

Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe

Lập kế hoạch

CHĂM SÓC CUỘC SỐNG

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, chăm sóc sức khỏe của tôi



HÃY NHỚ

- 1 Cần có người làm chứng hoặc công chứng tài liệu này
- 2 Ký tên và đề ngày
- 3 Gửi lại một bản cho KP

Giới Thiệu

Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe là gì?

Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe là tài liệu pháp lý cho phép quý vị:

- Chọn một người để thay mặt quý vị đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe (“người đại diện chăm sóc sức khỏe” của quý vị).
- Đưa ra hướng dẫn về những mong muốn chăm sóc sức khỏe của quý vị trong trường hợp quý vị không thể tự ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe.

Tất cả các phần trong tài liệu này đều không bắt buộc. Quý vị có thể điền vào bao nhiêu mục tùy ý trong tài liệu này. Tuy nhiên, tài liệu này phải được quý vị ký tên và để ngày, đồng thời có người làm chứng hoặc được công chứng. Quý vị có thể cập nhật bất cứ ưu tiên nào của mình trong Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe bất cứ lúc nào bằng cách hoàn thành một tài liệu mới. Quý vị có quyền hủy bỏ hoặc thay thế Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe này bằng một chỉ thị mới bất cứ lúc nào. Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe mới sẽ thay thế cho tất cả các chỉ thị quý vị đã hoàn thành trước đây nếu có sự khác biệt.

Tài liệu này cung cấp hướng dẫn cho cả người đại diện chăm sóc sức khỏe và đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe không cho nhân viên cấp cứu biết về các phương pháp điều trị mà quý vị mong muốn trong trường hợp cấp cứu y tế.

Tại sao Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe lại quan trọng?

Quý vị có quyền chia sẻ các ưu tiên về chăm sóc sức khỏe của bản thân.

Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe mang đến cho quý vị cơ hội lên tiếng về việc chăm sóc y tế của bản thân. Các mong muốn của quý vị được nêu trong tài liệu này sẽ đóng vai trò định hướng cho người đại diện chăm sóc sức khỏe và đội ngũ y tế của quý vị.

Người mắc bệnh nặng hoặc đang tiến triển gần đến giai đoạn cuối đời cũng có thể nhận được lợi ích từ việc trao đổi với đội ngũ chăm sóc sức khỏe của họ về nhu cầu lập thêm các tài liệu hướng dẫn chăm sóc.

Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho đối tượng nào?

Những người lớn trên 18 tuổi nên xem xét việc hoàn thành Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe bất kể tình trạng sức khỏe của họ như thế nào.

Các tài liệu tham khảo khác

Lập Kế Hoạch Chăm Sóc Cuộc Sống:
giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, chăm sóc sức khỏe của tôi

kp.org/lifecareplan

Tài liệu này bao gồm những nội dung nào?

Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe của Kaiser Permanente bao gồm 5 phần, trong đó có cả phương thức hợp pháp hóa tài liệu này:

Phần 1: Chọn Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của Tôi

Cho phép quý vị chỉ định một người để thay mặt quý vị đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe.

Phần 2: Các Giá Trị và Niềm Tin của Tôi

Giúp quý vị có cơ hội suy ngẫm và chia sẻ các giá trị, niềm tin và ưu tiên của bản thân về việc chăm sóc y tế. Chúng tôi khuyến khích quý vị hoàn thành phần này vì nội dung này sẽ giúp quý vị suy nghĩ thông suốt trong phần còn lại của tài liệu.

Phần 3: Chọn Các Ưu Tiên Chăm Sóc Sức Khỏe của Tôi

Cho phép quý vị ghi lại các ưu tiên chăm sóc sức khỏe của mình.

Phần 4: Thông Tin Cuối Đời

Cho phép quý vị truyền đạt bất kỳ mong muốn nào mà quý vị có thể có sau khi qua đời, chẳng hạn như hiến bộ phận cơ thể, mong muốn tổ chức tang lễ hay các nghi lễ văn hóa hoặc tín ngưỡng cuối đời.

Phần 5: Hợp Pháp Hóa Tài Liệu

Quý vị cần hoàn thành phần này để đảm bảo Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe có giá trị pháp lý tại Tiểu Bang California.

Các Bước Tiếp Theo

Bao gồm một danh sách kiểm tra để hướng dẫn quý vị cách chia sẻ các ưu tiên của mình và tài liệu này với những người khác.

Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe này thuộc về:

Tên họ hợp pháp: _____

Tên thường gọi: _____

Số hồ sơ y tế: _____

Địa chỉ gửi thư: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Số điện thoại nhà: _____ Số điện thoại di động: _____

Số điện thoại chỗ làm: _____ Email: _____

Lập kế hoạch CHĂM SÓC CUỘC SỐNG

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, chăm sóc sức khỏe của tôi

Tên: _____

Số Hồ Sơ Y Tế: _____

Phần 1

Chọn Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe cũng có nghĩa là chia sẻ giá trị và niềm tin của quý vị với họ và cho họ biết quý vị muốn nhận dịch vụ chăm sóc y tế nào nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định.

Chọn Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe

Phần này cho phép quý vị chỉ định một người mà quý vị tin tưởng để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị ngay lập tức hoặc trong trường hợp bác sĩ của quý vị xác định quý vị không thể tự đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe được chỉ định sẽ phát ngôn thay mặt quý vị để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị dựa trên những ưu tiên mà quý vị đã chia sẻ với họ hoặc những gì họ cho là mang lại lợi ích tốt nhất cho quý vị, dựa trên những điều họ biết về giá trị và niềm tin cá nhân của quý vị.

Hãy nói với người đại diện về những điều quan trọng nhất với quý vị và đảm bảo rằng họ cảm thấy có thể thực hiện vai trò này. Đảm bảo rằng bạn bè và người thân của quý vị biết người mà quý vị đã chọn làm người đại diện và lý do chọn người đó.

Đôi khi, lựa chọn tốt nhất có thể là vợ/chồng hoặc thành viên gia đình, hoặc đôi khi có thể là một người bạn thân. Quý vị là người hiểu rõ nhất.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe phù hợp là người:

- Sẵn lòng đảm nhận vai trò này và có thể sắp xếp thời gian một cách hợp lý,
- Hiểu rõ các giá trị và niềm tin của quý vị,
- Sẵn sàng tôn trọng và đại diện thực hiện các ưu tiên của quý vị ngay cả khi họ có suy nghĩ khác,
- Không ngại đặt câu hỏi và phát ngôn thay cho quý vị, ngay cả khi điều này đi ngược lại lệ thường hoặc mong muốn của những người thân khác của quý vị,
- Thoải mái đưa ra quyết định khi gặp tình trạng căng thẳng và
- Sẽ liên tục cùng quý vị xem xét các ưu tiên của quý vị theo thời gian.

Quý vị cũng có thể chọn trao quyền cho người đại diện chăm sóc sức khỏe ra quyết định thay cho quý vị ngay lập tức bằng cách ghi rõ nội dung đó trong Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe này.

Trong trường hợp chia tay, hủy bỏ hoặc chấm dứt quan hệ hôn nhân hoặc quan hệ bạn đời sống chung với người mà quý vị chỉ định làm người đại diện chăm sóc sức khỏe, thì việc chỉ định người đại diện chăm sóc sức khỏe sẽ bị hủy bỏ trừ khi quý vị hoàn thành lại mẫu đơn này và chỉ định người đó làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị không được là người điều hành hoặc nhân viên của cơ sở chăm sóc cộng đồng hoặc cơ sở chăm sóc nội trú nơi quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc, cũng không được là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe giám sát hoặc nhân viên của cơ sở nơi quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc, trừ khi người đó là người thân hoặc đồng nghiệp của quý vị.

Mẫu đơn này không ủy quyền cho người đại diện của quý vị đưa ra quyết định về tài chính hoặc các quyết định kinh doanh khác thay cho quý vị.

Lập kế hoạch CHĂM SÓC CUỘC SỐNG

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, chăm sóc sức khỏe của tôi

Tên: _____

Số Hồ Sơ Y Tế: _____

Trao đổi với **Người Đại Diện** của quý vị về những loại trách nhiệm mà họ có thể phải đảm nhận trong vai trò này. Sử dụng chỉ thị này và các câu hỏi trong Phần 1 để định hướng cho cuộc trò chuyện của quý vị.

Khi việc ủy quyền người đại diện chăm sóc sức khỏe có hiệu lực:

Trừ khi tôi giới hạn quyền hạn của người đại diện, họ có thể thay tôi đưa ra các quyết định sau:

- Đồng ý hoặc từ chối bất kỳ loại hình chăm sóc, điều trị, dịch vụ hoặc thủ thuật nào để duy trì, chẩn đoán hoặc tác động đến tình trạng thể chất hoặc tinh thần,
- Chọn hoặc thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và quyết định nơi tôi sẽ nhận dịch vụ chăm sóc,
- Chấp nhận hoặc từ chối các kiểm tra chẩn đoán, thủ thuật phẫu thuật và phác đồ dùng thuốc,
- Ra quyết định cung cấp, không cung cấp hoặc dừng tất cả các hình thức điều trị hỗ trợ sự sống để duy trì sự sống cho tôi và
- Sắp xếp và đưa ra quyết định về việc chăm sóc thi thể tôi sau khi tôi qua đời (bao gồm khám nghiệm tử thi, hiến bộ phận cơ thể và cách thức xử lý đối với thi thể tôi).

