

Chỉ thị trước và Giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe dài hạn



Mẫu đơn này giúp quý vị đưa ra ý kiến về phương pháp điều trị mong muốn trong trường hợp quý vị mắc bệnh nặng.

**HENRY
FORD
HEALTH** SM



henryford.com



Mẫu đơn này gồm có năm phần, cho phép quý vị:

Phần 1: Chọn Người đại diện bệnh nhân.

Người đại diện bệnh nhân là người có quyền đưa ra các quyết định y tế thay cho quý vị nếu quý vị quá yếu hoặc không thể tự mình quyết định.

Phần 2: Tự đưa ra các lựa chọn chăm sóc sức khỏe.

Mẫu đơn này cho phép quý vị chọn loại hình chăm sóc sức khỏe mà mình mong muốn. Bằng cách này, những người chăm sóc sẽ không phải dự đoán ý muốn của quý vị nếu chẳng may quý vị quá yếu để có thể tự nói với họ.

Phần 3: Ký tên vào mẫu đơn.

Quý vị phải ký tên vào mẫu đơn này thì mẫu đơn mới có hiệu lực sử dụng.

Phần 4: Yêu cầu Người đại diện bệnh nhân ký tên.

Người đại diện bệnh nhân của quý vị phải ký tên vào trang 8 để xác nhận đồng ý trở thành Người đại diện bệnh nhân cho quý vị.

Phần 5: Cho phép Người đại diện bệnh nhân đưa ra các lựa chọn về sức khỏe tâm thần cho quý vị (không bắt buộc).

Quý vị chỉ ký tên vào trang này nếu có nguyện vọng sử dụng lựa chọn này.

Ghi họ tên quý vị ở đây:

Ngày sinh (tháng/ngày/năm):

_____ / _____ / _____

- Nếu quý vị chỉ muốn chỉ định Người đại diện bệnh nhân, hãy chuyển đến **Phần 1**.
- Nếu quý vị chỉ muốn tự đưa ra các lựa chọn chăm sóc sức khỏe, hãy chuyển đến **Phần 2**.
- Nếu quý vị muốn thực hiện cả hai việc này, vui lòng điền vào cả **Phần 1** và **Phần 2**.

Quý vị chỉ cần điền vào những phần mình muốn.

Quý vị luôn phải ký tên vào **Phần 3**.

Cần có hai người làm chứng cùng ký tên vào **Phần 3**.

Tôi phải làm gì với mẫu đơn này sau khi đã điền xong và mọi người đã ký tên?

Hãy chia sẻ mẫu đơn này với những người chăm sóc quý vị:

- Người đại diện bệnh nhân
- Bác sĩ
- Điều dưỡng
- Nhân viên công tác xã hội
- Gia đình và bạn bè

Hãy giữ một bản sao cho riêng mình ở nơi an toàn.

Nếu tôi thay đổi ý định thì sao?

- Quý vị có thể thay đổi ý định bất cứ lúc nào.
- Mọi nguyện vọng về phương pháp điều trị y tế mà quý vị đã bày tỏ đều phải được Người đại diện bệnh nhân tôn trọng, ngay cả khi nguyện vọng đó khác với những gì quý vị đã ghi trong mẫu đơn này.
- Tốt nhất là quý vị nên điền và ký một mẫu đơn mới.
- Hãy thông báo cho những người chăm sóc nếu quý vị thay đổi điều gì đó.
- Đưa mẫu đơn mới cho Người đại diện bệnh nhân và bác sĩ của quý vị.

Nếu tôi có thắc mắc về mẫu đơn này thì sao?

Hãy mang mẫu đơn đến gặp bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên công tác xã hội, Người đại diện bệnh nhân, gia đình hoặc bạn bè để được giải đáp các thắc mắc.

Nếu tôi muốn đưa ra các lựa chọn chăm sóc sức khỏe không có trong mẫu đơn này thì sao?

