



Chỉ Thị Sắp Đặt Trước

Thông tin về ý nguyện cho biết trước

Quý vị có từng suy nghĩ đến cách chăm sóc sức khỏe nào mà quý vị muốn nhận nếu quý vị lâm bệnh nặng hoặc bị thương nặng không? Nếu quý vị không còn có thể diễn đạt các ước muốn của mình, liệu bác sĩ và gia đình của quý vị sẽ biết được những gì quý vị muốn hay không?

Tập sách này được soạn để giúp quý vị suy nghĩ về những câu hỏi này. Luật pháp tiểu bang Washington ủng hộ quyền được quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị có thể diễn đạt các quyết định của mình về cách chăm sóc mà quý vị muốn nhận được qua Ý Nguyện Cho Biết Trước.

Ý Nguyện Cho Biết Trước là gì?

Bản Ý Nguyện Cho Biết Trước chính thức là các văn kiện được viết ra trước khi bị bệnh nặng để cho biết các chọn lựa của quý vị về việc chăm sóc sức khỏe của mình (Chỉ Thị của Bác Sĩ Về Cách Điều Trị Kéo Dài Sự Sống), hoặc nêu tên người sẽ thực hiện những lựa chọn đó (Ủy Quyền Về Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn), nếu quý vị không còn khả năng lập quyết định. Qua Ý Nguyện Cho Biết Trước, quý vị có thể có các quyết định hợp lệ theo pháp lý về việc chăm sóc y khoa cho quý vị trong tương lai.

Tập sách này trình bày những chi tiết về việc chuẩn bị Chỉ Thị của Bác Sĩ Về Cách Điều Trị Kéo Dài Sự Sống và đơn Ủy Quyền Về Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn.

Chỉ Thị Sắp Đặt Trước sẽ được công nhận trong trường hợp khẩn cấp?

Không. Trong hầu hết các trường hợp khẩn cấp, không có đủ thời gian để các nhân của dịch vụ cấp cứu tham khảo Chỉ thị trước của bệnh nhân. Một bệnh nhân được chăm sóc trực tiếp bởi bác sĩ, sẽ có sự ràng buộc để Chỉ thị trước được đánh giá và/hoặc đại lý chăm sóc sức khỏe được tư vấn.

Chỉ Thị Sắp Đặt Trước có Hợp Pháp Không?

Vâng. Có luật liên bang và tiểu bang chi phối việc sử dụng Chỉ thị trước. Tất cả 50 tiểu bang của quận Columbia đều có luật công nhận việc sử dụng các Chỉ thị trước. Nếu bạn đi du lịch, bạn có thể muốn mang theo bản sao tài liệu của mình, vì các tiểu bang khác có thể tôn trọng các hình thức này.

Chỉ Thị của Bác Sĩ Về Cách Điều Trị Kéo Dài Sự Sống (POLST) là gì?

Chỉ Thị của Bác Sĩ Về Cách Điều Trị Kéo Dài Sự Sống (POLST) là đơn ghi sự chỉ thị của bác sĩ tóm tắt những ý muốn của quý vị về cách điều trị kéo dài sự sống. Đơn này có hai mục đích chính:

- Nó có thể được chuyển từ nơi chăm sóc này qua nơi chăm sóc khác.
- Nó chuyển những ý muốn của bệnh nhân thành sự chỉ thị thực sự cho bác sĩ.

Đơn POLST tạo sự thuận tiện cho việc trình bày những ý muốn cuối đời của bệnh nhân thành sự quyết định điều trị thực tế, và giúp bảo đảm cho bệnh nhân và bác sĩ hoàn thành những ý nguyện đã bày tỏ. Không có đơn nào khác thực hiện công việc được dễ dàng theo cách này. Bản sao của đơn POLST có kèm theo quý vị xem.

Nếu tôi không có bản POLST thì sao?

Việc quyết định viết ra các chỉ thị là điều rất riêng tư. Cách tốt nhất để biết những ước muốn của quý vị và viết nó ra. Nhiều người xem việc viết xuống điều mình muốn làm cho họ được an tâm hơn. Họ cảm thấy viết ra như vậy là làm giảm nhẹ gánh nặng cho gia đình và bạn bè trong việc quyết định.

Tôi có thể thay đổi bản POLST của tôi hay không?

Được, quý vị có thể thay đổi hoặc hủy bỏ bản POLST vào bất cứ lúc nào. Quý vị có thể làm điều này bằng cách hủy bỏ tài liệu, viết sự thay đổi ra văn bản, hay báo cho bác sĩ, y tá và gia đình của quý vị biết về sự thay đổi. Nếu quý vị thay đổi POLST của mình thì quý vị nên đưa bản mới cho gia đình, bác sĩ, luật sư của quý vị hay những người khác có liên quan. Bác sĩ của quý vị phải biết về sự thay đổi này nếu không thay đổi đó sẽ không có hiệu lực.

Điều Trị Kéo Dài Sự Sống là gì?

Có nhiều cách điều trị kéo dài sự sống và các trợ lý y khoa có thể kéo dài sự sống của một người, trì hoãn cơn hấp hối. Chúng tôi muốn quý vị cân nhắc những điều này và bàn thảo các lựa chọn của quý vị với gia đình, bạn bè và bác sĩ của mình. Điều quan trọng là các ước muốn của quý vị được biết đến trong trường hợp quý vị không tự mình nói ra.