Nếu muốn giới hạn quyền hạn của người đại diện chăm sóc sức khỏe, tôi sẽ nêu rõ dưới đây những quyết định chăm sóc sức khỏe mà **TÔI KHÔNG** muốn người đại diện của tôi đưa ra. Tôi cũng có thể chỉ định người mà **TÔI KHÔNG** muốn họ tham gia vào việc ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi.

Tôi không muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi...

Chọn người đại diện chăm sóc sức khỏe chính.

Tôi chọn người sau đây làm người đại diện chăm sóc sức khỏe chính của tôi để thay tôi đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe nếu tôi không thể tự mình ra quyết định hoặc **nếu tôi ký nháy ở đây _____, tôi muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể bắt đầu đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi ngay lập tức.**

Người đại diện chăm sóc sức khỏe chính của tôi:

Tên: _____ Mối quan hệ: _____

Địa chỉ gửi thư: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Số điện thoại: _____ Email: _____

Lập kế hoạch CHĂM SÓC CUỘC SỐNG

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, chăm sóc sức khỏe của tôi

Tên: _____

Số Hồ Sơ Y Tế: _____

Đây là phần quý vị được khuyến khích điền thông tin nhưng không bắt buộc. Nếu quý vị không muốn chọn người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế, hãy chuyển sang trang tiếp theo.

Nếu người đại diện chăm sóc sức khỏe chính không sẵn lòng, không thể hay không sắp xếp được thời gian hợp lý để ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi, tôi xin chọn những người dưới đây làm người đại diện thay thế thứ nhất và thứ hai.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ nhất:

Tên: _____ Mối quan hệ: _____

Địa chỉ gửi thư: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Số điện thoại: _____ Email: _____

Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ hai:

Tên: _____ Mối quan hệ: _____

Địa chỉ gửi thư: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Số điện thoại: _____ Email: _____

Phần 2

Hoàn thành phần Các Giá Trị và Niềm Tin của Tôi

cho phép quý vị viết ra những điều quan trọng nhất trong cuộc sống của quý vị. Hãy dành thời gian suy ngẫm những câu hỏi này vì chúng sẽ giúp quý vị suy nghĩ thấu đáo trong Phần 2 và 3 của tài liệu này.

Hãy nghĩ về điều mà quý vị coi trọng nhất. Đối với quý vị, chất lượng cuộc sống có ý nghĩa gì? Quý vị muốn người ra quyết định biết điều gì là quan trọng đối với quý vị?

Các Giá Trị và Niềm Tin của Tôi

Phần này cho phép quý vị suy ngẫm về việc sống tốt có ý nghĩa như thế nào đối với quý vị nếu quý vị không thể tự đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe. Điều này đóng vai trò là cơ sở cho phần còn lại của tài liệu này.

Điều quan trọng là phải hiểu và suy ngẫm về những điều quan trọng nhất với quý vị để có thể đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe phù hợp với bản chất con người của quý vị và những điều quan trọng đối với quý vị. Điều quan trọng là người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị cũng phải hiểu rõ các giá trị của quý vị và những điều quan trọng nhất đối với quý vị.

Vui lòng xem kỹ và trả lời các câu hỏi dưới đây:

Tôi muốn đưa ra chỉ dẫn cho người đại diện chăm sóc sức khỏe bằng cách chia sẻ những điều quan trọng nhất đối với tôi.

Chọn tất cả các mục phù hợp và thêm mô tả vào khoảng trống bên dưới nếu muốn.

1. Trong cuộc sống, điều quan trọng nhất đối với tôi là:

- Tích cực hoạt động thể chất
- Tích cực giao tiếp xã hội
- Có thể sống độc lập
- Làm việc và/hoặc làm tình nguyện
- Dành thời gian với bạn bè và gia đình
- Tự mình đưa ra quyết định
- Hòa nhập với cộng đồng
- Thực hiện các sở thích và/hoặc đam mê
- Tham gia vào hoạt động tín ngưỡng tâm linh và/hoặc tôn giáo
- Khác

Dưới đây là LÝ DO TẠI SAO những khả năng này là yếu tố then chốt để tôi có một cuộc sống tốt.

Những khả năng này quan trọng đối với tôi vì...

