

CHỈ THỊ CHĂM SÓC SỨC KHỎE (Ý Nguyên Trị Liệu)

Họ và Tên:

Số Hồ Sơ Y Tế:

Ngày Sinh:

/ /

Chỉ thị được lập vào ngày _____ tháng _____, _____
(Năm)

Tôi, _____ minh mẫn và tự nguyện tuyên bố rằng tôi không muốn kéo dài tình trạng hấp hối bằng những phương pháp nhân tạo trong những trường hợp nêu dưới đây và xin tuyên bố rằng:

(A) Nếu bất cứ lúc nào tôi gặp phải tình trạng không thể chữa khỏi và không thể phục hồi được bác sĩ điều trị của tôi chứng nhận là tình trạng bệnh giai đoạn cuối, việc áp dụng phương pháp điều trị duy trì sự sống chỉ nhằm mục đích kéo dài tình trạng hấp hối của tôi bằng những phương pháp nhân tạo, tôi đưa ra chỉ dẫn rằng hãy ngưng hoặc thu hồi phương pháp điều trị đó và để tôi ra đi tự nhiên. Tôi hiểu "tình trạng bệnh giai đoạn cuối" có nghĩa là tình trạng không thể chữa khỏi và không thể phục hồi do chấn thương, bệnh tật hoặc ốm đau gây ra, theo phán quyết y tế hợp lý, có thể gây ra tử vong trong một khoảng thời gian hợp lý theo các tiêu chuẩn y tế được chấp nhận.

(B) Nếu tôi rơi vào tình trạng hôn mê không hồi phục hoặc trạng thái thực vật dai dẳng hoặc tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn khác được hai bác sĩ xác nhận, từ đó, những bác sĩ này tin rằng tôi không có khả năng hồi phục hợp lý, tôi đưa ra chỉ dẫn rằng hãy ngưng hoặc thu hồi các phương pháp điều trị duy trì sự sống.

(C) Nếu tôi được chẩn đoán là đang ở trong tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn hoặc giai đoạn cuối,
[hãy chọn một]

___ Tôi MUỐN được cung cấp dinh dưỡng và thủy dưỡng một cách nhân tạo.

___ Tôi KHÔNG MUỐN được cung cấp dinh dưỡng và thủy dưỡng một cách nhân tạo.

Tôi hiểu dinh dưỡng và thủy dưỡng được cung cấp nhân tạo là một hình thức điều trị duy trì sự sống trong một số trường hợp nhất định. Tôi yêu cầu tất cả các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chăm sóc cho tôi tôn trọng chỉ thị này.

(D) Trong trường hợp tôi không có khả năng đưa ra hướng dẫn về việc sử dụng các quy trình duy trì sự sống như vậy, tôi mong muốn chỉ thị này sẽ được gia đình, bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác thực hiện như là biểu hiện cuối cùng về quyền cơ bản của tôi khi từ chối điều trị y tế hoặc phẫu thuật, và cũng được thực hiện bởi bất kỳ người nào được chỉ định để đưa ra các quyết định này cho tôi, cho dù bằng giấy ủy quyền dài hạn hay cách khác. Tôi chấp nhận hậu quả của việc từ chối như vậy.

(E) Nếu tôi đã được chẩn đoán là có thai và bác sĩ của tôi đã biết chẩn đoán đó thì chỉ thị này sẽ không có hiệu lực trong suốt quá trình tôi mang thai.

(F) Tôi hiểu toàn bộ nội dung của chỉ thị này và có đủ năng lực về mặt tinh thần và cảm xúc để thực hiện chỉ thị này. Tôi cũng hiểu rằng mình có thể sửa đổi hoặc thu hồi chỉ thị này bất kỳ lúc nào.

(G) Tôi thực hiện các hướng dẫn bổ sung sau liên quan đến dịch vụ chăm sóc của mình:

Chữ ký của tôi và chữ ký của Công chứng viên hoặc hai người làm chứng là bắt buộc ở trang tiếp theo