- Hãy viết các lựa chọn của quý vị ra một tờ giấy riêng.
- Kẹp tờ giấy đó cùng với mẫu đơn này.
- Chia sẻ các lựa chọn đó với những người chăm sóc quý vị.

Phần 1: Chọn Người đại diện bệnh nhân

Người có quyền đưa ra các quyết định y tế thay cho quý vị nếu quý vị quá yếu để tự mình quyết định.

Tôi nên chọn ai làm Người đại diện bệnh nhân?

Một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè:

- Đủ 18 tuổi trở lên
- Hiểu rõ về quý vị
- Có thể có mặt khi quý vị cần
- Người mà quý vị tin tưởng sẽ thực hiện những điều tốt nhất cho quý vị
- Có thể trình bày rõ ràng với bác sĩ về các quyết định mà quý vị đã ghi trong mẫu đơn này

Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi không chọn Người đại diện bệnh nhân?

Nếu quý vị quá yếu để tự đưa ra quyết định, bác sĩ sẽ yêu cầu những người thân thiết nhất trong gia đình quyết định thay cho quý vị.

Nếu các thành viên trong gia đình không thể đưa ra quyết định, thẩm phán có thể chỉ định một người để thực hiện việc này.

Người đại diện bệnh nhân có thể đưa ra những loại quyết định nào?

Đồng ý, từ chối, thay đổi, dừng hoặc lựa chọn:

- Bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên công tác xã hội
- Bệnh viện hoặc phòng khám
- Thuốc, xét nghiệm hoặc phương pháp điều trị
- Các vấn đề liên quan đến thi thể và nội tạng của quý vị sau khi quý vị qua đời

Người đại diện bệnh nhân cũng có thể:

- Đưa ra các quyết định khác như có đưa quý vị vào cơ sở điều dưỡng hay không
- Xem hồ sơ y tế của quý vị để hỗ trợ việc đưa ra các quyết định này

Người đại diện bệnh nhân cần tuân thủ các lựa chọn chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã đưa ra ở Phần 2.

Các quyết định mà Người đại diện bệnh nhân có thể thực hiện liên quan đến việc điều trị duy trì sự sống (*chăm sóc y tế nhằm cố gắng kéo dài sự sống cho quý vị*)

Hồi sức tim phổi hay Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)

Cardio = tim

Pulmonary = phổi

Resuscitation = hồi sức

Quy trình này có thể bao gồm:

- Ấn mạnh lên ngực để giữ cho máu tiếp tục lưu thông
- Sốc điện để kích hoạt lại tim
- Tiêm thuốc vào tĩnh mạch

Máy thở hay máy hỗ trợ thở

Máy bơm không khí vào phổi và thở thay cho quý vị. Quý vị không thể nói chuyện khi đang sử dụng máy thở.

Chạy thận

Sử dụng máy để lọc máu nếu thận của quý vị ngừng hoạt động.

Ống nuôi ăn

Một loại ống dùng để cung cấp dinh dưỡng nếu quý vị không thể nuốt. Ống này được đưa qua họng vào dạ dày hoặc có thể được đặt bằng phẫu thuật.

Truyền máu

Đưa máu vào tĩnh mạch của quý vị.

Phẫu thuật

Thuốc

Chăm sóc cuối đời

Nếu quý vị sắp qua đời, Người đại diện bệnh nhân có thể:

- Mời người hướng dẫn tôn giáo đến
- Quyết định việc quý vị sẽ qua đời tại nhà hay tại bệnh viện

Phần 1: Chọn Người đại diện bệnh nhân

Tôi muốn người dưới đây đưa ra các quyết định y tế và làm Người đại diện bệnh nhân của tôi.

Tên _____ Họ _____

Địa chỉ _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã bưu chính _____

Số điện thoại nhà riêng _____ Số điện thoại cơ quan _____ Số điện thoại di động _____

Nếu người thứ nhất không thể thực hiện, tôi muốn người dưới đây đưa ra các quyết định y tế và làm Người đại diện bệnh nhân của tôi.