Lập kế hoạch CHĂM SÓC CUỘC SỐNG

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, chăm sóc sức khỏe của tôi

Tên: _____

Số Hồ Sơ Y Tế: _____

2. Tôi cảm thấy cuộc sống này sẽ không còn ý nghĩa nếu gặp phải một chấn thương nghiêm trọng hoặc mắc một căn bệnh nặng không thể chữa khỏi và rơi vào (những) cảnh sau đây suốt quãng đời còn lại: (chọn tất cả các mục phù hợp)

- Tôi không thể nhận ra bạn bè và gia đình của mình.
- Tôi không thể hiểu hay truyền đạt để người khác có thể hiểu được.
- Tôi không thể tư duy rõ ràng hay tự mình đưa ra quyết định.
- Tôi không thể tự ăn uống, tắm rửa hay chăm sóc bản thân.
- Tôi không thể sống nếu không được nối với máy móc.
- Tôi không chắc.

Dưới đây là những suy nghĩ thêm mà tôi muốn chia sẻ về câu hỏi 2 ở trên:

Chỉ trả lời nếu phần này phù hợp với quý vị.

Hệ thống tín ngưỡng/tâm linh, văn hóa và niềm tin của tôi ảnh hưởng như thế nào đến việc chăm sóc sức khỏe của tôi? Điều này quan trọng với tôi như thế nào?

Điều quan trọng đối với tôi là...

Lập kế hoạch CHĂM SÓC CUỘC SỐNG

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, chăm sóc sức khỏe của tôi

Tên: _____

Số Hồ Sơ Y Tế: _____

Chọn Các Ưu Tiên Chăm Sóc Sức Khỏe của Tôi

Phần này, cùng với **Phần 2: Các Giá Trị và Niềm Tin của Tôi**, mô tả các ưu tiên của tôi để hướng dẫn các bác sĩ và người đại diện chăm sóc sức khỏe đưa ra quyết định y tế cho tôi nếu tôi không thể tự đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe **VÀ tôi đang mắc bệnh hoặc chấn thương** mà bộ phận cơ thể của tôi không thể duy trì sức khỏe và giúp phục hồi.

Phần 3

Việc chọn các **Ưu Tiên Chăm Sóc Sức Khỏe** có thể tạo cảm giác không thoải mái, nhưng làm như vậy khi quý vị còn khỏe mạnh sẽ giúp quý vị có tiếng nói khi quý vị không thể ra quyết định.

Tôi yêu cầu người đại diện chăm sóc sức khỏe thực hiện các ưu tiên chăm sóc sức khỏe của tôi như được mô tả dưới đây.

Tôi hiểu rằng các quyết định sẽ được đưa ra với sự hợp tác của các bác sĩ và đội ngũ chăm sóc của tôi và họ sẽ xem xét các giá trị và niềm tin cũng như các ưu tiên chăm sóc sức khỏe của tôi ở bên dưới.

Lưu ý: Bằng cách ghi lại các ưu tiên chăm sóc sức khỏe trong chỉ thị này, người đại diện chăm sóc sức khỏe và bác sĩ của quý vị có thể đưa ra quyết định dựa trên những nội dung quý vị đã ghi lại thay vì phỏng đoán, giả định hoặc cố ghi nhớ. Hãy thảo luận về các ưu tiên cũng như giá trị và niềm tin của quý vị với người đại diện chăm sóc sức khỏe và bác sĩ của quý vị.

Khi quý vị mắc bệnh nặng hoặc bị chấn thương nghiêm trọng khiến các bộ phận cơ thể bắt đầu suy yếu, các phương pháp điều trị có thể bao gồm các thủ thuật y tế, thiết bị/máy móc hoặc thuốc men để hỗ trợ nhân tạo cho (các) bộ phận cơ thể; đây thường được gọi là điều trị duy trì sự sống.

Nếu quý vị hiện không muốn được điều trị hồi sức tim phổi (cardiopulmonary resuscitation, CPR) hay các phương pháp điều trị duy trì sự sống khác, vui lòng thảo luận với bác sĩ của quý vị. Việc hoàn thành mẫu đơn Chỉ Định của Bác Sĩ về Điều Trị Duy Trì Sự Sống (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST) có thể mang lại lợi ích cho quý vị.

Định nghĩa:

- **Hồi sức tim phổi (CPR):** Cố gắng kích hoạt lại tim nếu quý vị bị ngừng tim và ngừng thở.
- **Máy thở:** Một loại máy hỗ trợ quý vị thở khi phổi của quý vị không hoạt động. Một ống được luồn qua miệng hoặc vết rạch ở cổ đi vào đường thở. Ống này kết nối với máy thở.
- **Ống truyền thức ăn (dinh dưỡng nhân tạo):** Một ống nhựa được đặt vào trong mũi hoặc đi vào dạ dày của quý vị thông qua một vết rạch nhỏ. Ống nhựa này sẽ cung cấp cho quý vị thức ăn và nước uống.
- **Máy thẩm tách:** Một loại máy loại bỏ các độc tố ra khỏi máu của quý vị nếu thận của quý vị không hoạt động.