Các cách điều trị kéo dài sự sống không bao gồm các thủ thuật hay thuốc men được cấp để giảm đau. Phẫu thuật cũng đặt ra các ngoại lệ đối với

Chỉ thị trước mà bạn đã thảo luận với bác sĩ của mình. Một quyết định không dùng cách điều trị kéo dài sự sống sẽ không có ảnh hưởng gì đến việc chăm sóc để làm quý vị được dễ chịu và giảm đau. Việc chăm sóc hỗ trợ để làm dễ chịu và làm giảm đau sẽ luôn luôn được cung cấp. Sau đây là một vài cách điều trị kéo dài sự sống:

Hô hấp nhân tạo (CPR)

CPR được dùng khi tim và phổi của một người đột nhiên ngừng hoạt động. Nó thường bao gồm sự đè ép lồng ngực, dùng thuốc và/hoặc sốc điện để phục hồi nhịp tim, và đặt một ống vào khí quản để duy trì hơi thở. CPR có thể không thích hợp cho một số bệnh nhân (như là những ai đang chết dần vì một bệnh nan y, những người ở trong tình trạng hôn mê bại liệt, hay những người bị một chứng bệnh không thể chữa khỏi) vì việc sử dụng nó sẽ chỉ kéo dài thời gian hấp hối.

Máy Hô Hấp/Dẫn Khí Nhân Tạo

Máy hô hấp/dẫn khí nhân tạo là máy hít thở dùng cho người không thể hít thở được tự nhiên bằng cách đưa không khí vào phổi. Máy dẫn khí đôi khi được dùng sau khi một người được giải phẫu hay khi một người bị lâm bệnh. Máy dẫn khí giúp cho người đó hít thở cho đến khi nào người ấy có thể tự mình hít thở. Tuy nhiên, máy dẫn khí có thể không thích hợp cho bệnh nhân bị bệnh nan ý vì việc dùng máy dẫn khí chỉ có thể chỉ kéo dài thời gian hấp hối.

Dinh Dưỡng và Cấp Nước Nhân Tạo

Dinh dưỡng và cấp nước nhân tạo là những cách để cung cấp thực phẩm hay chất lỏng cho một người không có khả năng ăn hoặc uống. Thực phẩm và/hoặc các chất lỏng có thể được trực tiếp hoặc gián tiếp đưa vào bao tử (cũng còn được gọi là “nuôi bằng ống”) hoặc qua đường tiêm vào tĩnh mạch. Các phương pháp này thường được dùng khi tạm thời mất đi chức năng ăn uống hoặc tiêu hóa. Khi cái chết là điều chắc chắn hay không còn hy vọng phục hồi thì việc dùng thực phẩm và các chất lỏng nhân tạo có thể chỉ kéo dài thời gian hấp hối.

Hiển Bộ Phận và Mô Cơ Thể

Nếu quý vị muốn hiến bộ phận và/hoặc mô cơ thể, quý vị có thể bày tỏ nguyện vọng này trong bản chỉ thị y tế của quý vị. Quý vị có thể đăng ký với tổ chức hiến bộ phận do liên bang chỉ định trong vùng, LifeCenter Northwest Organ Donation Network, ở www.lcnw.org hoặc 1-877-275-5269. Quý vị cũng có thể đăng ký hiến bộ phận ở Nha Lộ Vận khi quý vị nộp đơn xin cấp bằng lái xe của quý vị.

Một dấu hiệu nhận diện của người hiến bộ phận cơ thể sẽ có trên bằng lái của quý vị. Việc đăng ký có nghĩa là quý vị đã quyết định cho bộ phận và các mô của cơ thể mà quý vị dành cho việc cấy ghép, nghiên cứu hoặc cả hai, để giúp người khác vào lúc quý vị qua đời. Nếu quý vị đăng ký là người hiến bộ phận cơ thể thì sẽ không cần thêm sự ưng thuận gì cho việc hiến tặng được xúc tiến.

Bất luận quý vị là người hiến bộ phận hay không hiến bộ phận, điều quan trọng là quý vị bàn với gia đình của quý vị về quyết định của mình. Không có chỉ thị hoặc không có hồ sơ đăng ký, gia đình của quý vị có thể sẽ được yêu cầu lập quyết định thay cho quý vị. Để đảm bảo cho các ước muốn của quý vị được thực hiện, điều quan trọng là cho gia đình của quý vị biết rõ về quyết định của mình, để họ có thể ủng hộ quyết định này vào lúc quý vị qua đời.

Ai sẽ quyết định việc chăm sóc y tế cho tôi nếu tôi không thể quyết định được?

Luật pháp tiểu bang Washington đặt ra các thứ tự ưu tiên sau đây về những người lập quyết định thay quý vị nếu quý vị không thể tự mình quyết định được:

1. Người giám hộ của quý vị, nếu một người đã được chỉ định
2. Người đã được nêu trong bản Ủy Quyền Về Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn của quý vị

3. Người phối ngẫu của quý vị
4. Các người con đã trưởng thành của quý vị
5. Cha mẹ của quý vị
6. Các anh em và/hoặc chị em đã trưởng thành của quý vị

Theo luật pháp tiểu bang, người được chọn để quyết định thay cho quý vị phải chịu trách nhiệm tuân theo các ước muốn của quý vị như đã được đề ra trong các chỉ thị của quý vị.

Ủy Quyền Về Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn là gì?

Ủy Quyền Về Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn là một tài liệu trong đó quý vị chỉ định một người khác làm các quyết định y khoa cho quý vị bất cứ khi nào quý vị không có khả năng tự quyết định cho mình. Quý vị có thể bao gồm các chỉ dẫn về việc điều trị nào quý vị muốn hay không muốn, như là giải phẫu, dinh dưỡng và cấp thủy nhân tạo (như là các chất lỏng hay chất thuốc). Quý vị có thể soạn ra một bản Ủy Quyền Về Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn với sự cố vấn của một luật sư. Người đại diện của quý vị nên thông hiểu và tuân theo những ý muốn về chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Làm thế nào để tôi soạn thảo bản Ủy Quyền Về Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn?

1. Xem qua bản Ủy Quyền Về Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn ở trang kế bên. Hãy nghĩ đến trường hợp quý vị muốn thay đổi đơn. Hãy nghĩ đến những chỉ dẫn đặc biệt nào quý vị muốn gom vào để giới hạn hay hướng dẫn người đại diện của quý vị. Viết tay hay đánh máy những chỉ dẫn này rồi đính kèm vào đơn.