Tên _____ Họ _____

Địa chỉ _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã bưu chính _____

Số điện thoại nhà riêng _____ Số điện thoại cơ quan _____ Số điện thoại di động _____

Quý vị có thể ghi lại các lựa chọn chăm sóc sức khỏe của mình vào mẫu đơn này. Quý vị muốn Người đại diện bệnh nhân tuân thủ các lựa chọn này như thế nào? Hãy đánh dấu X vào bên cạnh MỘT câu mà quý vị đồng ý nhất.

- Tôi muốn Người đại diện bệnh nhân làm việc với các bác sĩ và đưa ra phán đoán tốt nhất của họ. Tôi đồng ý để Người đại diện bệnh nhân tham khảo các lựa chọn chăm sóc sức khỏe của tôi trong mẫu đơn này như một chỉ dẫn chung.

Dù có thể tham khảo các lựa chọn của tôi như một chỉ dẫn chung, nhưng có một số lựa chọn tôi không muốn bị thay đổi:

- Tôi muốn Người đại diện bệnh nhân tuân thủ CHÍNH XÁC các lựa chọn chăm sóc sức khỏe của tôi trong mẫu đơn này. Tôi tuyệt đối không muốn Người đại diện bệnh nhân thay đổi các lựa chọn của tôi, ngay cả khi các bác sĩ cho rằng điều đó không tốt cho tôi.

Để tự đưa ra các lựa chọn chăm sóc sức khỏe, hãy chuyển đến **Phần 2** ở trang tiếp theo.

Để ký tên vào mẫu đơn này, hãy chuyển đến **Phần 3**. Người đại diện bệnh nhân của quý vị phải ký tên vào **Phần 4**.

Phần 2: Tự đưa ra các lựa chọn chăm sóc sức khỏe

Các phương pháp điều trị duy trì sự sống được sử dụng để kéo dài sự sống cho quý vị. Những phương pháp này có thể là CPR, máy thở, ống nuôi ăn, chạy thận, truyền máu hoặc dùng thuốc. Hãy ghi lại các lựa chọn quý vị mong muốn để những người chăm sóc không phải dự đoán ý muốn của quý vị.

Quý vị nên suy nghĩ về những điều khiến cuộc sống của mình trở nên đáng sống.

Cuộc sống của tôi chỉ đáng sống nếu tôi có thể:

Hãy đánh dấu X vào tất cả các câu mà quý vị đồng ý nhất.

- Trò chuyện với gia đình hoặc bạn bè
- Tỉnh lại sau hôn mê
- Tự ăn uống, tắm rửa hoặc chăm sóc bản thân
- Không phải chịu đựng đau đớn
- Sống mà không phải phụ thuộc vào máy móc
- Tôi không chắc

<< Hoặc >>

Cuộc sống của tôi luôn đáng sống bất kể tôi đang bệnh nặng ra sao.

Nếu tôi bệnh nặng đến mức có thể sắp qua đời:

Hãy đánh dấu X vào bên cạnh MỘT câu mà quý vị đồng ý nhất. Vui lòng đọc kỹ toàn bộ phần này trước khi đưa ra lựa chọn.

- Thử tất cả các phương pháp điều trị duy trì sự sống mà bác sĩ cho rằng có thể giúp ích. Nếu các phương pháp điều trị này **không hiệu quả** và hy vọng sức khỏe được cải thiện quá mong manh, **tôi vẫn muốn tiếp tục sử dụng máy móc duy trì sự sống.**
- Thử tất cả các phương pháp điều trị duy trì sự sống mà bác sĩ cho rằng có thể giúp ích. Nếu các phương pháp điều trị này **không hiệu quả** và hy vọng sức khỏe được cải thiện quá mong manh, **tôi không muốn tiếp tục sử dụng máy móc duy trì sự sống.**
- Thử tất cả các phương pháp điều trị duy trì sự sống mà bác sĩ cho rằng có thể giúp ích, ngoại trừ các phương pháp sau (đánh dấu vào phương pháp quý vị không muốn sử dụng):
 - CPR
 - Chạy thận
 - Máy thở
 - Thuốc
 - Ống nuôi ăn
 - Truyền máu

<< Hoặc >>

Tôi không muốn điều trị duy trì sự sống.

