

Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe Tại California

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

- Mẫu đơn 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 sẽ quyết định việc chăm sóc và điều trị cho quý vị nếu quý vị bệnh quá nặng không thể tự quyết định cho mình.

Phần 2: Tự chọn cách chăm sóc sức khỏe.

Mẫu đơn này giúp quý vị tự chọn phương cách điều trị mà quý vị muốn

Như vậy, những người điều trị cho quý vị không cần suy đoán xem quý vị muốn điều trị cách nào nếu lúc đó quý vị bệnh quá nặng không thể nói lên được.

Phần 3: Ký tên vào mẫu đơn

Mẫu đơn phải có chữ ký của quý vị mới có hiệu lực.

Quý vị có thể chỉ điền Phần 1, hoặc Phần 2, hoặc điền cả hai phần.

Chỉ điền vào phần nào quý vị muốn.

Luôn luôn phải nhớ ký tên vào Phần 3.

Lật sang trang kế



Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe Tại California

Nếu muốn chọn một người đại diện về chăm sóc sức khỏe xem Phần 1 trang 3.

Nếu chỉ muốn tự chọn cách chăm sóc sức khỏe xem Phần 2 trang 6.

Nếu muốn chọn cả hai xin quý vị điền Phần 1 và Phần 2.

Luôn luôn nhớ ký tên vào Phần 3, trang 9.

- **Tôi phải làm gì sau khi đã điền xong mẫu đơn này?**

Cho những người chăm sóc quý vị xem mẫu đơn này :

- các bác sĩ
- các y tá
- cán sự xã hội
- thân nhân trong gia đình
- bạn thân

- **Nếu tôi thay đổi ý kiến thì sao?**

- Sửa lại mẫu đơn
- Cho những người chăm sóc quý vị biết sự sửa đổi này

- **Nếu tôi có câu hỏi về mẫu đơn này?**

- Hỏi các bác sĩ, y tá, cán sự xã hội, gia đình hoặc bạn thân để được giải đáp.

- **Nếu cách điều trị tôi muốn chọn không có ghi trong mẫu đơn thì sao?**

- Viết điều đó vào một miếng giấy
- Kèm miếng giấy đó vào mẫu đơn này
- Cho những người chăm sóc quý vị biết về ý muốn này

PHẦN 1

Chọn Người Đại Diện về Chăm Sóc Sức Khỏe

Một người có thể quyết định việc chăm sóc và điều trị cho quý vị trong trường hợp quý vị bệnh quá nặng không thể tự quyết định.

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

Một thân nhân hoặc bạn thân, người này:

- ít nhất đã 18 tuổi
- hiểu quý vị nhiều
- có thể đến lúc quý vị cần
- quý vị tin tưởng người đó sẽ chọn cách tốt nhất
- có thể nói cho bác sĩ biết ý muốn của quý vị đã viết trong mẫu đơn này.

Quý vị *không thể* chọn bác sĩ hoặc nhân viên của bệnh viện làm người đại diện cho quý vị 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 người có liên hệ gần nhất với quý vị quyết định mọi việc cho quý vị.

Nếu người đại diện mà quý vị chọn, không phải là người trong gia đình, quý vị phải viết tên người đó vào mẫu đơn này.

- **Người đại diện có thể quyết định việc gì?**

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

- bác sĩ, y tá, cán sự xã hội
- bệnh viện hoặc khoa khám bệnh
- các loại thuốc hoặc các cuộc thử nghiệm
- những việc liên quan đến cơ thể và các bộ phận trong cơ thể của quý vị sau khi chết.