Lập kế hoạch CHĂM SÓC CUỘC SỐNG

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, chăm sóc sức khỏe của tôi

Tên: _____

Số Hồ Sơ Y Tế: _____

- **Truyền máu:** Quá trình truyền máu hoặc các sản phẩm máu vào cơ thể của quý vị thông qua một ống hẹp đặt trong tĩnh mạch trên cánh tay.
- **Việc chọn KHÔNG áp dụng những phương pháp điều trị này đồng nghĩa với việc quý vị chấp nhận cái chết tự nhiên.** Điều này có nghĩa là nếu tim quý vị ngừng đập hoặc quý vị ngừng thở, các thủ thuật y tế để kích hoạt lại chức năng thở hoặc tim mạch sẽ không được thực hiện.

Xem xét kịch bản sau: Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi được yêu cầu đưa ra quyết định y tế thay cho tôi vì **tôi gặp phải một biến cố y tế hoặc căn bệnh nghiêm trọng không thể hồi phục khiến tôi không thể phục hồi các khả năng quan trọng đối với tôi, tôi không thể tự mình đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe** và cần sử dụng các phương pháp điều trị duy trì sự sống vì các bộ phận cơ thể của tôi đang suy yếu.

Hãy chọn **một** trong số các tùy chọn bên dưới:

A. Cân nhắc những điều sau đây khi quý vị chọn các ưu tiên chăm sóc sức khỏe của mình:

___ **Tôi KHÔNG muốn sử dụng các phương pháp điều trị duy trì sự sống.** Tôi không muốn bắt đầu và/hoặc tôi muốn NGỪNG các phương pháp điều trị duy trì sự sống đã được bắt đầu trước đó. Tôi muốn chết một cách tự nhiên và thoải mái.

___ **Tôi muốn thử nghiệm các phương pháp điều trị duy trì sự sống có giới hạn, nhưng tôi không muốn tiếp tục các phương pháp điều trị đó nếu chúng không hỗ trợ tôi hồi phục và khả năng tôi khỏe lại là rất thấp.**

___ **Tôi muốn bắt đầu hoặc tiếp tục các phương pháp điều trị duy trì sự sống, thậm chí nếu điều đó đồng nghĩa với việc tôi có thể phải duy trì các phương pháp điều trị này đến hết phần đời còn lại.**

___ **Tôi muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi ra quyết định về việc sử dụng các phương pháp điều trị duy trì sự sống cho tôi dựa trên các giá trị và niềm tin của tôi.**

Các ưu tiên của tôi về thời gian thử nghiệm và các phương pháp điều trị duy trì sự sống là...
bởi vì mục tiêu của tôi là...

Chỉ trả lời nếu phần này phù hợp với quý vị.

Nếu tôi có các ưu tiên khác liên quan đến các tình trạng cụ thể (chẳng hạn như chứng mất trí nặng hoặc bệnh ung thư giai đoạn cuối), tôi sẽ ghi lại các ưu tiên đó tại đây hoặc đính kèm một trang khác vào mẫu đơn này. Tôi sẽ làm như vậy để mọi người hiểu rõ điều tôi muốn hoặc không muốn làm trong các điều kiện cụ thể.

Thông Tin Cuối Đời

Phần tùy chọn này cho phép quý vị ghi lại các ưu tiên của mình về địa điểm quý vị muốn qua đời, cách thức quý vị muốn xử lý thi thể của mình sau khi qua đời và những mong muốn của quý vị về tang lễ, tưởng niệm hoặc an táng. Quý vị cũng có thể ghi lại các ưu tiên của mình về việc hiến tặng bộ phận cơ thể.

Phần 4

Việc ghi lại **Thông Tin Cuối Đời** có thể khiến quý vị cảm thấy khó khăn, nhưng điều này sẽ giúp những người thân yêu của quý vị làm theo mong muốn của quý vị trong khoảng thời gian cảm xúc rối bời.

Ghi lại các ưu tiên của quý vị về những điều sẽ xảy đến với quý vị khi qua đời, đồng thời giúp những người thân yêu nhất biết điều gì là quan trọng nhất đối với quý vị. Hãy dành một chút thời gian để suy ngẫm về những câu hỏi này và nếu thấy hữu ích, quý vị có thể xem lại **Phần 1: Các Giá Trị và Niềm Tin của Tôi**.

Hãy nhớ: Quý vị không bắt buộc phải hoàn thành phần này. Nếu quý vị đang gặp khó khăn hoặc không trả lời được tất cả các câu, hãy ghi lại những điều quý vị biết và tiếp tục.

Chọn **một** tùy chọn và thêm mô tả vào phần còn trống bên dưới.