<< Hoặc >>

Tôi muốn Người đại diện bệnh nhân quyết định thay cho tôi.

<< Hoặc >>

Tôi không chắc.

Phần 2: Tự đưa ra các lựa chọn chăm sóc sức khỏe

Nếu tôi sắp qua đời, nguyện vọng của tôi là được ở:

- Nhà Bệnh viện Tôi không chắc

Tôn giáo hoặc đời sống tâm linh có quan trọng đối với quý vị không?

- Không Có

Nếu có, tôn giáo của quý vị là gì? _____

Bác sĩ cần biết điều gì về tôn giáo hoặc đời sống tâm linh của quý vị?

Người đại diện bệnh nhân có thể quyết định dừng các phương pháp điều trị và để quý vị ra đi.

Người đại diện bệnh nhân CHỈ được đưa ra quyết định này nếu họ tin rằng đó là điều quý vị mong muốn.

Có thể Người đại diện bệnh nhân sẽ không bao giờ phải đưa ra quyết định này. Tuy nhiên, nếu cần thiết, luật pháp tiểu bang Michigan chỉ cho phép họ dừng điều trị và để quý vị ra đi khi bác sĩ đã được thông báo trước rằng điều này phù hợp với ý nguyện của quý vị.

Hãy đánh dấu X vào bên cạnh MỘT câu mà quý vị đồng ý nhất.

- Người đại diện bệnh nhân của tôi có thể quyết định dừng các phương pháp điều trị và để tôi ra đi.
- Người đại diện bệnh nhân của tôi TUYỆT ĐỐI KHÔNG được phép quyết định dừng các phương pháp điều trị và để tôi ra đi.

Bác sĩ có thể hỏi về việc hiến tạng sau khi quý vị qua đời. Hiến tạng (hiến tạng nội tạng) có thể giúp cứu sống nhiều người khác. Vui lòng cho chúng tôi biết nguyện vọng của quý vị.

Hãy đánh dấu X vào bên cạnh MỘT câu mà quý vị đồng ý nhất.

- Tôi muốn hiến tạng.**
Quý vị muốn hiến những cơ quan nào?
 Bất kỳ cơ quan nào
 Chỉ những cơ quan sau: _____
- Tôi không muốn hiến tạng.**
- Tôi muốn Người đại diện bệnh nhân quyết định.**
Nếu quý vị để Người đại diện bệnh nhân quyết định, họ có thể đưa ra lựa chọn đó sau khi quý vị qua đời.
- Tôi không chắc.**

Phần 3: Ký tên vào mẫu đơn

Để mẫu đơn này có hiệu lực sử dụng, quý vị phải:

- Ký tên vào mẫu đơn này
- Mời hai người làm chứng cùng ký tên vào mẫu đơn

Người làm chứng của quý vị phải:

- Đủ 18 tuổi trở lên
- Trực tiếp chứng kiến quý vị ký tên vào mẫu đơn này

Người làm chứng của quý vị không được là:

- Người đại diện bệnh nhân của quý vị
- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị
- Nhân viên làm việc cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
- Nhân viên tại nơi quý vị đang sinh sống (nếu quý vị sống trong cơ sở điều dưỡng hoặc nhà lưu trú tập thể)
- Người có bất kỳ mối quan hệ thân thích nào với quý vị
- Người được hưởng lợi về mặt tài chính (nhận tiền hoặc tài sản) sau khi quý vị qua đời
- Nhân viên làm việc cho công ty bảo hiểm của quý vị

Vui lòng ký tên và ghi rõ ngày tháng.