Lật sang trang kế



Những việc khác người đại diện có thể quyết định:

- **Các biện pháp duy trì sự sống – phương cách kéo dài sự sống**
 - **Hồi Sinh Cấp Cứu Tim và Phổi (CPR- cardiopulmonary resuscitation)**
cardio: tim pulmonary: phổi resuscitation: hồi sinh
kỹ thuật này bao gồm:
 - _ ấn mạnh trên ngực để tiếp tục bơm cho máu lưu thông
 - _ giật 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 được gắn máy thở.
 - **Lọc máu**
Máy sẽ lọc máu cho quý vị nếu thận ngưng hoạt động.
 - **Đặt ống dinh dưỡng**
Là ống truyền 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 giờ phút cuối-** đến giờ phút cuối, 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 mẫu đơn này.
Nói cho người đại diện biết ý muốn của quý vị

Lật sang trang kế



Người Đại Diện về Chăm sóc sức khỏe

- **Tôi muốn người này quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi**

| | | | |
|-------------------|-----------|----------------------|---------|
| 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 thứ hai này quyết định việc chăm sóc sức khỏe 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 trả lời đúng theo ý muốn của quý vị**

- Người đại diện có thể quyết định giúp cho tôi ngay từ **bây giờ**
- Chỉ khi nào** tôi không còn khả năng tự quyết định được thì người đại diện mới quyết định giúp cho tôi

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

Muốn ký tên vào mẫu đơn này xem Phần 3 ở trang 9.

PHẦN 2 Tự quyết định việc chăm sóc sức khỏe

Viết xuống ý muốn của quý vị để những người chăm sóc quý vị không cần phải suy đoán.

- **Hãy nghĩ xem những gì sẽ làm cuộc đời của quý vị đáng sống.**
Đánh dấu X bên cạnh *tất cả* những câu đúng theo ý muốn của quý vị.
 - Cuộc đời tôi chỉ đáng sống nếu tôi có thể :**
 - nói chuyện được với gia đình và bạn hữu
 - tỉnh táo, không bị hôn mê
 - tự ăn uống, tắm rửa và chăm sóc bản thân
 - không bị đau đớn
 - sống mà không bị mang các ống nối vào máy.
 - tôi không chắc tôi muốn gì
 - Cuộc đời tôi lúc nào cũng đáng sống bất kể tôi bệnh nặng như thế nào.**
- **Trong giờ phút hấp hối, tôi muốn 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
- **Quý vị muốn cho bác sĩ biết gì về tôn giáo và tâm linh của quý vị?**

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

Lật sang trang kế



Các biện pháp duy trì sự sống 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 vào câu trả lời đúng theo ý muốn của quý vị.
Xin quý vị đọc hết trang này trước khi chọn một câu trả lời.

- Nếu tôi trở bệnh quá nặng và có thể sắp chết :
 - Hãy áp dụng mọi phương cách mà bác sĩ tin rằng có thể giữ cho tôi sống. Nếu các cách điều trị đều **không hiệu quả** và ít có hy vọng sống còn, **tôi muốn được** gắn liền vào máy để duy trì sự sống.
 - Hãy áp dụng mọi phương cách mà bác sĩ tin rằng có thể giữ cho tôi sống. Nếu các cách điều trị đều **không hiệu quả** và ít có hy vọng sống còn, **tôi không muốn** gắn liền vào máy để duy trì sự sống.
 - Hãy áp dụng mọi phương cách 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.
 - hồi sinh cấp cứu (CPR)
 - lọc máu
 - gắn máy thở
 - cách điều trị khác _____
 - đặt ống dinh dưỡng
 - truyền máu
 - dùng thuốc
 - Tôi không muốn** áp dụng bất cứ biện pháp hồi sinh nào.
 - Tôi muốn người **đại diện về chăm sóc sức khỏe** của tôi quyết định cho tôi.
 - Tôi không biết chắc tôi muốn gì

Lật sang trang kế



Phần 2 Tự quyết định việc chăm sóc sức khỏe

Bác sĩ có thể yêu cầu quý vị hiến tặng bộ phận trong cơ thể hoặc giải phẫu tử thi sau khi chết. Xin cho chúng tôi biết ý muốn của quý vị.

Đánh dấu bên cạnh câu trả lời đúng theo ý muốn của quý vị.

• **Hiến tặng (cho) các bộ phận có thể cứu mạng người khác.**

Tôi muốn 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 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 tôi muốn gì

• **Bác sĩ có thể khám nghiệm tử thi để biết tại sao người đó chết. Khám nghiệm được thực hiện bằng cách giải phẫu tử thi và có thể mất vài ngày mới hoàn tất.**

Tôi muốn giải phẫu tử thi của tôi.