2. Chọn người quý vị muốn đại diện cho mình. Hãy hỏi xin sự ưng thuận của người ấy để làm người Ủy Quyền Về Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn của quý vị. Nói trực tiếp cho người ấy biết quý vị muốn người ấy thay mặt cho mình trong những quyết định gì.
3. Ký tên và ghi ngày vào mẫu có hai chữ ký nhân chứng đủ điều kiện hoặc có công chứng viên
4. Làm bản sao của giấy Ủy Quyền Về Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn cho chính quý vị, cho người đại diện, cho các thân nhân trong gia đình và cho luật sư của quý vị, nếu có. Đưa bản chính của giấy Ủy Quyền Về Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn cho bác sĩ của quý vị. Giấy Ủy Quyền Về Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn cần được bác sĩ lưu giữ trong hồ sơ bệnh lý của quý vị để đảm bảo là các ước muốn của quý vị được tuân theo.

Tôi có thể thay đổi bản Ủy Quyền Về Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn của tôi hay không?

Được, quý vị có thể thay đổi hoặc hủy bỏ bản Ủy Quyền Về Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn vào bất cứ lúc nào. Quý vị có thể làm điều này bằng cách hủy bỏ tài liệu, viết ra sự thay đổi của quý vị, hay báo cho bác sĩ, y tá và gia đình của quý vị biết về sự thay đổi. Nếu quý vị thay đổi bản chỉ thị của mình thì quý vị nên đưa bản mới cho gia đình, bác sĩ và luật sư của quý vị hay những người khác có liên quan.

Để biết thêm thông tin

Những mẫu đơn này đã được cung cấp như một dịch vụ công cộng của Hiệp hội Thuốc men Bang Washington. Bạn được khuyến khích thảo luận về các chỉ thị với bác sĩ của bạn. Bất kỳ câu hỏi pháp lý nào bạn có thể có về việc sử dụng và hiệu lực của các chỉ thị có thể được luật sư trả lời.



International District Medical & Dental Clinic

720 8th Ave S
Seattle, WA 98104
206.788.3700

Holly Park Medical & Dental Clinic

3815 S Othello St
Seattle, WA 98118
206.788.3500

Shoreline Medical & Dental Clinic

16549 Aurora Ave N
Shoreline, WA 98133
206.533.2600

Bellevue Medical & Dental Clinic

1050 140th Ave NE
Bellevue, WA 98005
425.373.3000

ICHS Primary Care Clinic at ACRS

3639 Martin Luther King Jr Way S
Seattle, WA 98144
206.788.3700

ICHS Legacy House

803 S Lane St
Seattle, WA 98104
206.292.5184

ICHS không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, giới tính, tình trạng hôn nhân, khuynh hướng tình dục, tư tưởng chính trị, tuổi tác, tín ngưỡng, tôn giáo, tổ tiên, nhận dạng giới tính, thông tin di truyền, sử dụng động vật dịch vụ, nguồn gốc quốc gia, tình trạng cựu chiến binh, hoặc sự có mặt của bất kỳ khuyết tật về giác quan, tinh thần hay thể chất, cựu chiến binh

khuyết tật và cựu chiến binh thời kỳ Việt Nam phù hợp với luật pháp và quy định của liên bang, tiểu bang và địa phương. Nếu Quý vị có thắc mắc hoặc lo lắng về các quyền hạn của mình, vui lòng liên hệ Đường dây nóng ICHS số 1-855-515-0143.

LƯU Ý: Các dịch vụ miễn phí có sẵn hỗ trợ về ngôn ngữ cho Quý vị. Gọi 1-206-788-3700 (TTY 711).

HIPAA CHO PHÉP TIẾT LỘ POLST VỚI CÁC NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE KHÁC KHI CẦN THIẾT

Washington

POLST

Portable Orders for Life-Sustaining Treatment
A Participating Program of National POLST

HỌ / TÊN / TÊN ĐỆM/TÊN VIẾT TẮT

NGÀY SINH

GIỚI TÍNH (tùy chọn)

DANH XƯNG (tùy chọn)

Đây là một chỉ thị y tế. Biểu mẫu này phải được hoàn thành cùng một chuyên gia y tế. Việc hoàn thành một Physician's Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST, Chỉ Thị Điều Trị Duy Trì Sự Sống Dành Cho Bác Sĩ) phải luôn là tự nguyện.

QUAN TRỌNG: Xem trang 2 để được hướng dẫn cách hoàn thành.

TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ/ MỤC TIÊU CỦA CÁ NHÂN:

THÔNG TIN ĐẠI LÝ / SỐ ĐIỆN THOẠI (nếu có)

A

Sử dụng Hồi Sức Tim Phổi (CPR): Khi cá nhân **KHÔNG** có mạch và ngưng thở.

ĐÁNH CHON MỘT

CÓ – Cố Gắng Hồi Sức / CPR (chọn ĐIỀU TRỊ TOÀN DIỆN ở Phần B)

KHÔNG – Không Cố Gắng Hồi Sức (DNAR) / Cho Phép Tử Vong Tự Nhiên

Khi tim phổi không ngừng, đi đến Phần B

B

Mức Độ Can Thiệp Y Tế: Khi cá nhân có mạch và/hoặc đang thở.

Bắt kỳ mức độ điều trị nào ở đây cũng có thể kết hợp với DNAR / Cho Phép Tử Vong Tự Nhiên ở trên.

ĐÁNH CHON MỘT

ĐIỀU TRỊ TOÀN DIỆN – Mục tiêu chính là kéo dài sự sống bằng tất cả các biện pháp hữu hiệu về mặt y tế. Đặt nội khí quản, các biện pháp can thiệp đường thở nâng cao, thở máy và sốc điện chuyển nhịp theo chỉ định. Các biện pháp chăm sóc bao gồm được mô tả bên dưới.

Chuyển đến cho nhập viện nếu được chỉ định. Bao gồm chăm sóc đặc biệt.