Chữ ký		Ngày	
Tên viết in hoa		Họ viết in hoa	
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính
Ngày sinh: (Tháng/ngày/năm)			

Người làm chứng cần ký tên vào trang tiếp theo.

Phần 3: Ký tên vào mẫu đơn

Bằng việc ký tên, tôi cam kết rằng _____ đã ký vào mẫu đơn này dưới sự chứng kiến của tôi.

Người ký đang trong trạng thái tỉnh táo, minh mẫn và không bị ép buộc ký tên.

Người làm chứng 1

Chữ ký	Ngày		
Tên viết in hoa	Họ viết in hoa		
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính

Người làm chứng 2

Chữ ký	Ngày		
Tên viết in hoa	Họ viết in hoa		
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính

Nếu quý vị được chỉ định là Người đại diện bệnh nhân, vui lòng ký tên vào trang tiếp theo.

Hãy chia sẻ mẫu đơn này với bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên công tác xã hội, bạn bè, gia đình và Người đại diện bệnh nhân của quý vị. Quý vị nên trò chuyện với họ về những lựa chọn mà quý vị đã đưa ra.

Phần 4: Chấp thuận của Người đại diện bệnh nhân

Người đại diện bệnh nhân của quý vị phải đọc và ký tên vào mẫu đơn này.

- Quý vị phải luôn hành động vì lợi ích tốt nhất của bệnh nhân chứ không phải vì lợi ích cá nhân của mình.
- Quý vị sẽ chỉ bắt đầu đưa ra quyết định thay cho bệnh nhân sau khi có 2 bác sĩ đồng ý xác nhận rằng bệnh nhân đã quá yếu để tự đưa ra quyết định.
- Quý vị sẽ không được phép đưa ra những quyết định mà thông thường bệnh nhân không có quyền tự quyết.
- Quý vị không có quyền dừng việc điều trị của bệnh nhân đang mang thai nếu việc đó có thể khiến bệnh nhân tử vong.
- Quý vị có thể đưa ra quyết định dừng các phương pháp điều trị để bệnh nhân được qua đời tự nhiên **NẾU** bệnh nhân đã nêu rõ rằng quý vị có quyền đưa ra quyết định đó.
- Quý vị không được nhận thù lao cho vai trò Người đại diện bệnh nhân, nhưng có thể được hoàn lại khoản chi phí thực tế mà quý vị đã chi trả cho các dịch vụ y tế của bệnh nhân.
- Bệnh nhân có quyền bãi miễn vai trò Người đại diện bệnh nhân của quý vị bất cứ khi nào họ muốn.
- Quý vị cũng có quyền từ nhiệm vai trò Người đại diện bệnh nhân bất cứ khi nào quý vị muốn.
- Nếu bệnh nhân muốn quý vị đưa ra các quyết định về điều trị sức khỏe tâm thần, vui lòng xem Phần 5.

Bằng việc ký tên, quý vị xác nhận rằng quý vị đã hiểu rõ các nội dung trong tài liệu này và sẽ đảm nhiệm vai trò Người đại diện bệnh nhân cho _____
_____ (tên bệnh nhân), người đã ký tại **Phần 3** vào _____ (ngày).

Chữ ký của Người đại diện bệnh nhân

Ngày

Chữ ký của Người đại diện bệnh nhân thứ 2 (nếu có chỉ định Người đại diện bệnh nhân thứ hai)

Ngày

Phần 5: Lựa chọn chăm sóc sức khỏe tâm thần (không bắt buộc)

Quý vị chỉ điền vào phần này nếu muốn trao quyền cho người đại diện bệnh nhân quyết định việc quý vị có tiếp nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần hay không.

Trước khi Người đại diện bệnh nhân có thể đưa ra các quyết định về sức khỏe tâm thần thay cho tôi, cần đáp ứng 2 điều kiện sau. Đầu tiên, phải có một bác sĩ và một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần thăm khám và trò chuyện với tôi. Sau đó, họ phải lập văn bản xác nhận rằng tôi không còn khả năng tự đưa ra quyết định.

