Trạng Sống Thực Vật Vĩnh Viễn:** tình trạng vô thức vĩnh viễn, nghĩa là quý vị không thể tương tác với thế giới và không có hành động hay suy nghĩ chủ động.
Initial

_____ **Ở Tình Trạng Giai Đoạn Cuối:** tình trạng không thể cải thiện khiến sức khỏe tệ hơn và ngày càng suy giảm trong đó việc điều trị sẽ không có tác dụng.
Initial

_____ **Ở Tình Trạng Hấp Hối:** tình trạng không còn khả năng hồi phục và sẽ qua đời mà không thể điều trị.
Initial

Tôi có _____ (*initial*) **hoặc tôi không** _____ (*initial*) muốn được cấp chất dinh dưỡng và / hoặc nước bằng phương pháp nhân tạo qua ống dẫn thức ăn hoặc truyền qua tĩnh mạch khi chúng chỉ có tác dụng kéo dài thời gian hấp hối.

Tôi chủ tâm và tự nguyện tuyên bố mong muốn rằng quá trình hấp hối của tôi sẽ không được kéo dài trong bất kỳ trường hợp nào được ký tắt ở trên. Tôi yêu cầu được phép qua đời một cách tự nhiên chỉ với việc sử dụng thuốc hoặc thực hiện thủ thuật y tế được coi là cần thiết để giúp tôi thoải mái hơn và giảm bớt đau đớn.

HOẶC

Mục II.

_____ **Tôi muốn** thử các liệu pháp hỗ trợ sự sống mà bác sĩ của tôi cho rằng có thể giúp ích. Nếu những liệu pháp này **không có tác dụng** và có ít hy vọng cải thiện tình hình, **tôi không muốn** tiếp tục sử dụng máy hỗ trợ sự sống.
Initial

Các chỉ dẫn bổ sung (Tùy chọn): _____

Tôi yêu cầu gia đình tôi và đội ngũ y tế tôn trọng Di Chúc Sinh Thời của tôi và tôi chấp nhận hậu quả từ những lựa chọn của mình. Tôi đang suy nghĩ một cách rõ ràng.

Chữ ký của tôi: _____ **Ngày:** ____/____/____ **Giờ:** _____

Người làm chứng thứ nhất (bắt buộc) 1st Witness(required): _____ **Người làm chứng thứ hai (bắt buộc) 2nd Witness (required)**

Chữ ký của người làm chứng: Cần có hai người làm chứng. Chỉ một người làm chứng có thể là gia đình hoặc vợ/chồng của quý vị. Quý vị không cần công chứng viên.

Điện thoại

HOẶC Video

Chữ ký nhân viên đủ năng lực / thông dịch viên (Đánh dấu) Tên nhân viên / thông dịch viên
Qualified Staff / Interpreter Signature (Check) Print Qualified Staff / Interpreter Name

Số CMND
ID Number

Ngôn ngữ dịch
Language Interpreted



Advance Directive Forms - Vietnamese

Tab: Legal Forms and Consents

DH: Advance Directive/Living Will - FH Form

602-0755 (11/18) MPC 147597



Patient Label

**THÔNG TIN BỔ SUNG QUAN TRỌNG VỀ NHỮNG MONG MUỐN CỦA QUÝ VỊ ĐỂ CHIA SẺ VỚI ĐỘI NGŨ
CHĂM SÓC Y TẾ VÀ ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC Y TẾ/GIA ĐÌNH CỦA QUÝ VỊ**
**ADDITIONAL IMPORTANT INFORMATION REGARDING YOUR WISHES TO SHARE WITH YOUR HEALTH CARE TEAM
AND HEALTH CARE SURROGATE / FAMILY**

Di Chúc Sinh Thời KHÔNG phải là yêu cầu "Không Hồi Sức" (DNR).

Nếu quý vị không muốn Hồi Sức Tim Phổi (CPR) trong trường hợp tim ngừng đập hoặc ngừng hô hấp, quý vị sẽ cần phải nói chuyện với bác sĩ để yêu cầu "Không Hồi Sức" (DNR) (Để Chết Tự Nhiên). "Yêu cầu DNR" cụ thể là cần thiết để đội ngũ y tế biết được cách điều trị cho quý vị trong trường hợp tim và/hoặc phổi của quý vị ngừng hoạt động. Nó không có nghĩa là "Không Điều Trị" trước khi tim/phổi của quý vị ngừng hoạt động. Nếu quý vị là bệnh nhân, quý vị sẽ được chăm sóc và điều trị theo khuyến nghị từ bác sĩ cùng sự chấp thuận của quý vị. Vui lòng nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế về tình trạng y tế hiện tại của quý vị cũng như lợi ích và tác hại của từng lựa chọn điều trị.

Hồi Sức Tim Phổi (CPR) là nỗ lực duy trì hoạt động của tim và phổi nếu tim và phổi của quý vị ngừng hoạt động. CPR có thể bao gồm:

- Ép ngực – ép mạnh nhiều lần lên ngực để giúp máu của quý vị tiếp tục lưu thông
- Khử rung tim - Giật điện để cố gắng khởi động lại tim của quý vị
- Tiêm thuốc vào tĩnh mạch
- Đặt ống nội khí quản với máy thở hoặc thông khí

Nếu CPR thành công, quý vị thường được đưa vào Bộ Phận Chăm Sóc Tích Cực cùng với máy thở và các liệu pháp khác nếu cần.

Nếu quý vị quyết định không muốn sử dụng các biện pháp CPR trong trường hợp tim ngừng đập và/hoặc ngừng hô hấp, quý vị (hoặc đại diện chăm sóc y tế hoặc người thân gần nhất đại diện cho quý vị nếu quý vị không đủ khả năng đưa ra quyết định) sẽ phải ký vào mẫu Yêu Cầu "Không Hồi Sức" riêng biệt. Có hai loại mẫu đơn DNR, một loại dành cho bệnh viện cụ thể và một loại dành cho cộng đồng. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị có thể cung cấp thêm thông tin về mẫu yêu cầu DNR phù hợp nhất dựa trên mong muốn của quý vị.

Nếu quý vị là bệnh nhân tại bệnh viện, hãy nói chuyện với bác sĩ của quý vị về việc hoàn thành mẫu đơn Yêu Cầu Không Hồi Sức.

Nếu quý vị ở tại khu vực sinh sống, quý vị có thể tải xuống và in mẫu đơn Yêu Cầu Không Hồi Sức của Tiểu Bang Florida. Quý vị có thể truy cập mẫu đơn này tại địa chỉ <http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/do-not-resuscitate/index.html>. Mẫu đơn này phải được in trên giấy màu vàng và được quý vị cùng với bác sĩ của quý vị ký tên để được Dịch Vụ Cấp Cứu Y Tế tại khu vực sử dụng.