ĐIỀU TRỊ CHỌN LỌC – Mục tiêu chính là điều trị các tình trạng bệnh lý trong khi vẫn tránh các biện pháp xâm lấn bất kỳ khi nào có thể. Sử dụng biện pháp điều trị y tế, truyền dịch và thuốc qua đường tĩnh mạch, và theo dõi tim theo chỉ định. **Không đặt nội khí quản** Có thể sử dụng các biện pháp hỗ trợ đường thở ít xâm lấn hơn (ví dụ: CPAP, BiPAP, oxy lưu lượng cao). Các biện pháp chăm sóc bao gồm được mô tả bên dưới.

Chuyển đến cho nhập viện nếu được chỉ định. Tránh chăm sóc đặc biệt nếu có thể.

ĐIỀU TRỊ CHÚ TRỌNG SỰ THOẢI MÁI – Mục tiêu chính là tối đa sự thoải mái. Giảm bớt đau nhức và khổ sở với thuốc bằng bất kỳ liệu trình nào cần thiết. Sử dụng oxy, hút miệng và điều trị thủ công việc tắc nghẽn đường thở khi cần để tạo sự thoải mái. **Cá nhân không muốn nhập viện. Dịch Vụ Y Tế Cấp Cứu (EMS):** cần nhắc liên hệ kiểm soát y tế để xác định xem liệu phương tiện vận chuyển có được chỉ định nhằm mang đến sự thoải mái đầy đủ hay không.

Các chỉ thị bổ sung (ví dụ: các sản phẩm về máu, lọc thẩm tách máu): _____

C

Chữ ký: Người ra quyết định y tế hợp pháp (xem trang 2) có thể ký thay cho một người trưởng thành không thể tự đưa ra lựa chọn. Một cá nhân có thể tự đưa ra lựa chọn của chính mình có thể yêu cầu một người trưởng thành được tin tưởng ký thay cho họ, hoặc (các) chữ ký của bên lâm sàng có thể đủ để làm chứng cho sự chấp thuận bằng lời nói. Người dưới 18 tuổi phải có người giám hộ hoặc phụ huynh ký biểu mẫu. Chấp nhận nhiều chữ ký của phụ huynh/người ra quyết định nhưng không bắt buộc. Chấp thuận và chỉ thị ảo, từ xa và bằng lời nói được hướng dẫn ở trang 2.

Đã thảo luận với:

- Cá nhân (Các) phụ huynh của trẻ vị thành niên
 Người giám hộ có thẩm quyền về chăm sóc sức khỏe
 (Các) đại lý chăm sóc sức khỏe hợp pháp của DPOA-HC
 Người ra quyết định y tế khác theo 7.70.065 RCW



CHỮ KÝ – MD/DO/ARNP/PA-C (bắt buộc)

NGÀY (bắt buộc)

GHI IN HOA – TÊN CỦA MD/DO/ARNP/PA-C (bắt buộc)

ĐIỆN THOẠI



(CÁC) CHỮ KÝ – CÁ NHÂN HOẶC (NHỮNG) NGƯỜI RA QUYẾT ĐỊNH Y TẾ HỢP PHÁP (bắt buộc)

MỐI QUAN HỆ

NGÀY (bắt buộc)

GHI IN HOA – TÊN CỦA CÁ NHÂN HOẶC (NHỮNG) NGƯỜI RA QUYẾT ĐỊNH Y TẾ HỢP PHÁP (bắt buộc)

ĐIỆN THOẠI

Cá nhân có: Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (Di Chúc Sống)
Khuyến khích tất cả tài liệu lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe trước đi kèm theo POLST.

GỬI BIỂU MẪU GỐC THEO CÁ NHÂN BẤT KỲ LÚC NÀO CHUYỂN VIỆN HAY XUẤT VIỆN

HIPAA CHO PHÉP TIẾT LỘ POLST VỚI CÁC NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE KHÁC KHI CẦN THIẾT

HỌ / TÊN / TÊN ĐỆM/TÊN VIẾT TẮT	NGÀY SINH / /
---------------------------------	------------------

Thông Tin Liên Hệ Bổ Sung (nếu có)

(NHỮNG) NGƯỜI RA QUYẾT ĐỊNH Y TẾ HỢP PHÁP (theo DPOA-HC hoặc 7.70.065 RCW)	MỐI QUAN HỆ	ĐIỆN THOẠI
NGƯỜI LIÊN HỆ KHÁC	MỐI QUAN HỆ	ĐIỆN THOẠI
CHUYÊN GIA CHĂM SÓC SỨC KHỎE HOÀN THÀNH BIỂU MẪU	VAI TRÒ / CHỨNG NHẬN	ĐIỆN THOẠI

Ưu Tiên: Dinh Dưỡng Được Hỗ Trợ Bằng Biện Pháp Y Tế (tức là Dinh Dưỡng Nhân Tạo) Đánh dấu ở đây nếu không thảo luận

Phần này KHÔNG bắt buộc. Phần này, dù có được hoàn thành hay không, cũng không làm ảnh hưởng các chỉ thị tại trang 1 của biểu mẫu này. Các ưu tiên về dinh dưỡng được hỗ trợ bằng biện pháp y tế, và các quyết định chăm sóc sức khỏe khác, cũng có thể được chỉ định trong chỉ thị trước được khuyến khích sử dụng cho tất cả những người trưởng thành. POLST không thay thế cho chỉ thị trước. Khi một cá nhân không còn có thể tự đưa ra quyết định, hãy tham vấn với (những) người đưa ra quyết định y tế hợp pháp về kế hoạch chăm sóc của họ, bao gồm cả dinh dưỡng được hỗ trợ bằng biện pháp y tế. Các quyết định dựa trên mong muốn đã biết trước đây, lợi ích tốt nhất cho cá nhân, các ưu tiên được ghi chú tại đây hoặc nơi nào khác, và tình trạng bệnh lý hiện tại. Ghi lại các quyết định cụ thể và/hoặc chỉ thị từ hồ sơ y tế.

Thực phẩm và chất lỏng được cung cấp qua đường miệng nếu khả thi và phù hợp với các ưu tiên đã biết của cá nhân.