1. Nếu đang ở giai đoạn cuối đời và có thể lựa chọn nơi mình qua đời, tôi sẽ chọn:

- Tại nhà
- Không phải tại nhà
- Tôi không chắc
- Khác

Tôi muốn qua đời ở...

2. Nếu đang ở giai đoạn cuối đời, tôi muốn có những điều sau ở bên cạnh (ví dụ: nghi lễ, sự hỗ trợ tinh thần, con người, âm nhạc, thức ăn, thú cưng, v.v.):

Ưu tiên của tôi là...

Lập kế hoạch CHĂM SÓC CUỘC SỐNG

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, chăm sóc sức khỏe của tôi

Tên: _____

Số Hồ Sơ Y Tế: _____

Quý vị và những người thân yêu của quý vị có trách nhiệm làm theo các nội dung được mô tả trong phần này.

3. Sau khi tôi qua đời, đây là những điều tôi ưu tiên về cách xử lý thi thể của mình (tang lễ, tưởng niệm, an táng, v.v.), bao gồm bất kỳ mong muốn nào về tôn giáo hoặc tâm linh:

Ưu tiên của tôi là...

Chọn **một** tùy chọn về việc hiến tặng bộ phận cơ thể.

4. Sau khi tôi qua đời, tôi muốn hiến tặng nội tạng, mô và bộ phận cơ thể của mình.

Có

Bằng cách đánh dấu vào ô ở trên và bất kể lựa chọn của tôi trong **Phần 3: Chọn Các Ưu Tiên Chăm Sóc Sức Khỏe Cuối Đời**, tôi cho phép người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình đồng ý với bất kỳ thủ thuật y tế tạm thời nào chỉ cần thiết để đánh giá và/hoặc duy trì nội tạng, mô và/hoặc bộ phận cơ thể cho mục đích hiến tặng.

Chọn **nhiều** tùy chọn phù hợp.

Tôi muốn hiến tặng các bộ phận cơ thể của mình cho các mục đích sau:

Cấy ghép

Nghiên cứu

Trị liệu

Giáo dục

Nếu tôi muốn giới hạn việc hiến tặng nội tạng, mô hoặc bộ phận cơ thể của mình dưới bất kỳ hình thức nào, tôi sẽ nêu rõ các hạn chế đó ở bên dưới:

Tôi muốn giới hạn...

Không

Tôi không chắc

Nếu tôi để trống phần này, điều đó không có nghĩa là tôi từ chối hiến tặng.

Việc đăng ký hiến tặng của tôi đã được tiểu bang cho phép cần phải được tuân theo hoặc, nếu không, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể thực hiện việc hiến tặng khi tôi qua đời. Nếu không chỉ định người đại diện chăm sóc sức khỏe, tôi xác nhận rằng luật pháp California cho phép một người được ủy quyền thay mặt tôi đưa ra quyết định về việc này.

Lập kế hoạch CHĂM SÓC CUỘC SỐNG

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, chăm sóc sức khỏe của tôi

Tên: _____

Số Hồ Sơ Y Tế: _____

Phần 5

Hợp Pháp Hóa Tài Liệu này để đảm bảo rằng tất cả công việc và ý kiến mà quý vị đưa vào Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (Advance Health Care Directive, AHCD) này sẽ có giá trị.

Hãy nhớ rằng, quý vị có thể cập nhật các ưu tiên trong AHCD của mình bất cứ lúc nào.

Hợp Pháp Hóa Tài Liệu

Phần này giúp đảm bảo Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (AHCD) của quý vị có giá trị pháp lý tại Tiểu Bang California. Để tài liệu này có giá trị pháp lý, quý vị phải ký tên và để ngày hoặc xác nhận chữ ký của quý vị trước sự chứng kiến của hai người làm chứng **HOẶC** chữ ký của quý vị được xác nhận trước sự chứng kiến của một Công Chứng Viên.

Ký tên ở cuối trang này **VÀ** chọn **MỘT** trong những điều sau để đảm bảo tài liệu này có giá trị pháp lý ở Tiểu Bang California:

Hai Người Làm Chứng

- Ít nhất một trong hai người làm chứng của quý vị **không phải là người thân của quý vị (theo huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi)** và không được hưởng bất kỳ phần nào trong tài sản của quý vị.
- **Người đại diện chăm sóc sức khỏe chính và thay thế của quý vị KHÔNG được ký tên** làm người làm chứng.
- Người điều hành hoặc nhân viên của cơ sở nơi quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc và/hoặc **nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe KHÔNG được ký tên** làm người làm chứng.
- Khi quý vị có mặt cùng với người làm chứng, hãy ký tên hoặc xác nhận chữ ký của quý vị.
- Lưu ý rằng điều này có nghĩa là người làm chứng của quý vị phải ký tên và để ngày cùng ngày hoặc sau ngày ký của quý vị.
- Người làm chứng sẽ ký tên vào trang 14.