Tôi có quyền hủy bỏ quyền của Người đại diện bệnh nhân trong việc quyết định về sức khỏe tâm thần thay cho tôi. Tuy nhiên, quyết định hủy bỏ này cần 30 ngày mới có hiệu lực. Thời gian chờ đợi này chỉ áp dụng đối với việc chăm sóc sức khỏe tâm thần, không áp dụng cho quyết định chăm sóc y tế.

Nếu Người đại diện bệnh nhân đồng ý rằng tôi cần phải nhập viện tâm thần, tôi vẫn có quyền thông báo với bệnh viện rằng mình muốn xuất viện. Tuy nhiên, tôi phải thông báo cho bệnh viện trước 3 ngày.

Dưới đây là danh sách các quyết định mà Người đại diện bệnh nhân có thể đưa ra liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe tâm thần của quý vị.

Hãy đánh dấu X vào ô trống bên cạnh tất cả các câu mà quý vị đồng ý nhất.

Người đại diện bệnh nhân có thể thay mặt tôi quyết định về việc:

- Tiếp nhận chăm sóc sức khỏe tâm thần tại phòng khám hoặc một địa điểm khác ngoài bệnh viện.
- Điều trị nội trú tại bệnh viện để được chăm sóc sức khỏe tâm thần dưới hình thức bệnh nhân tự nguyện. Tuy nhiên, tôi vẫn có quyền thông báo với bệnh viện rằng mình muốn xuất viện sau ba ngày.
- Nhập viện để được chăm sóc sức khỏe tâm thần ngay cả khi tôi không muốn đi.
- Sử dụng các loại thuốc có thể làm thay đổi cảm xúc, suy nghĩ hoặc hành vi của tôi.
- Liệu pháp choáng điện (sốc điện).

Bằng việc ký tên vào mẫu đơn này, tôi đồng ý cho phép Người đại diện bệnh nhân đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe tâm thần cho tôi nếu có hai bác sĩ xác nhận rằng tôi không còn khả năng tự đưa ra quyết định.

(Ký tên tại đây để trao các quyền nêu trên cho Người đại diện bệnh nhân của quý vị)

Ngày

Ngày sinh: (Tháng/ngày/năm)

HENRY FORD HEALTHSM

English	<p>English</p> <p>Henry Ford Health System complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.</p> <p>Let the health care team know if you need an interpreter. Henry Ford Health System provides language assistance services free of charge. For questions or additional information, email CommunicationAccess@hfhs.org</p>
Spanish	<p>Español</p> <p>Henry Ford Health System cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina con base en la raza, el color, el país de origen, la edad, la discapacidad o el sexo. Informe al equipo de atención médica si necesita un intérprete. Henry Ford Health System ofrece servicios de asistencia de idioma sin costo alguno. Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, envíe un correo electrónico a CommunicationAccess@hfhs.org</p>
Arabic	<p>العربية</p> <p>يمتثل نظام Henry Ford Health System لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية السارية ولا يُمَيِّزُ على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.</p> <p>يُرجى إخبار فريق الرعاية الصحية إذا كنت تحتاج إلى مترجم فوري. يوفر نظام Henry Ford Health System خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. للاستفسارات أو المعلومات الإضافية، أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى CommunicationAccess@hfhs.org</p>
Bengali	<p>বাংলা</p> <p>Henry Ford Health System ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীয় উত্পত্তি, বয়স, প্রতিবন্ধকতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। আপনার কোনো দোভাষীর প্রয়োজন থাকলে তা হেল্থ কেয়ার টিমকে জানান। Henry Ford Health System বিনামূল্যে দোভাষী সহায়তা প্রদান করে। প্রশ্ন ও অতিরিক্ত তথ্যের জন্য এখানে ইমেল করুন: CommunicationAccess@hfhs.org</p>