- Cần ưu tiên tránh dinh dưỡng được hỗ trợ bằng biện pháp y tế.
 Cần ưu tiên thảo luận về các tùy chọn dinh dưỡng được hỗ trợ bằng biện pháp y tế, theo chỉ định.

Thảo luận về dinh dưỡng được hỗ trợ bằng biện pháp y tế ngắn hạn so với dài hạn (hỗ trợ dài hạn yêu cầu phẫu thuật đặt ống).

* Dinh dưỡng được hỗ trợ bằng biện pháp y tế đã được chứng minh là không gây ảnh hưởng đến tuổi thọ với bệnh sa sút trí tuệ giai đoạn vừa phải đến trầm trọng, và có liên quan đến các biến chứng. Người đó có thể có tài liệu hoặc mong muốn đã biết về việc không tiếp tục được cho ăn qua đường miệng; các hướng dẫn về cho ăn qua đường miệng có thể phụ thuộc vào các mong muốn đã biết này.

Đã thảo luận với: _____ Cá Nhân _____ Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe _____ Người Ra Quyết Định Y Tế Hợp Pháp

Hướng Dẫn dành cho Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe

LƯU Ý: Một cá nhân có năng lực có thể luôn chấp thuận hoặc từ chối chăm sóc hoặc can thiệp y tế, bất kể thông tin được thể hiện trên bất kỳ dạng tài liệu nào, bao gồm cả biểu mẫu này.

Bất kỳ phần chưa hoàn chỉnh nào của POLST đều ngụ ý cho việc điều trị toàn diện dành cho phần đó.
POLST này có hiệu lực tại tất cả các cơ sở chăm sóc. Biểu mẫu chủ yếu nhằm mục đích chăm sóc ngoài bệnh viện, nhưng có hiệu lực tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe theo chính sách cụ thể.
POLST là một bộ các chỉ thị y tế. POLST mới nhất sẽ thay thế cho tất cả các chỉ thị trước đó.

Hoàn Thành POLST

- Việc hoàn thành POLST là tự nguyện đối với cá nhân; chỉ thị này nên được cung cấp vào lúc thích hợp nhưng không bắt buộc.
- Các lựa chọn điều trị được ghi nhận trên biểu mẫu này nên là kết quả của việc đưa ra quyết định chung bởi một cá nhân hoặc đại lý chăm sóc sức khỏe của họ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe dựa trên những ưu tiên và tình trạng bệnh lý của cá nhân.
- POLST phải được ký bởi một MD/DO/ARNP/PA-C và cá nhân hoặc người ra quyết định y tế hợp pháp của họ đã được xác định bởi quyền giám hộ, Durable Power of Attorney for Health Care (DPOA-HC, Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn), hoặc mối quan hệ khác theo 7.70.065 Revised Code of Washington (RCW, Bộ Luật Sửa Đổi Của Washington), để có hiệu lực. Chấp nhận nhiều chữ ký từ người ra quyết định, nhưng không bắt buộc.
- Chỉ thị và chấp thuận ảo, từ xa và bằng miệng được chấp nhận tùy theo chính sách của cơ sở chăm sóc sức khỏe. Để biết ví dụ, hãy xem Các Câu Hỏi Thường Gặp tại www.wsma.org/POLST.
- POLST có thể được dùng để cho thấy các chỉ thị liên quan đến việc chăm sóc y tế cho trẻ em dưới 18 tuổi có các bệnh nghiêm trọng. (Những) người giám hộ/phụ huynh ký biểu mẫu cùng với các chuyên gia chăm sóc sức khỏe. Xem Các Câu Hỏi Thường Gặp tại www.wsma.org/POLST.

LƯU Ý: Biểu mẫu này không phù hợp để chỉ định ai đó là một đại lý chăm sóc sức khỏe. Cần có một DPOA-HC riêng để chỉ định một đại lý chăm sóc sức khỏe.

Tôn Trọng POLST

Tất cả mọi người đều phải được đối xử với phẩm giá và tôn trọng.

PHẦN A VÀ B:

- Không được sử dụng máy khử rung tim đối với cá nhân đã chọn “Không Cố Gắng Hồi Sinh”.
- Khi không thể đạt được sự thoải mái tại cơ sở hiện tại, cá nhân phải được chuyển đến một cơ sở có thể cung cấp sự thoải mái (ví dụ: điều trị gây xương hông). Điều này có thể bao gồm truyền thuốc qua đường tĩnh mạch để mang lại sự thoải mái.
- Điều trị mất nước là một biện pháp có thể kéo dài sự sống. Một cá nhân mong muốn được truyền dịch qua đường tĩnh mạch phải chọn “Điều Trị Chọn Lọc” hoặc “Điều Trị Toàn Diện”.

Xem Xét POLST

POLST phải được xem xét bất cứ khi nào:

- Cá nhân được chuyển từ một cơ sở chăm sóc hoặc mức độ chăm sóc sang một cơ sở hay mức độ khác.
- Tình trạng sức khỏe của cá nhân có sự thay đổi đáng kể.
- Các ưu tiên điều trị của cá nhân thay đổi.

Đề vô hiệu biểu mẫu này, vẽ một đường trên cả trang và viết “VOID” (VÔ HIỆU) bằng chữ cỡ lớn. Thông báo cho tất cả các cơ sở chăm sóc, cơ sở y tế và bất kỳ ai đã có bản sao của POLST hiện tại. Bất kỳ thay đổi nào đều bắt buộc phải có POLST mới.

Xem xét biểu mẫu POLST này: Sử dụng phần này để cập nhật và xác nhận chỉ thị và ưu tiên.

Điều này đáp ứng yêu cầu thiết lập trạng thái mã và hướng dẫn y tế cần bản để nhập viện điều dưỡng và các cơ sở khác.