HOẶC

Công Chứng Viên

- **KHÔNG** ký tên vào tài liệu này trừ khi quý vị đang ở cùng Công Chứng Viên.
- Công Chứng Viên sẽ ký tên vào trang 15.

Quý vị ký tên ở đây

Xin hãy tiếp tục! Để tài liệu này có giá trị pháp lý ở Tiểu Bang California, quý vị cũng phải có người làm chứng hoặc công chứng cho tài liệu này.

Chữ ký của tôi

Tên tôi viết in hoa

Chữ ký của tôi

Ngày

Nếu quý vị không thể ký tên do vấn đề về thể chất, bất kỳ dấu hiệu nào quý vị thực hiện mà quý vị dự định sẽ là chữ ký của mình đều được chấp nhận.

Tiếp tục sang trang tiếp theo để xem các yêu cầu về làm chứng và công chứng.

Lập kế hoạch CHĂM SÓC CUỘC SỐNG

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, chăm sóc sức khỏe của tôi

Tên: _____

Số Hồ Sơ Y Tế: _____

Chọn
HAI NGƯỜI LÀM
CHỨNG.

Tôi chọn HAI NGƯỜI LÀM CHỨNG để đảm bảo tài liệu này có giá trị pháp lý ở California.

TUYÊN BỐ CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG: Tôi tuyên bố như sau và sẽ chịu hình phạt nếu khai man theo luật pháp California: (1) Người đã ký tên hoặc xác nhận Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (AHCD) này là người tôi quen biết hoặc danh tính của người đó đã được chứng minh cho tôi với bằng chứng thuyết phục, (2) Người đó đã ký tên hoặc xác nhận AHCD này với sự có mặt của tôi, (3) Người đó có ý thức tỉnh táo và không bị ép buộc, gian lận hoặc chịu ảnh hưởng không thích hợp, (4) Tôi không phải là người được chỉ định làm người đại diện theo AHCD này và (5) Tôi không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người đó, người điều hành hoặc nhân viên của cơ sở chăm sóc cộng đồng/nội trú nơi người đó đang nhận dịch vụ chăm sóc (tuy nhiên, lưu ý rằng (5) luật pháp không cấm nếu tôi là người thân hoặc đồng nghiệp của người đó).

Chữ ký của Người
Làm Chứng Số Một.

1

Hãy nhớ rằng người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị không được làm người làm chứng.

Chữ ký của Người
Làm Chứng Số Hai.

2

Về mặt pháp lý, một trong hai người làm chứng của quý vị không được là người thân của quý vị.

Người làm chứng số một:

Tên _____

Địa chỉ _____

Chữ ký _____

Ngày _____

Người làm chứng số hai:

Tên _____

Địa chỉ _____

Chữ ký _____ Ngày _____

Tuyên Bố Bổ Sung của Người Làm Chứng: Ít nhất một trong hai người làm chứng nói trên cũng phải ký tên vào tuyên bố sau: **Tôi tuyên bố thêm và sẽ chịu hình phạt nếu khai man theo luật pháp California** rằng tôi không phải là người thân của người thực hiện AHCD này theo huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi và theo sự hiểu biết tốt nhất của mình, tôi không được hưởng bất kỳ phần nào trong tài sản của người này khi người đó qua đời theo di chúc hiện tại hoặc theo pháp luật quy định.

Chữ ký _____ Ngày _____

Lập kế hoạch CHĂM SÓC CUỘC SỐNG

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, chăm sóc sức khỏe của tôi

Tên: _____

Số Hồ Sơ Y Tế: _____

Chỉ ký tên nếu phần này phù hợp với quý vị.

Yêu Cầu về Người Làm Chứng Đặc Biệt

Nếu quý vị đang là bệnh nhân tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, thì người hỗ trợ bệnh nhân hoặc thanh tra viên phải ký tên vào tuyên bố sau đây.

TUYÊN BỐ CỦA NGƯỜI HỖ TRỢ BỆNH NHÂN HOẶC THANH TRA VIÊN:

Tôi tuyên bố và sẽ chịu hình phạt nếu khai man theo luật pháp California rằng tôi là người hỗ trợ bệnh nhân hoặc thanh tra viên được Sở Phụ Trách Người Cao Niên (Department of Aging) của Tiểu Bang chỉ định và tôi đang làm người làm chứng theo yêu cầu của Mục 4675 của Bộ Luật Chứng Thực Di Chúc của California.

Chữ ký _____

Ngày _____



Chọn CÔNG CHỨNG VIÊN.