Tôi không muốn giải phẫu tử thi của tôi.

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

Tôi không biết chắc tôi muốn gì

Quý vị muốn bác sĩ làm gì với tử thi của quý vị sau khi chết ?

Lật sang trang kế, xem Phần 3 và ký tên



PHẦN 3 Ký tên

- **Để mẫu đơn này có hiệu lực, quý vị phải :**

- ký tên vào đơn
- có hai nhân chứng ký tên vào đơn.

Nếu không có nhân chứng, quý vị phải đến công chứng viên để chứng thật chữ ký. Nhiệm vụ của công chứng viên là chứng nhận chữ ký này là của quý vị.

- **Quý vị cần ký tên của quý vị và ghi ngày**

| | | | |
|-----------------|-----------|-----------|---------|
| Ký Tên | Ngày | | |
| Viết chữ in Tên | Họ | | |
| Địa chỉ | Thành phố | Tiểu Bang | Số vùng |

- **Nhân chứng phải :**

- trên 18 tuổi.
- quen biết quý vị.
- nhìn thấy quý vị ký tên.

- **Nhân chứng không thể:**

- là người đại diện chăm sóc sức khỏe, bác sĩ, y tá, hoặc cán sự xã hội của quý vị.
- là người sẽ thừa hưởng tiền sau khi quý vị chết.
- là người làm việc tại nơi quý vị đang cư ngụ.
(nếu quý vị đang sống trong nhà điều dưỡng, xin chuyển đến trang 12)

- **Chỉ có thể có một nhân chứng là thân nhân trong gia đình.**

Nhân chứng thứ hai phải là người ngoài.

Hai nhân chứng phải ký tên ở trang kế.

Nếu không có nhân chứng, xin mang mẫu đơn này đến gặp công chứng viên và yêu cầu công chứng viên ký tên ở trang 10.

PHẦN 3 Ký tên

Yêu cầu hai nhân chứng ký tên và ghi ngày

- Nhân Chứng #1

| | | | |
|-----------------|-----------|-----------|---------|
| Ký Tên | Ngày | | |
| Viết chữ in Tên | Họ | | |
| Địa chỉ | Thành phố | Tiểu Bang | Số vùng |

- Nhân Chứng #2

| | | | |
|-----------------|-----------|-----------|---------|
| Ký Tên | Ngày | | |
| Viết chữ in Tên | Họ | | |
| Địa chỉ | Thành phố | Tiểu Bang | Số vùng |

Bây giờ thì quý vị đã hoàn tất mẫu đơn này.

Quý vị hãy cho bác sĩ, y tá, cán sự xã hội, bạn thân, và gia đình xem mẫu đơn này.

Thảo luận với những người này về những điều quý vị đã chọn.

CÔNG CHỨNG VIÊN

- Quý vị chỉ mang mẫu đơn này đến công chứng viên **NẾU** không có hai nhân chứng ký tên vào mẫu đơn 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 this _____ day of _____ in the year _____ before me

(print name of notary public)

personally appeared _____
(print name of person completing this form)

and has proved to me on the basis of satisfactory evidence, to be the person whose name is indicated on this advance health care directive, and has stated that he or she did complete this form. I declare under penalty of perjury, that the person, whose name is indicated on this advance health care directive, appears to be of sound mind and is under no duress, fraud, or undue influence.

NOTARY SEAL

(Signature)

(Date)

Bây giờ thì quý vị đã hoàn tất mẫu đơn này.

Quý vị hãy cho bác sĩ, y tá, cán sự xã hội, bạn thân, và gia đình xem mẫu đơn này.

Thảo luận với những người này về những điều quý vị đã chọn.

Dành Riêng Cho Những Người Ở Nhà Điều Dưỡng

- Nộp mẫu đơn này cho giám đốc nhà điều dưỡng **NẾU** quý vị sống trong nhà điều dưỡng.
- Luật California quy định những người sống tại nhà điều dưỡng phải có nhân viên thanh tra nhà điều dưỡng làm một nhân chứng trong mẫu đơn chỉ thị trước.

STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

“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.”

sign your name

date

print your first name

print your last name

address

city

state

zip code