NGÀY XEM XÉT	NGƯỜI XEM XÉT	ĐỊA ĐIỂM XEM XÉT	KẾT QUẢ XEM XÉT <input type="checkbox"/> Không Có Thay Đổi <input type="checkbox"/> Biểu Mẫu Vô Hiệu <input type="checkbox"/> Biểu Mẫu Mới Đã Hoàn Thành
--------------	---------------	------------------	--

GỬI BIỂU MẪU GỐC THEO CÁ NHÂN BẤT KỲ LÚC NÀO CHUYỂN VIỆN HAY XUẤT VIỆN

Các bản sao, hình ảnh kỹ thuật số, bản fax của biểu mẫu POLST đã ký là hợp pháp và có hiệu lực. Có thể tạo bản sao để lưu hồ sơ.

Để biết thêm thông tin về POLST, hãy truy cập www.wsma.org/POLST

CHỈ THỊ TRƯỚC: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

Chỉ thị trước này, durable power of attorney for health care (ủy quyền pháp lý lâu dài về chăm sóc sức khỏe), cho phép quý vị chỉ định và chuẩn bị cho người chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Biểu mẫu này đáp ứng các yêu cầu của luật pháp tiểu bang Washington.

This advance directive, a durable power of attorney for health care, allows you to name and prepare your health care agent. This form meets the requirements of Washington state law.

Thông Tin của Tôi:

My Information:

HỌ TÊN:	ĐẠI TỬ (tùy chọn):
FULL NAME:	PRONOUNS (OPTIONAL): (ví dụ như anh ấy/cô ấy/họ) (i.e., he/she/they)
NGÀY SINH: / /	
DATE OF BIRTH: (tháng/ngày/năm) (mm/dd/yyyy)	

CHỈ ĐỊNH NGƯỜI CHĂM SÓC SỨC KHỎE NAMING A HEALTH CARE AGENT

Người mà tôi chỉ định làm người chăm sóc sức khỏe của tôi là:

The person I designate as my health care agent is:

HỌ TÊN:	ĐẠI TỬ (tùy chọn):
FULL NAME:	PRONOUNS (optional):
MỐI QUAN HỆ:	SỐ ĐIỆN THOẠI HAY DỪNG NHẤT: ()
RELATIONSHIP:	BEST PHONE:
ĐỊA CHỈ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, ZIP:	SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC: ()
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:	ALTERNATE PHONE:

Những người mà tôi chỉ định làm người chăm sóc sức khỏe của tôi là:

The people I designate as my alternate agents are:

Nếu người được liệt kê ở trên không thể hoặc không sẵn sàng có quyết định chăm sóc sức khỏe của tôi, thì tôi ấn định những người được liệt kê dưới đây làm người chăm sóc sức khỏe thay thế thứ nhất và thứ hai của tôi.

If the person listed above is unable or unwilling to make my health care decisions, then I designate the people listed below as my first and second alternate health care agents.

Người thay thế thứ nhất

First Alternate

HỌ TÊN:	ĐẠI TỬ (tùy chọn):
FULL NAME:	PRONOUNS (optional):
MỐI QUAN HỆ:	SỐ ĐIỆN THOẠI HAY DỪNG NHẤT: ()
RELATIONSHIP:	BEST PHONE:
ĐỊA CHỈ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, ZIP:	SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC: ()
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:	ALTERNATE PHONE:

Người thay thế thứ hai

Second Alternate

HỌ TÊN:	ĐẠI TỬ (tùy chọn):
FULL NAME:	PRONOUNS (OPTIONAL):
MỐI QUAN HỆ:	SỐ ĐIỆN THOẠI HAY DỪNG NHẤT: ()
RELATIONSHIP:	BEST PHONE:
ĐỊA CHỈ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, ZIP:	SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC: ()
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:	ALTERNATE PHONE:



TÊN:	
NAME:	
NGÀY SINH: / /	
DATE OF BIRTH: (tháng/ngày/năm) (mm/dd/yyyy)	

CHỈ ĐỊNH NGƯỜI CHĂM SÓC SỨC KHỎE

NAMING A HEALTH CARE AGENT

Những tình huống có thể áp dụng:

Situations that may apply:

Ký tất cả bên những nội dung trình bày dưới đây áp dụng đối với quý vị. Quý vị có thể gạch ngang những nội dung trình bày không áp dụng đối với quý vị. Để biết thêm thông tin: hãy xem Tổng Quan Advance Care Planning (ACP, Lập kế hoạch chăm sóc trước), truy cập trang www.HonoringChoicesPNW.org, hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Initial next to the statements below that apply to you. You may draw a line through statements that do not apply to you. For more information: see the ACP Overview, visit www.HonoringChoicesPNW.org, or talk with your health care provider.

_____ Nếu tôi chỉ định vợ/chồng hoặc bạn tình có đăng ký của tôi làm người chăm sóc sức khỏe cho tôi và sau đó chúng tôi nộp đơn xin hủy hôn, bãi hôn hoặc ly thân hợp pháp; tôi muốn họ tiếp tục làm người chăm sóc sức khỏe của tôi.

If I name my spouse or registered domestic partner as my health care agent and we later file for a dissolution, annulment, or legal separation; I want them to continue as my health care agent.

_____ Tôi không chỉ định người chăm sóc sức khỏe. Khi chia sẻ mục tiêu và giá trị của tôi trong biểu mẫu này, điều đó sẽ được xem là nội dung trình bày giá trị cá nhân và không phải là chỉ thị trước.

I am not naming a health care agent. By sharing my goals and values in this form, it will be considered a personal values statement and not an advance directive.

CHUẨN BỊ CHO NGƯỜI CHĂM SÓC SỨC KHỎE

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Những điều gì quan trọng nhất đối với tôi?

What matters most to me?

Phần này giúp quý vị nghĩ về những điều quan trọng nhất đối với quý vị. Thông tin này có thể hướng dẫn những người quan trọng đối với quý vị—như người chăm sóc sức khỏe và những người thân yêu của quý vị—có quyết định về chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị không thể tự quyết định.