Tôi chọn một CÔNG CHỨNG VIÊN để làm chứng cho tài liệu này và hợp pháp hóa tài liệu tại Tiểu Bang California.

XÁC NHẬN

Công chứng viên hoặc viên chức khác hoàn thành phần chứng nhận này chỉ xác nhận danh tính của người đã ký tên vào tài liệu đính kèm chứng nhận này, không xác nhận tính đúng đắn, chính xác hoặc hợp lệ của tài liệu đó.

Tiểu Bang California,

Quận _____

Vào ngày _____ trước mặt tôi, _____
(ngày) (Điền tên và chức danh của viên chức)

người trực tiếp có mặt là (tên của (những) người ký _____

đã chứng minh với tôi dựa trên bằng chứng thỏa đáng rằng họ là người đã ký tên vào văn bản này và xác nhận với tôi rằng họ đã ký tên vào văn bản này với đầy đủ năng lực được cho phép và rằng với chữ ký của họ trên tài liệu này, người này, hoặc tổ chức mà người này đại diện, đã làm cho văn bản này có hiệu lực.

Tôi xác nhận và sẽ CHỊU HÌNH PHẠT NẾU KHAI MAN theo luật pháp của Tiểu Bang California rằng đoạn văn bản trên đây là đúng và chính xác.

ĐỂ CHỨNG NHẬN, tôi đã ký tên và đóng con dấu chính thức dưới đây.

Chữ ký _____ (đóng dấu)

Lập kế hoạch CHĂM SÓC CUỘC SỐNG

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, chăm sóc sức khỏe của tôi

Tên: _____

Số Hồ Sơ Y Tế: _____

Các Bước Tiếp Theo

Bây giờ, quý vị đã hoàn thành Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (AHCD) của mình, hãy sử dụng danh sách kiểm tra dưới đây để đảm bảo quý vị nhận được loại hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp với quý vị.

Đưa bản sao AHCD của quý vị

- Cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị,
- Cho bác sĩ bằng cách tải lên trang kp.org HOẶC mang đến Phòng Giáo Dục về Sức Khỏe (Health Education Department) của Kaiser Permanente tại địa phương và
- Giữ lại một bản sao cho quý vị.

Thảo luận về AHCD của quý vị

- Thảo luận với người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị về các giá trị và niềm tin cũng như các ưu tiên chăm sóc sức khỏe của quý vị. Sử dụng AHCD của quý vị để định hướng cho cuộc trò chuyện và đảm bảo rằng họ cảm thấy có thể đảm nhận vai trò này.
- Đảm bảo rằng bạn bè và người thân của quý vị biết người mà quý vị đã chọn làm người đại diện chăm sóc sức khỏe cho quý vị cũng như các ưu tiên chăm sóc sức khỏe của quý vị và lý do đưa ra lựa chọn đó.

Mang theo AHCD với quý vị

- Nếu quý vị nhập viện hoặc vào viện dưỡng lão, hãy mang theo một bản AHCD của quý vị và yêu cầu đưa vào hồ sơ y tế của quý vị.

Xem lại AHCD của quý vị thường xuyên

Xem lại AHCD của quý vị bất cứ khi nào xảy ra một trong “5 điều” sau đây:

- Thập kỷ:** Bắt đầu một thập kỷ mới trong cuộc đời của quý vị.
- Qua đời:** Có người thân yêu qua đời.
- Ly hôn:** Ly hôn hoặc sự thay đổi lớn khác trong gia đình.
- Chẩn đoán:** Chẩn đoán tình trạng sức khỏe nghiêm trọng.
- Suy giảm:** Tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị suy giảm hoặc suy yếu đáng kể, đặc biệt nếu quý vị không thể tự sống một mình.

Hãy nhớ: Quý vị có thể hủy hoặc thay thế AHCD này bất cứ lúc nào. Khi có thay đổi trong cuộc sống hoặc sức khỏe, quý vị có thể thay đổi người đại diện chăm sóc sức khỏe cũng như các ưu tiên chăm sóc y tế và các ưu tiên khác.



Thông tin này không nhằm mục đích chẩn đoán các vấn đề sức khỏe hoặc thay cho lời khuyên hoặc dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nhận được từ bác sĩ hoặc chuyên gia y tế khác. Nếu quý vị gặp các vấn đề về sức khỏe kéo dài hoặc nếu quý vị có thắc mắc khác, vui lòng tham khảo ý kiến của bác sĩ. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần thêm thông tin về thuốc men, vui lòng trao đổi với dược sĩ.

© 2024, The Permanente Medical Group, Inc. All rights reserved. Health Engagement Consulting Services.
9134000116 (Revised 05/24) Advance Health Care Directive - Life Care Planning (LCP) (Vietnamese)