Cần nhắc chia sẻ:

This section helps you think about what matters most to you. This information can guide the people who matter to you—like your health care agent and loved ones—to make health care decisions for you if you cannot make them yourself.

Consider sharing:

- Quý vị thích làm gì về mặt tinh thần và thể chất?
What do you love to do, mentally and physically?
- Mức độ quan trọng đối với quý vị để biết được quý vị là ai và người mà quý vị ở cùng là gì?
How important is it for you to know who you are and who you are with?
- Mức độ quan trọng của việc giao tiếp với gia đình và bạn bè đối với quý vị là gì?
How important is communicating with family and friends to you?
- “Sống khỏe” hoặc “ngày tốt đẹp” là như thế nào đối với quý vị?
What does “living well” or “a good day” look like to you?
- Quý vị đánh giá cao điều gì nhất trong cuộc sống?
What do you value most in your life?

Sau đây là những điều quan trọng nhất đối với tôi: (Hãy nêu rõ. Thêm trang nếu cần.)

The following is what matters most to me: (Be specific. Add pages if needed.)

TÊN:

NAME:

NGÀY SINH:

/ /

DATE OF BIRTH:

(tháng/ngày/năm)
(mm/dd/yyyy)

CHUẨN BỊ CHO NGƯỜI CHĂM SÓC SỨC KHỎE

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Khi trả lời những câu hỏi sau đây, tôi chia sẻ những ưu tiên chăm sóc sức khỏe của mình. Nếu tôi không thể tự quyết định về việc chăm sóc sức khỏe, tôi muốn người chăm sóc sức khỏe của tôi sử dụng thông tin này để hướng dẫn cho quyết định của họ. Tôi hiểu rằng thông tin này có thể hướng dẫn về việc chăm sóc của tôi, nhưng có khả năng không thể thực hiện chính xác ước nguyện của tôi trong từng tình huống.

In answering the following questions, I am sharing my health care preferences. If I cannot make health care decisions for myself, I want my health care agent to use this information to guide their decisions. I understand that this information can guide my care, but it might not be possible to follow my wishes exactly in every situation.

CPR: Những mong muốn của tôi là gì?

CPR: What are my wishes?

Dịch vụ chăm sóc tiêu chuẩn tại tiểu bang Washington là cung cấp hồi sức tim phổi (CPR) cho những người ngưng tim và ngưng thở. Phần này có thể hướng dẫn người chăm sóc sức khỏe và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị về việc có thực hiện CPR không nếu quý vị được nhập viện và ngưng tim cũng như ngưng thở (còn được gọi là “trạng thái mã”).

Standard care in Washington state is to provide cardiopulmonary resuscitation (CPR) to people if their heart and breathing stop. This section can guide your health care agent and health care providers on whether to perform CPR if you are hospitalized and your heart and breathing stop (also known as “code status”).

Nếu tôi nhập viện và ngưng tim cũng như ngưng thở:

If I am hospitalized and my heart and breathing stop:

- Tôi muốn thực hiện CPR.
I want CPR attempted.
- Tôi muốn thực hiện CPR trừ khi sức khỏe của tôi có sự thay đổi và tôi có:
I want CPR attempted, unless there has been a change in my health, and I have:
- Khả năng sống mong manh phù hợp với mục tiêu và giá trị mà tôi đã nêu trong biểu mẫu này và/hoặc thảo luận với người chăm sóc sức khỏe của tôi; hoặc
Little chance of living a life that aligns with the goals and values I have stated in this form and/or discussed with my health care agent; or
 - Bệnh tật hoặc thương tổn không thể điều trị được và có khả năng tôi sẽ chết sớm; hoặc
A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or
 - Khả năng sống sót mong manh cho dù tim của tôi đập trở lại.
Little chance of survival even if my heart is started again.
- Tôi không muốn thực hiện CPR. Tôi muốn được chết một cách tự nhiên. (Trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị về hình thức POLST.)
I do not want CPR attempted. I want to be allowed to die naturally. (Talk to your health care provider about a POLST form.)

Hỗ Trợ Sự Sống: Những mong muốn của tôi là gì?

Life Support: What are my wishes?

Câu trả lời của quý vị dưới đây nhằm mục đích hướng dẫn cho người chăm sóc sức khỏe của quý vị. Việc trả lời câu hỏi này không làm cho biểu mẫu này trở thành chỉ thị chăm sóc sức khỏe, là một chỉ thị hủy bỏ hoặc duy trì thủ thuật điều trị duy trì sự sống trong những tình huống cụ thể theo luật pháp tiểu bang Washington. Để biết thêm thông tin, truy cập trang www.HonoringChoicesPNW.org hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Your response below is intended to guide your health care agent. Answering this question does not make this form a health care directive, which is a directive to withdraw or withhold life-sustaining treatment in specific situations under Washington state law. For more information, visit www.HonoringChoicesPNW.org or talk with your health care provider.

Nếu tôi mắc bệnh hoặc thương tổn đến nỗi có khả năng tôi chết sớm hoặc trong tình trạng hôn mê và không có khả năng hồi phục, tôi muốn người chăm sóc sức khỏe của tôi:

If I am so sick or injured that I am likely to die soon or am in a coma and unlikely to recover, I want my health care agent to:

- Sử dụng các thủ thuật điều trị hỗ trợ sự sống để duy trì sự sống cho tôi cho dù có ít cơ hội hồi phục. Tôi muốn tiếp tục duy trì sự sống.
Use all life-support treatments to keep me alive even if there is little chance of recovery. I want to stay on life support.
- Thử mọi thủ thuật điều trị hỗ trợ sự sống mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi cho rằng có thể giúp tôi hồi phục. Nếu việc điều trị không hiệu quả và ít có khả năng sống sót theo mục tiêu và giá trị của tôi, tôi không muốn duy trì hỗ trợ sự sống. Vào thời điểm đó, cho phép tôi chết một cách tự nhiên.
Try all life-support treatments that my health care providers think might help me recover. If the treatments do not work and there is little chance of living a life that aligns with my goals and values, I do not want to stay on life support. At that point, allow me to die naturally.
- Cho phép tôi chết một cách tự nhiên. Tôi không muốn được hỗ trợ sự sống. Nếu các thủ thuật hỗ trợ sự sống được bắt đầu, tôi muốn được ngưng lại.
Allow me to die naturally. I do not want to be on life support. If life-support treatments have been started, I want them to be stopped.
- Tôi muốn người chăm sóc sức khỏe của tôi quyết định cho tôi.
I want my health care agent to decide for me.

TÊN:

NAME:

NGÀY SINH:

DATE OF BIRTH:

/ /

(tháng/ngày/năm)

(mm/dd/yyyy)

CHUẨN BỊ CHO NGƯỜI CHĂM SÓC SỨC KHỎE AUTHORIZING A HEALTH CARE AGENT

Nội Dung Trình Bày về Quyền Hạn và Thảm Quyền Chung của Người Chăm Sóc Sức Khỏe của Tôi: Tôi ủy quyền cho người chăm sóc sức khỏe của tôi đồng ý với các thủ thuật điều trị y tế khi tôi không thể tự quyết định. Tôi ủy quyền cho người chăm sóc sức khỏe của tôi thực hiện những ước nguyện của mình về việc điều trị hỗ trợ sự sống như CPR, máy thở, ống truyền dịch, truyền máu và chạy thận. Điều này bao gồm đồng ý bắt đầu, tiếp tục hoặc ngưng điều trị y tế.

Statement of General Authority and Powers of My Health Care Agent: I authorize my health care agent to give consent for medical treatments when I cannot make my own decisions. I authorize my health care agent to carry out my wishes regarding life-support treatments such as a CPR, breathing machines, feeding tubes, blood transfusions, and kidney dialysis. This includes consent to start, continue, or stop medical treatment.

Tôi chứng nhận sau đây: Tôi hiểu được tầm quan trọng và ý nghĩa của giấy ủy quyền pháp lý lâu dài về chăm sóc sức khỏe (DPOA-HC) này. Biểu mẫu này phản ánh những lựa chọn người chăm sóc sức khỏe của tôi và những mục tiêu, giá trị cùng những ưu tiên của tôi. Tôi tự nguyện điền biểu mẫu này. Tôi suy nghĩ thông suốt. Tôi hiểu rằng tôi có thể đổi ý vào bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ và thay thế biểu mẫu này vào bất cứ lúc nào. Tôi hủy bỏ bất cứ giấy ủy quyền pháp lý lâu dài về chăm sóc sức khỏe nào trước đây. Tôi muốn DPOA-HC này trở nên có hiệu lực nếu bác sĩ hoặc nhà tâm lý học có giấy phép xác định rằng tôi không có khả năng tự quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình. Chỉ thị này sẽ tiếp tục trong thời gian tình trạng bất lực của tôi kéo dài.

I attest to the following: I understand the importance and meaning of this durable power of attorney for health care (DPOA-HC). This form reflects my health care agent choices and my goals, values, and preferences. I have filled out this form willingly. I am thinking clearly. I understand that I can change my mind at any time. I understand I can revoke and replace this form at any time. I revoke any prior durable power of attorney for health care. I want this DPOA-HC to become effective if a physician or licensed psychologist determines I do not have the capacity to make my own health care decisions. This directive will continue as long as my incapacity lasts.

CHỮ KÝ CỦA TÔI:

MY SIGNATURE:

NGÀY:

DATE:

ĐỊA CHỈ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, ZIP:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

Yêu Cầu Nhân Chứng hoặc Công Chứng Viên

Witnesses or Notary Requirement

Quý vị phải ký tên dưới sự chứng kiến của hai người hoặc được công nhận bởi một công chứng viên.

You must have your signature either witnessed by two people or acknowledged by a notary public.

LỰA CHỌN 1 – HAI NHÂN CHỨNG

OPTION 1 – TWO WITNESSES

Chứng Nhận của Nhân Chứng: Tôi tuyên bố rằng tôi đáp ứng các quy tắc làm nhân chứng.

Witness Attestation: I declare I meet the rules for being a witness.

NHÂN CHỨNG #1 CHỮ KÝ:

NGÀY:

WITNESS #1 SIGNATURE:

DATE:

TÊN VIẾT CHỮ IN:

NAME PRINTED:

NHÂN CHỨNG #2 CHỮ KÝ:

NGÀY:

WITNESS #2 SIGNATURE:

DATE:

TÊN VIẾT CHỮ IN:

NAME PRINTED:

LỰA CHỌN 2 – CÔNG CHỨNG VIÊN

OPTION 2 – NOTARY

STATE OF WASHINGTON)

TIỂU BANG WASHINGTON)

COUNTY OF)

QUẬN)

This record was acknowledged before me on this day of ,

Hỗ sơ này đã được công nhận trước sự có mặt của tôi vào ngày

by (name of individual):

bởi (tên của cá nhân):

Signature:

Title:

Exp:

Chữ ký:

Chức danh:

Hết hạn:

Quy Tắc dành cho Nhân Chứng: Rules for Witnesses:

- Phải ít nhất 18 tuổi và có năng lực.
Must be at least 18 years of age and competent.
- Không được có mối liên hệ với quý vị hoặc là người chăm sóc sức khỏe của quý vị theo huyết thống, hôn nhân hoặc chung sống có đăng ký ở tiểu bang.
Cannot be related to you or your health care agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.
- Không được là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà của người trưởng thành trong gia đình hoặc cơ sở chăm sóc lâu dài mà quý vị hiện lưu trú.
Cannot be your home care provider or a care provider at an adult family home or long-term care facility where you live.
- Không được là người chăm sóc sức khỏe được chỉ định của quý vị.
Cannot be your designated health care agent.

TÊN:

NAME:

NGÀY SINH:

/ /

DATE OF BIRTH:

(tháng/ngày/năm)
(mm/dd/yyyy)